

Dictamen Núm. 24/2026

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 11 de febrero de 2026, 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 2 de diciembre de 2025 -registrada de entrada el día 10 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 esposo y padre, respectivamente, que atribuyen a la tardía detección de metástasis.

De los antecedentes que obran en el expediente, resulta:

1. Con fecha 15 de octubre de 2024, la interesada, que afirma actuar en su propio nombre y en representación de su hija, mayor de edad, presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial -dirigida a la Consejería de Salud- por los daños derivados del fallecimiento de su familiar, que atribuyen a la asistencia recibida con ocasión del tratamiento de un cáncer de pulmón.

Exponen que el paciente recibió el diagnóstico del Hospital "X" de adenocarcinoma pulmonar "a principios de 2022", localizado inicialmente "a nivel del lóbulo superior izquierdo" y, posteriormente, en el Hospital "Y" "se ubicó en el lóbulo inferior izquierdo, sin mayores explicaciones". Por esa dolencia, se le practicó una intervención quirúrgica (lobectomía inferior izquierda), si bien reprochan que "en ningún momento se consideró necesario tratar al paciente con quimioterapia o con radioterapia", a pesar de la aparición de determinados signos clínicos en las pruebas de imagen previas a la operación -en concreto, nódulos y "adenopatías"-.

Prosiguen relatando que, tras la cirugía, se realizaron diversos controles y estudios de seguimiento por el Servicio de Neumología del Hospital "X", iniciándose un episodio de dolor en "costado izquierdo, cervical y dorsal", al que se atribuyeron sucesivos orígenes: en el mes de febrero de 2023, a derrame pericárdico/pleural; en el mes de julio de ese año, a una "contractura a nivel de musculatura paravertebral"; en el mes de septiembre, a dolor de espalda músculo esquelético, a "dolor de hombro-izquierdo" y a "artrosis cervical/cervicoartrosis" y en octubre de 2023, a una "cervicodorsalgia". Ante "la falta de efectividad de los tratamientos recomendados", decidieron consultar en la sanidad privada, en la que se detectó -mediante resonancia- una "metástasis" vertebral, diagnóstico confirmado dos días después (el día 20 de octubre de 2023) en el Hospital "Y". El paciente falleció el día 4 de marzo de 2024 en su domicilio.

Esgrimen que, "desde el 10 de marzo de 2022 y hasta el 19 de octubre de 2023, se han producido varios errores de diagnóstico" y un "inadecuado seguimiento" de la enfermedad, así como "un posible error en el tratamiento elegido", en especial, la omisión de la radioterapia y la quimioterapia tras la cirugía, ocasionando, "al menos", una "pérdida de oportunidad terapéutica o de curación".

Se solicita una indemnización de 180.000 € para la viuda y de 90.000 € para la hija del fallecido.

Adjuntan diversa documentación, entre la que se encuentra un documento suscrito por la hija, confiriendo la representación a su madre para cuantas actuaciones se deriven de la reclamación; copia del Libro de Familia y un informe médico, de fecha 17 de octubre de 2023, emitido por la clínica privada en la que se diagnostica la metástasis en las vértebras.

Previa solicitud de subsanación de los defectos apreciados en la acreditación de la representación, la hija presenta un escrito personándose en el procedimiento y ratificando los extremos de la reclamación.

2. Con fecha 19 de noviembre de 2025, la Jefa de Sección de Apoyo del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica a las interesadas la fecha de recepción de su reclamación en el referido Servicio, el nombramiento de instructora y su régimen de recusación, las normas de tramitación del procedimiento y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. A petición de la Instructora del procedimiento, el 23 de diciembre de 2024 la Directora Económica y de Profesionales del Área Sanitaria III le remite una copia de las historias clínicas de Atención Primaria y Atención Especializada del paciente en ese Área, así como el informe emitido con fecha 18 de diciembre de 2024 por el Director de la Unidad de Gestión Clínica de Neumología del Hospital "X".

Con fecha 15 de mayo de 2025, la misma responsable remite documentación adicional procedente del mismo centro.

4. El 7 de febrero de 2025, el Área de Reclamaciones y Asuntos Jurídicos del Área IV remite copia de la historia clínica del paciente en la Fundación Hospital y en el Hospital "Y", así como informe suscrito el día 6 del mismo mes por el Jefe del Servicio de Cirugía Torácica de este último centro.

Con fecha 19 de mayo de 2025, se remite documentación adicional procedente del segundo hospital indicado.

5. A continuación, obra incorporado al expediente el informe pericial librado el día 11 de agosto de 2025 a instancias de la compañía aseguradora de la Administración, por un especialista en Oncología Médica. En él, formula una serie de consideraciones sobre el carcinoma no microcítico de pulmón y valora la praxis del caso, concluyendo, por cuanto razona, la inexistencia de “pérdida de oportunidad terapéutica”.

6. Mediante oficio notificado a las interesadas el día 2 de octubre de 2025, la Jefa de Sección de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas les comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

El día 23 del mismo mes, una de las reclamantes presenta un escrito de alegaciones en el que reitera la existencia de demora diagnóstica en la metástasis, destacando las dudas que suscita la existencia de un error, reconocido por los Servicios afectados, en la localización del tumor reflejada en uno de los informes. Asimismo, se refiere de forma concreta a la falta de seguimiento de determinados hallazgos (micronódulos) presentes en el tac realizado en el mes de diciembre de 2022.

Aporta documentación médica, entre la que se encuentra el informe objeto de controversia, respecto a la localización del tumor, de fecha 13 de mayo de 2022.

7. Con fecha 30 de octubre de 2025, la Instructora del procedimiento elabora una propuesta de resolución en sentido desestimatorio. Con base en lo razonado por los especialistas que han analizado el caso, considera que, a “falta de pericial de parte” que “contradiga” lo informado por aquellos, “la asistencia

sanitaria ha sido en todo momento acorde a la *lex artis ad hoc*, no objetivando relación de causalidad alguna”.

Se advierte la ausencia, por aparente error material, de texto escrito en los párrafos tercero y cuarto del fundamento de derecho segundo.

8. En este estado de tramitación, mediante escrito de 2 de diciembre 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), están las interesadas activamente legitimadas para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica -en tanto esposa e

hija del fallecido- 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 15 de octubre de 2024 y, habiendo tenido lugar el fallecimiento de su familiar el día 4 de marzo de ese año, cabe concluir que ha sido formulada dentro del plazo de un año, legalmente determinado.

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

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

No obstante, advertimos en relación con esta última que, tal y como hemos señalado en los antecedentes, debido a un error material, determinados párrafos se encuentran incompletos, extremo que deberá subsanarse al dictar la correspondiente resolución. Asimismo, procede que, en esta última, se dé adecuada respuesta a una de las cuestiones planteadas en las alegaciones,

referente a la existencia de dos versiones del mismo informe, el emitido con fecha 13 de mayo de 2022, en relación con la consulta realizada en el Servicio de Neumología el día 5 del mismo mes. Tal y como se señala en la reclamación, en la copia que en su día se les entregó (y que se aporta), figura -dentro de los epígrafes "evolución y comentarios" y "diagnóstico principal"- que el tumor se encontraba en el "lóbulo superior izquierdo" del pulmón. Localización que aparece modificada en el mismo informe obrante en la historia clínica, en el que se sustituye por la de "lóbulo inferior izquierdo", en el apartado "diagnóstico principal" -si bien, también consta, en el apartado "evolución y comentarios", ubicación en el "lóbulo superior izquierdo"- . Tal y como las interesadas subrayan, ello refleja que el informe "ha sido modificado en un momento indeterminado", lo que reconoce el Servicio de Neumología informante y asume la propuesta de resolución. Procede, en suma, que, en la resolución definitiva, se explicita también que se ha rectificado el error en el referido informe.

Por último, se observa 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 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, 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 las interesadas reclaman ser

indemnizadas por el fallecimiento de su familiar, que atribuyen a la mala praxis del tratamiento de un adenocarcinoma pulmonar.

Acreditada la realidad del óbito y los vínculos familiares entre quienes ejercitan la acción y la persona fallecida, cabe presumir la existencia del daño moral, cuya indemnización se pretende.

Ahora bien, como venimos reiterando, 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, automáticamente, la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si el mismo se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio público y si ha de reputarse antijurídico.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo (por todos, Dictamen Núm. 80/2020), 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 directamente a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta, con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico -reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia- responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados favorables en relación con la salud del paciente.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por la reclamante -cuya efectividad ha sido acreditada- es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario, hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales

características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

También ha subrayado este Consejo (entre otros, 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, en esencia, un componente de culpabilidad (*res ipsa loquitur* o regla de la *faute virtuelle*). Fuera de estos 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; exigencia legal y jurisprudencial que recuerda la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 22 de diciembre de 2021 -ECLI:ES:TSJAS:2021:3949- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.ª).

En el caso analizado, las reclamantes imputan, por una parte, la insuficiencia del tratamiento elegido, tras el diagnóstico inicial, para afrontar la patología oncológica que sufría el paciente y, por otra, el deficiente seguimiento posquirúrgico, que implicó la demora en el diagnóstico de metástasis ósea, cuyo carácter incurable determinó su fallecimiento meses después de su aparición.

El correcto análisis del caso planteado exige, en todo caso, despejar como cuestión preliminar la de la exacta localización del tumor, a la que nos hemos referido en nuestra consideración cuarta.

Efectivamente, el Servicio afectado (Neumología del Hospital "X") reconoce la existencia de error "en el informe de la (tac) emitido por Radiología y en la petición e informe de la segunda punción del nódulo, que fue preciso realizar para alcanzar el diagnóstico", pero que el "informe de 13-05-2022" refleja "la localización correcta del tumor, en el lóbulo inferior izquierdo".

Considera “comprensible la extrañeza de la familia al ver reflejadas en los informes las dos localizaciones”, pero que este fallo no impidió que, “previamente a la cirugía, el tumor” se “ubicara correctamente en el segmento superior del lóbulo inferior izquierdo”, siendo “tratado en consecuencia mediante una lobectomía inferior izquierda”. Este dato es corroborado por el Jefe del Servicio de Cirugía Torácica del Hospital “Y”, en el que se realizó la operación, quien señala que esta afectó al punto correcto en el que se encontraba el tumor. Este último profesional especifica, además, que, tras la necesaria comprobación, se comunicó al paciente “en la primera consulta” que tuvo en ese Servicio, constando, en todo caso, en el correspondiente informe de alta, de fecha 19 de junio de 2022 -que las reclamantes no cuestionan-.

Por nuestra parte, advertimos que el informe suscrito por dos especialistas en Radiodiagnóstico de la Fundación Hospital, con fecha 29 de marzo de 2022, plasma que el nódulo de “10 mm” se encuentra en el lóbulo superior izquierdo, probable origen, a nuestro juicio, del error, que figura corregido solo en algunas de las notas del curso clínico de hospitalización del Hospital “Y”, referidas a la “lobectomía inferior izquierda” realizada el día 16 de junio de 2022, al igual que persiste en anotaciones de Radiología (página 394 de la historia clínica del Hospital “Y”). El informe de alta, de fecha 19 de junio de 2022, refleja que, “revisadas pruebas de imagen”, el nódulo se ubica en el “lóbulo inferior izquierdo” (página 366 de la historia clínica del Hospital “Y”) y el informe de la cirugía (página 382 de la misma) constata que la operación realizada fue “lobectomía inferior izquierda”.

En cuanto ahora interesa, la precisión resulta de relevancia por cuanto, como subrayan las reclamantes, la falta de claridad suscita una “desconfianza” que debe subsanarse en los términos reflejados en nuestra consideración cuarta. Ello, sin perjuicio de que, como subraya el especialista en Oncología Médica autor del dictamen pericial incorporado, el error careció de impacto alguno en el tratamiento.

No obstante, no podemos dejar de reflejar que las interesadas también suscitan la hipótesis de que, quizás “el cáncer” no “estaba tan localizado como en un primer momento se creyó”, por lo que plantea “que la realización de otras pruebas de imagen hubiera ayudado a salvar, o, al menos prolongar, la vida” de su familiar. Su afirmación, sin embargo, se basa exclusivamente en la manifestación del Director de la Unidad de Gestión Clínica de Neumología, quien ciertamente manifiesta, al justificar el error en la determinación anatómica del tumor, su creencia de que puede deberse a un “error de transcripción o al hecho de que el tumor” estuviera “tan cerca del límite entre ambos lóbulos”. Pero esta afirmación no altera, a nuestro juicio, la conclusión respecto a la corrección de la cirugía realizada que, afortunadamente, no se vio afectada por la lamentable confusión, arrastrada a otros informes y anotaciones. Y, sin perjuicio de observar que no se reseña qué otras “pruebas de imagen” previas a la cirugía debieron realizarse, sí consta en la historia que se efectuó tac cerebral “como protocolo habitual”.

En cuanto a la primera imputación, existe consenso, entre los especialistas informantes, acerca de la idoneidad de la opción terapéutica elegida para tratar el tumor, tras su detección en el mes de mayo de 2022, sin que, por otra parte, las reclamantes discutan la argumentación que exponen aquellos como fundamento de esa decisión.

Así, el especialista en Oncología Médica que informa por cuenta de la compañía aseguradora explica, partiendo del diagnóstico del paciente -confirmado tras la cirugía-, adenocarcinoma de pulmón en estadio I, que “en el manejo terapéutico del carcinoma no microcítico de pulmón” -variedad a la que corresponde el adenocarcinoma-, según explica el informe del Servicio responsable, “la quimioterapia no está indicada en estadios I, ni de forma neoadyuvante (previa a la cirugía) ni de forma adyuvante (posterior a la cirugía)”, mientras que “la radioterapia solo hubiera estado indicada en el caso de que no se hubiera podido llevar a cabo la cirugía de la lesión”, siendo, en caso de ser posible, la cirugía “el tratamiento de elección para este tipo de

pacientes". Por ello, concluye que "el hecho de no haber tratado al paciente con quimioterapia y/o radioterapia se ajusta a las guías de actuación definidas por las sociedades europea y española de Oncología Médica".

En el mismo sentido, desde el Servicio competente del Hospital "X", se indica que, "teniendo en cuenta el grado de extensión del tumor y las aceptables condiciones de operabilidad del paciente, se indicó tratamiento quirúrgico y se solicitó consulta al Servicio de Cirugía Torácica" del Hospital "Y", añadiendo que, "en lo referente a no recurrir a la radioterapia ni a la quimioterapia tras la cirugía, hay que señalar que el tratamiento adyuvante (adicional) a la intervención quirúrgica se establece en función de los hallazgos en el acto quirúrgico, tales como la afectación por el tumor de los bordes de resección del muñón bronquial, la afectación ganglionar y el grado de extensión del tumor en la pieza quirúrgica. Los bordes de resección bronquial estaban libres de tumor y no se demostró afectación tumoral de los ganglios regionales estudiados". Explica también que "el grado de extensión del cáncer de pulmón (estadificación) se mide mediante la clasificación llamada TNM-estadios (8.ª edición en la fecha en que se intervino al paciente) que incluye los estadios (de menos a más extendido) IA1, IA2, IA3, IB, IIA, IIB, IIIA, IIIB, IIIC, IVA y IVB./ En este caso", prosigue, "el grado de extensión poscirugía se estableció como IA2 por medir el tumor entre 1 y 2 cm y no existir metástasis ganglionares ni a distancia. Según nuestras guías de práctica clínica sobre el tratamiento del cáncer de pulmón (variedad no microcítica, a la que corresponde el adenocarcinoma), el tratamiento adyuvante a cirugía se plantea a partir del estadio II y últimamente en algunos casos del estadio IB, ninguno de los cuales corresponde al caso que nos ocupa". En particular, razona que "el nódulo en 'vidrio deslustrado' en (el) lóbulo superior derecho, los micronódulos puntiformes en 'vidrio deslustrado' y las adenopatías menores de un cm y no captantes no pueden considerarse como indicación de tratamiento con radioterapia o quimioterapia adyuvantes (tal como se sugiere en el escrito de reclamación), toda vez que estos hallazgos no mostraron cambios en los

controles posquirúrgicos mediante (tac), lo que hace poco probable su naturaleza tumoral”, pues “la característica radiológica de ‘vidrio deslustrado’ es inespecífica desde el punto de vista diagnóstico y las adenopatías menores de 1 cm de diámetro y sin captación” en la tomografía por emisión de positrones “apuntan a naturaleza benigna”.

En segundo lugar, y en cuanto a los reproches relativos al seguimiento posterior, centrados en la falta de anticipación del diagnóstico de metástasis ósea, las interesadas detallan que el paciente “empezó a sentir dolor en el costado izquierdo, cervical y dorsal” desde el mes de febrero de 2023, dolor “que fue aumentando con el paso de los meses hasta hacerse insoportable”. A su juicio, las pruebas realizadas en las diversas consultas llevadas a cabo resultaban insuficientes para alcanzar el diagnóstico de metástasis vertebral, al que orientó la resonancia magnética llevada a cabo en un centro privado, en el mes de octubre de 2023. En las alegaciones formuladas con ocasión del trámite de audiencia, plantean sus dudas acerca de la ausencia de “micronódulos puntiformes” en el tac realizado en el mes de junio de 2023 y que estaban presentes en el realizado en el mes de diciembre de 2022.

El responsable del Servicio de Neumología considera “adecuada la frecuencia de seguimiento del paciente”, “revisado con (tac) a los 6 y 12 meses de la cirugía (sin apreciarse datos de la recidiva)”. Además, tal y como señalan sus familiares, el paciente fue atendido en Urgencias en el mes de febrero de 2023 “por dolor en costado izquierdo que refería desde la cirugía y había ido disminuyendo en intensidad”, realizándose un angiotac de arterias pulmonares que permitió apreciar “pequeño derrame pleural izquierdo, que se consideró de probable origen posquirúrgico, y derrame pericárdico que fue valorado por Cardiología, indicándose tratamiento antiinflamatorio”. Indica que, tras la consulta de seguimiento en Neumología del mes de julio de 2023, “el paciente refería dolor periescapular izquierdo de unos días de evolución que mejoró con tratamiento antiinflamatorio”, sin que la prueba de imagen (tac), realizada el

día 28 de junio de 2023, permitiera apreciar “lesiones óseas sospechosas de metástasis en el territorio estudiado”.

El especialista en Oncología Médica informante coincide en que esta última prueba (“tac realizada el día 28 de junio de 2023”) “no presenta imágenes sospechosas de enfermedad metastásica ósea” y afirma que el tac es “uno de los estudios radiológicos que son realizados para el diagnóstico de la enfermedad metastásica ósea”. También reseña que la realización de esos estudios radiológicos -tac- se pauta “a los 6 y 12 meses tras el tratamiento quirúrgico, como se recomienda en las guías de seguimiento de la enfermedad oncológica pulmonar en estadios localizados”, así como que -dato nada despreciable a nuestro juicio- el angiotac realizado en el mes de febrero de 2023 “tampoco evidencia presencia de metástasis óseas”.

En suma, los estudios de imagen realizados en diciembre de 2022 y en febrero y junio de 2023 no permitían siquiera el diagnóstico de metástasis óseas como sospecha. En cuanto a los micronódulos apreciables en el estudio de diciembre de 2022, ausentes en pruebas previas y posteriores, la afirmación de que eran de “carácter inespecífico” -informe del Hospital “X”- impide dotarles, a falta de evidencia científica en contra, del peso necesario que permita su elevación desde el plano probabilístico, en el que efectúan las reclamantes su valoración en las alegaciones formuladas en el trámite de audiencia. En ellas, interpretan también la afirmación del oncólogo especialista relativa a que “el tac es un método que identifica la compresión espinal si bien tiene el hándicap de no contrastar adecuadamente los tejidos blandos, siendo capaz de diagnosticar las lesiones óseas que originan esa compresión medular”, en el sentido de que revela su inutilidad, pero su propia literalidad no cabe compartir tal conclusión, habida cuenta de que, precisamente, la resonancia diagnosticó “lesiones infiltrativas óseas compatibles con metástasis”, “con masa de partes blandas”, sin que quepa inferir, de ninguno de los informes incorporados, que la producción y, por tanto, detección de esta última, anticipadamente a la lesión ósea, resulte posible. Ello, sin perjuicio de que otros

informes obrantes en la historia clínica sustenten, siquiera incidentalmente, la aptitud del tac para el diagnóstico de metástasis óseas; así, en el realizado en el mes de marzo de 2022 (página 57 de la historia del Hospital "X"), que la descarta, o el realizado en el mismo mes de octubre al ingresar en el Hospital "Y", que la evidencia.

Por otra parte, la documentación clínica disponible corrobora que el dolor torácico iniciado en el mes de febrero de 2023 presentó mejoría con el tratamiento -informe emitido por el Servicio de Cardiología, tras consulta, el 1 de marzo de 2023-.

En cuanto a las visitas a Urgencias llevadas a cabo en los meses de septiembre y octubre de 2023, si bien las reclamantes nada reprochan de forma concreta al respecto -pues, como hemos señalado, centran su atención en la asistencia prestada por el Servicio de Neumología en su seguimiento-, más allá de la referencia a los diagnósticos alcanzadas en ellas, la historia clínica refleja que el paciente acudió el día 4 de septiembre a su centro de salud por dolor en el hombro izquierdo, que refería sufrir "desde hace dos meses desde la (intervención quirúrgica)", expresión confusa, pues dos meses antes se remontaría al mes de julio de 2023, mientras que la intervención tuvo lugar en el mes de junio de 2022; en ese momento, se le realizó una radiografía que no permitió apreciar "alteraciones óseas". Figura también que acudió de nuevo a su centro de salud el día 25 de septiembre por "dolor" de "espalda" -por el que consta que se solicitó "Rx lumbar y cervical"- . Ya en el mes de octubre de 2023, el dolor cervical y dorsal le obliga a acudir de nuevo a su médico de Atención Primaria, el día 5 de ese mes, y al Servicio de Urgencias hospitalarias los días 2 y 18, siendo "diagnosticado de cervicodorsalgia mecánica". Dado que la resonancia realizada el día 16 de ese mes mostró la metástasis, cabría sostener que la asistencia prestada desde el 4 de septiembre debería haber motivado la realización de pruebas de imagen, constando la realización de radiografía en la primera de las consultas del mes de septiembre, y su solicitud en la segunda. No obstante, tal conclusión contradice las manifestaciones de las reclamantes,

cuya pretensión sobre la apreciación de demora diagnóstica se retrotrae a los meses de febrero y julio de 2023, en coincidencia con las consultas de seguimiento en Neumología. Mientras que, por otra parte, tampoco cabe desconocer que su estimación respecto al intervalo de mes y medio transcurrido entre el día 4 de septiembre y el día 16 de octubre resulta contraria al razonamiento del oncólogo informante, quien expresa que incluso “de haber detectado las lesiones metastásicas antes, entre los meses de julio (...) y octubre”, el pronóstico hubiera sido igualmente “infausto”, sin que quepa apreciar, por tanto, pérdida de oportunidad terapéutica, cifrando el pronóstico de supervivencia de los pacientes “que sufren una recaída en el caso del carcinoma no microcítico” inferior “al 9 % a los cinco años”, siendo en concreto “de entre 3 y 6 meses en el caso de la compresión medular”.

Al respecto, el mismo profesional subraya, en su informe pericial, la incapacidad de la ciencia médica, “con los medios actuales, de anticipar la afectación metastásica de los pacientes que han sido tratados por una enfermedad neoplásica localizada”, resultando que “solo podemos tratar la recidiva de la enfermedad cuando esta se hace evidente y en ese momento, el pronóstico de la enfermedad es infausto”.

En definitiva, no se ha acreditado, en el presente caso, que la desgraciada evolución de la enfermedad se haya debido a un manejo o seguimiento inadecuado 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 realizado según lo establecido en las guías clínicas y protocolos médicos habituales, de acuerdo con el parámetro de la *lex artis*, sin que quepa apreciar la pérdida de oportunidad terapéutica en el diagnóstico de la metástasis, como se indica en el informe librado a instancias de la compañía aseguradora de la Administración sanitaria por un especialista en Oncología Médica.

Por todo ello, entendiendo que las consideraciones de la parte reclamante carecen de sustento científico que las 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.

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 la fecha de la última firma electrónica

V.º B.º

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.