

Dictamen Núm. 5/2025

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 23 de enero 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 9 de julio de 2024 -registrada de entrada el día 12 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por la deficiente asistencia prestada por el servicio público sanitario, al que se imputa un error diagnóstico e intervenciones invasivas innecesarias.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 20 de septiembre de 2023, el interesado presenta el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación patrimonial dirigida a la Consejería de Salud por los daños y perjuicios derivados de la deficiente asistencia recibida en un hospital público al que se imputa un error diagnóstico, e intervenciones invasivas innecesarias.

Refiere que el día 8 de abril de 2022 ingresa en el Hospital “por un cuadro de ictericia franca (...) malestar general, febrícula, vómitos y coluria, con

descompensación diabética./ Analíticamente presentaba: una glucemia de 500 mg/dl (...) Un patrón de colestasis con bilirrubina total de 10,3 mg/dl (directa de 8,5), GGT de 1164 U/L (...) Una lipasa significativamente aumentada de 455 U/l (normal hasta 60)"; las pruebas realizadas durante el ingreso evidencian "la presencia de barro biliar y coledocolitiasis en la vía biliar principal", así como "un foco de pancreatitis en la cabeza pancreática./ El 26 de abril (...) se le realizó (...) una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) que muestra que la VBP se encontraba ya vacía", siendo dado de alta el día siguiente, quedando pendiente de una colecistectomía programada "ya que la vesícula presentaba colelitiasis", pero "sin realizar más determinaciones de amilasa ni de lipasa pancreáticas, a pesar de que ya al ingreso (...) cumplía los requisitos (...) para ser diagnosticado de pancreatitis aguda".

Antes de llevarse a cabo la colecistectomía, ingresa de nuevo el 8 de julio de 2022 "con sepsis grave", y "una elevación de amilasa y una lipasa pancreática que triplicaba su valor normal"; se le diagnostica de colecistitis aguda, y es intervenido de urgencia, "encontrándose líquido peritoneal purulento y gangrena vesicular incipiente", tras lo cual es dado de alta el día 12 "sin efectuar ninguna prueba o análisis dirigido al páncreas (marcadores) a pesar de que la proteína c reactiva (...) seguía siendo (...) alta, de 20.3 (...), cuarenta veces por encima del límite alto de la normalidad".

Refiere que " sólo dos días después", el 14 de julio (...), reingresa con el diagnóstico de "coleciones periesplénicas". Afirma que, "en el contexto de una pancreatitis aguda, estos hallazgos la hubieran clasificado como una pancreatitis moderadamente grave por la presencia de complicaciones locales (...). Se pauta tratamiento antibiótico", y recibe el alta el 21 del mismo mes, "sin comprobar la evolución radiológica de las colecciones, con pauta antibioterapia oral".

El cuarto ingreso se produce el día 29 de julio "por dolor en epigastrio irradiado en cinturón (dolor característico de la pancreatitis aguda) y fiebre alta. No se piden marcadores de pancreatitis, pero sí un tac que reinterpreta los cambios inflamatorios en la celda esplénica que rodean al colon como colitis

complicada. Este diagnóstico no se revisa, a pesar de que se realiza colonoscopia (...) que descarta la colitis, pero sirve para dar de alta nuevamente al paciente el 9 de agosto (...) sin comprobar el estado de las colecciones”.

El 22 de agosto de 2022, ingresa por quinta vez “con dolor abdominal intenso y fiebre alta. En analítica de nuevo la lipasa es 7 veces superior a su valor normal, y la amilasa (también) elevada”. Incide en que los resultados de las pruebas determinan que “reunía de nuevo criterios suficientes y claros para el diagnóstico de pancreatitis moderadamente grave, ni radiólogos ni clínicos se plantean dicho diagnóstico”.

Refiere que “se le diagnostica de colitis isquémica y, se le somete a una intervención quirúrgica de resección de colon (...) el 7 de septiembre” con hallazgos que “muestran nuevamente que el aspecto y el contenido de las colecciones es característico de una pancreatitis necro hemorrágica” y que tal “como era de esperar, la anatomía patológica del colon (...), desvela que se trata de un proceso necrosante extrínseco al colon (es decir, no era una colitis)”, resultado que fue “ignorado por los facultativos”.

Continúa refiriendo que “al día siguiente” del último alta, “el 15 de septiembre de 2022, (...) ingresa por sexta vez (...) con dolor abdominal y vómitos”, detectándose “un gran absceso en el hipocondrio izquierdo y una dehiscencia de la anastomosis del colon con trayecto fistuloso hacia la pared abdominal, apreciándose una salida de heces por el orificio del drenaje izquierdo”; añade que “en los siguientes comentarios de los facultativos ya no se habla de colitis sino de ‘reacción inflamatoria en ángulo esplénico’ y fistula de anastomosis de colon que denominan de ‘bajo débito’”; señala que se descarta la cirugía urgente a pesar del riesgo de necrosis infectada realizándose el drenaje cuatro días más tarde “obteniéndose 100 cc de líquido purulento”. Explica que en la “analítica del 23 de septiembre de 2022 se aprecian nuevamente parámetros pancreáticos elevados: amilasa 350 y lipasa 977 U/L y es en este momento cuando por fin se empieza a hablar de pancreatitis aguda, pero (...) los facultativos (la califican) de ‘leve’. Se solicita un tac (...) (no

urgente)./ El tac del día 27 de septiembre de 2022, confirma hallazgos compatibles con pancreatitis moderadamente grave”.

Pone de relieve que a pesar de los resultados de los análisis “se decide retirar la nutrición parenteral y progresar en la dieta oral./ El día 30 (de septiembre) se solicita una colangio RMN”, concluyéndose que presenta “signos de colangitis y pancreatitis agudas. Colección en el lecho de la colectomía, en resolución”. Añade que, como “tolera la dieta oral y el drenaje dejó de ser productivo”, se le dio el alta el 5 de octubre, “sin resolver el cuadro”, evolucionando “en su domicilio con dolor y fiebre”.

Finalmente, el día 26 de octubre de 2022 ingresa por séptima vez, realizándosele “un tac de urgencia que muestra múltiples colecciones y trombosis de la vena esplénica y de la porta izquierda”. Considera que queda acreditado que “presentaba ya una pancreatitis necrotizante de suma gravedad y muy evolucionada y era candidato a ingreso en UCI”, a pesar de lo cual se opta por tratamiento conservador, tras lo que empeora y, el 31 de octubre, “el cirujano que pasa visita comenta el caso con la sección de cirugía hepatobiliopancreática” considera que, a pesar de la existencia de la fístula anastomótica, el cuadro está dominado por la pancreatitis necrotizante con datos de mala evolución”, y que “las colecciones son subsidiarias de drenaje eco endoscópico y el aneurisma de la arteria esplénica de embolización”. Pero, subraya el reclamante, “a pesar de lo acertado de este planteamiento, se decide seguir esperando la colonoscopia citada para dos días después”. Concluye que “a consecuencia de la absoluta y acreditadísima desidia e incompetencia de los facultativos, la pancreatitis y su actividad necrotizante fueron avanzando”. Es intervenido quirúrgicamente el día 6 de noviembre mostrando `pancreatitis aguda necrohemorrágica con úlcera perforada en cara posterior y fístula arterio-gástrica probablemente de la arteria esplénica a nivel del pseudoaneurisma” con hemorragia digestiva alta masiva y moderado hemoperitoneo ´, tras lo que es trasladado a la UCI; añade que “la premisa de supervivencia y mejoría hemodinámica se consiguió, por lo que se programó la segunda intervención con embolización previa de la arteria esplénica para

reducir el riesgo de sangrado. En esta segunda intervención, el 11 de noviembre, se completó el drenaje de abscesos y colecciones, se reconstruyó el tránsito digestivo (...), se extirpó el bazo junto con la cola del páncreas (por riesgo de isquemia a causa de la embolización) y se comprobó que la anastomosis cólica no presentaba fístula". Tras ser extubado definitivamente el día 2 de diciembre, abandona la UCI el día 15 de diciembre de 2022, con graves secuelas.

Recibe, finalmente, el alta hospitalaria el 6 de enero de 2023.

Valora los daños sufridos en trescientos nueve mil quinientos dieciocho euros con setenta y siete céntimos (309.518,77 €), que desglosa y justifica de acuerdo con el informe de valoración del daño corporal que acompaña.

Afirma que, de las periciales que incorpora, "se desprende que el resultado dañoso guarda relación directa con la mala praxis por lo que el daño deberá indemnizarse en su totalidad. No obstante lo anterior, subsidiariamente y de entenderse que las lesiones derivan de una pérdida de oportunidad terapéutica y (...) podemos concluir que el paciente, de haber sido diagnosticado y tratado de forma adecuada tenía la posibilidad de haber curado sin secuelas, al menos, en un 95 % de los casos. Es decir, la pérdida de oportunidad (...) no sería inferior al 95 %. En atención a cuanto antecede de estimarse una pérdida de oportunidad terapéutica deberían minorarse las indemnizaciones descritas en menos de un 5 % sobre las cantidades antes reseñadas".

Acompaña la reclamación diversa documentación entre la que se encuentra: a) informe médico pericial elaborado por una especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo. b) Informe suscrito por una especialista en Valoración Médica del Daño Corporal. c) Copia del documento nacional de identidad del interesado. d) Poder otorgado en favor de una letrada.

En la pericial que aporta, elaborada por una especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo, se sostiene que el paciente debería haber sido diagnosticado de pancreatitis en el primer ingreso hospitalario a la luz del resultado de las pruebas realizadas, que mostraban lipasa de 455 U/L y

presencia de un foco de pancreatitis. Asimismo afirma que “muchos comentarios y actitudes médicas a lo largo de la historia clínica muestran que no se supo reconocer el proceso que padecía el paciente y cuando se reconoció, demasiado tarde, no se supo reconocer la gravedad que revestía./ La pancreatitis y su actividad necrotizante fueron avanzando, provocando necrosis de la grasa mesentérica, trombosis venosa esplénica y portal, digestión de la pared posterior del estómago con necrosis, ulceración y perforación de la misma, y digestión de las paredes de la arteria esplénica”, y afirma que “las divagaciones y la pérdida de un tiempo valioso continuaron hasta que, después de dos gastroscopias que no consiguieron controlar el sangrado, el paciente fue llevado a quirófano, en situación emergente, el día 5 de noviembre de 2022”.

Concluye que “1. A lo largo de todo el proceso, que ha durado 9 meses, se ha vulnerado la *lex artis* en numerosas ocasiones (...), lo que condujo a establecer diagnósticos erróneos a pesar de existir evidencia suficiente para reconocer el proceso fundamental, una pancreatitis aguda necrotizante./ 2. El paciente fue dado de alta (...) en seis ocasiones sin haber (sido) diagnosticado ni tratado el proceso de base y sus complicaciones. Esta actuación se debe considerar como negligencia./ 3. En base a un diagnóstico erróneo, a pesar de existir evidencia analítica y endoscópica en contra de la colitis isquémica, se resecó un segmento de colon, el ángulo esplénico y se realizó una anastomosis primaria cuya dehiscencia precoz condujo a un agravamiento del proceso de base por infección de las zonas necrosadas producidas por la pancreatitis aguda. Se debe considerar esta actuación como mala praxis./ 4. Además de no reconocer el proceso, no se reconoció la gravedad progresiva que revestía. Por una serie de demoras negligentes, las (...) complicaciones se trataron tarde e incluso no se trataron, conduciendo al paciente a una situación de shock séptico y posteriormente a una hemorragia digestiva masiva que pusieron en grave riesgo su vida. Se considera esta actuación como negligencia. Hubo de ser intervenido (...) con alto riesgo de muerte, para control de daños, debiendo completarse la cirugía en un segundo tiempo. (...) se le resecó parte del estómago, el bazo y la cola del páncreas./ 5. (...) el paciente permaneció

ingresado” en la UCI “durante 39 días, la mayor parte del tiempo intubado. Sufrió numerosas complicaciones y yatrogenias, precisó multitud de actuaciones invasivas y aqueja en la actualidad importantes secuelas:/ Pérdida de un segmento de colon (ángulo esplénico)./ Pérdida del antro gástrico./ Pérdida del bazo con la subsiguiente inmunodepresión permanente./ Pérdida de la cola del páncreas./ Polineuropatía del paciente crítico./ Deterioro funcional./ Reacción adaptativa (síndrome depresivo en relación con el suceso)./ Pérdida de la pieza dental 26./ Múltiples cicatrices abdominales y torácicas”. Aclara que “en el momento de emitir este informe, 11 de junio de 2023, estas secuelas se encuentran estabilizadas. En cuanto al estado funcional actual, el paciente presenta incontinencia doble, dificultad para caminar precisando muletas y necesita ayuda para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria”.

2. Mediante oficio de 2 de octubre de 2023, la Jefa de Sección de Apoyo del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica al reclamante la fecha de recepción de su reclamación, el nombramiento de instructor, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. Previa petición formulada por el Instructor del procedimiento, el día 27 de noviembre de 2023, la Gerencia del Área Sanitaria IV remite una copia de la historia clínica del paciente, así como los informes de los Servicios de Aparato Digestivo y de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital

El informe del Jefe del Servicio de Aparato Digestivo explica que el paciente estuvo a cargo de dicho Servicio entre el 8 y 27 de abril de 2022, tiempo durante el cual la actuación del personal se ajustó a la *lex artis ad hoc*. Se opone a lo mantenido en el informe pericial que acompaña la reclamación, señalando que la afirmación referida a “la existencia de un foco de pancreatitis en cabeza pancreática según las resonancias efectuadas con fecha 13 de abril de 2022” es falsa, pues recoge “de forma sesgada una pequeña parte del contenido de dicho informe”. Explica que “lo relevante desde el punto de vista

clínico (...), era la existencia de coledocolitiasis y no esa pancreatitis focal leve". Afirmar que "el paciente evolucionó favorablemente y fue dado de alta tras el primer ingreso, con programación futura de colecistectomía, situación que se acoge por completo a la *lex artis* y a la práctica habitual (...) en estos cuadros clínicos, sin que se pueda apreciar la más mínima duda, inconcreción o actuación equivocada en la atención (...) por parte del Servicio de Aparato Digestivo durante dicho ingreso, y mucho menos un error (de) diagnóstico o una disconformidad con la *lex artis* habitual en el tratamiento de estos casos, debiendo asimismo remarcar mi absoluto desacuerdo con la afirmación expresada (...) donde (...) se afirma que el paciente debió de ser diagnosticado de pancreatitis aguda, afirmación que (...) es incorrecta dado que no se correlacionaba con la clínica ni con el propio informe de la RMN, pero aún en el caso de que efectivamente se hubiera tratado de una pancreatitis tampoco es correcta la afirmación de que "establecido el diagnóstico (de pancreatitis) debería haberse vigilado la evolución de la enfermedad, cosa que no se hizo", dado que la práctica clínica habitual en (los) casos de pancreatitis aguda biliar que evolucionan de forma favorable y alcanzan el alta hospitalaria consiste precisamente en valoración de una posible colecistectomía, coincidiendo por tanto con la actuación llevada a cabo en este paciente". Comenta que "quienes atendemos habitualmente a estos pacientes somos conocedores de la complejidad de su atención y las grandes dificultades que se presentan en muchas ocasiones para conseguir un adecuado control (...), debiendo tomar decisiones asistenciales que aunque posteriormente se puedan tornar como equivocadas, no son *a priori* incorrectas ni contrarias al *lex artis*, debiendo discrepar por tanto con una evaluación que entiendo "ventajista" por parte de quien se ha permitido peritar sobre este proceso clínico incidiendo específicamente en una serie de puntos con una visión *a posteriori* no exenta de sesgos y parcialidad interpretativa, entendiéndolos como carentes de fundamento las afirmaciones recogidas en el apartado de conclusiones".

En el informe del Jefe del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo se señala que "coexisten dos patologías en el (...) paciente.

Inicialmente se realizó una colecistectomía de urgencia por colecistitis aguda, tras el ingreso en el Servicio de Digestivo por un cuadro de ictericia y la realización de una CPRE./ Después presentó un cuadro de inflamación en ángulo esplénico del colon, posible diverticulitis (...) y ante la mala evolución (...), se realizó una resección segmentaria de colon con anastomosis latero-lateral. Como complicación postoperatoria presentó una colección que (...) se resolvió mediante tac-punción./ La primera referencia a una pancreatitis aguda en los estudios radiológicos mediante tac es el día 27-9-22, durante el quinto ingreso, y a partir de este momento el postoperatorio y sus complicaciones son las esperables en un cuadro de estas características” y concluye que “en todo momento se actuó por parte del Servicio (...) de acuerdo a la *lex artis* ajustándose el tratamiento a lo aconsejado en las guías de práctica clínica” y que las complicaciones que presentó “forman parte de las complicaciones posibles”.

4. El día 9 de mayo de 2024, el reclamante presenta en una oficina de correos una solicitud de “copia de todo lo actuado” en el expediente de responsabilidad patrimonial.

5. A continuación obra incorporado al expediente un informe pericial librado el 3 de mayo de 2024 a instancias de la compañía aseguradora de la Administración por un especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo.

En él, respecto a la pericial aportada por el reclamante considera no “detalla cuál hubiese sido la actuación correcta (...), el diagnóstico y tratamiento necesario y el resultado probable (...). Tampoco se menciona cuál es el daño real y concreto producto de la supuesta pérdida de oportunidad derivada de las decisiones tomadas por los facultativos (...). No se establece un plan terapéutico alternativo al realizado (...), basando su análisis y la reclamación patrimonial en una especie de auditoría clínica más que en un informe médico pericial de praxis analizando el daño antijurídico que el paciente no debería tener la obligación de soportar”.

Sostiene que “no consta acreditado que el paciente tuviese una pancreatitis aguda durante primer ingreso del 8 de abril de 2022”, pues “no ingresa por dolor abdominal, sino por ictericia. Así se señala en el informe de Urgencias y en la exploración donde se señala de forma clara e indubitada que (...) no presenta ni refiere dolor abdominal”.

Concluye que “las actuaciones y decisiones clínicas-terapéuticas tomadas por los profesionales (...) han sido correctas y ajustadas a la situación clínica que presentaba (en) cada momento (el paciente) sin haber existido ningún daño imputable a su actuación ni ninguna pérdida de oportunidad diagnóstica ni terapéutica”. El paciente sí presentó “una pancreatitis aguda leve a finales de septiembre del 2022, tras la intervención de la resección segmentaria del colon, que ha evolucionado de forma tórpida a una pancreatitis necrohemorrágica”, y explica la idoneidad de un tratamiento conservador frente a la opción quirúrgica. Concluye que “en contra de lo manifestado en la reclamación, el tratamiento de la pancreatitis aguda (...) fue totalmente correcto. No existe ningún otro tratamiento que impida la evolución de la misma (...). No existe ningún tratamiento curativo de la pancreatitis aguda, tan solo sintomático, como el que se prescribió en tiempo y forma”.

6. Mediante oficio notificado al interesado el 31 de mayo de 2024 el Instructor del procedimiento le notifica la apertura el trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándole una copia de los documentos obrantes en el expediente.

7. Con fecha de 17 de junio de 2024, la representante del interesado presenta en una oficina de correos un escrito de alegaciones en el que ratifica los términos de la reclamación. Considera que sus afirmaciones encuentran fundamento en la documentación clínica obrante en el expediente, así como en el informe pericial, complementado ahora con un anexo que adjunta, y en la pericial que informa de la valoración del daño corporal.

Con base en lo expuesto en el informe complementario suscrito por la misma especialista, el 16 de junio de 2024, que se adjunta, se insiste en que el paciente ya presentaba una pancreatitis aguda en su primer ingreso y se opone a lo señalado por la compañía aseguradora de la Administración.

Alega que “de haberse iniciado el tratamiento adecuado de la pancreatitis desde el primer ingreso se hubiera evitado el desenlace”, y que durante los dos primeros ingresos hospitalarios el interesado presentaba una “situación clínica favorable y estable”, para concluir que “se ha privado al paciente de la posibilidad del 98% de haber curado sin secuelas”, puesto que en el tercer ingreso “ya presenta signos crónicos compatibles con una pancreatitis moderadamente grave”, mientras que en la séptima ocasión “presenta una pancreatitis necrotizante de suma gravedad”.

8. Con fecha 25 de junio de 2024, el Instructor del procedimiento formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio. Niega que hubiese signos que evidenciasen una pancreatitis aguda desde el inicio del proceso, señalando que fue en el penúltimo ingreso, el 15 de septiembre de 2022, “por dehiscencia de la anastomosis del colon (...), cuando “el tac mostró una pancreatitis aguda leve (...) muy posiblemente (...) debida a la resistencia de la anastomosis”, que fue confirmada por “la colangio RNM”, de la que “el paciente evolucionó favorablemente, siendo dado de alta el 5-10-2022”. Asimismo, se producen signos de dicha patología en el “último ingreso”, el 26 de octubre de 2022, “por sospecha de pancreatitis necrotizante”, que fue “confirmada por tac”, junto con “una complicación hemorrágica”, complicaciones de las que fue tratado “de forma adecuada”.

Concluye “a la vista de todo lo anterior” que “la primera vez que se constata la existencia de una pancreatitis”, el 15 de septiembre de 2022, “fue debida a la fuga de contenido intestinal de la dehiscencia” que “evoluciona a una pancreatitis necrotizante”, y no a la praxis médica, que considera adecuada “en todo momento a la *lex artis*, tomándose las decisiones de forma correcta de

acuerdo a los parámetros clínicos que el paciente presentaba, y a la evidencia científica”.

9. En este estado de tramitación, mediante escrito de 9 de julio de 2024, 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, cuya copia adverada adjunta 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 el interesado activamente legitimado para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron, actuando por medio de representante con poder bastante al efecto conforme a lo establecido en el artículo 5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC).

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la LPAC, dispone que “El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”.

En el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 20 de septiembre de 2023, tras recibir el alta hospitalaria el día 6 de enero de 2023 por lo que, al margen de otras consideraciones, 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 de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Sin embargo, 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, debiendo destacarse que se observa la paralización del procedimiento durante varios meses tras la recepción por parte del Instructor de los informes remitidos por la Gerencia del Área Sanitaria IV en noviembre de 2023, lo que obliga al reclamante a presentar el 9 de mayo de 2024, a través de su representante, una solicitud para conocer el estado de la tramitación y obtener copia del expediente. 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 “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 una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios derivados de un error diagnóstico recurrente, acompañado de la falta de pruebas adecuadas, por parte del sistema sanitario público, que han determinado la falta de detección de una pancreatitis, su errónea toma en consideración al detectarse y un agravamiento severo de la situación del paciente, a quien se realiza una colectomía segmentaria del ángulo esplénico del colon y anastomosis primaria, y que ingresa en el hospital en siete ocasiones durante el transcurso de nueve meses, llegando a “una situación cataclísmica que puso en grave peligro su vida en varias ocasiones”.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta acreditado que el perjudicado, en concurrencia con otras patologías digestivas, padecía una pancreatitis que se agudiza y que fue objeto de diversas intervenciones que se indican en la reclamación.

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 sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si 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, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados concretos.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por el reclamante 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 sólo 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 -aunque no siempre pueda garantizarse que este sea exacto- 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 la mera constatación de un error médico o de un retraso diagnóstico entrañe *per se* una vulneración de la *lex artis*.

También viene reiterando este Consejo 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*). En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que ello ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

En el supuesto analizado, el interesado ingresa en el Hospital el día 8 de abril de 2022 por un cuadro de ictericia franca con malestar general, febrícula, vómitos, coluria y descompensación diabética, momento en que la analítica arroja unos niveles de lipasa aumentada y una ecografía abdominal muestra un foco de pancreatitis; en base a ello, el reclamante afirma que en ese momento debió ser diagnosticado de pancreatitis aguda. Frente a ello, permanece ingresado hasta el día 27 de abril, siendo sometido a diversas pruebas, y es dado de alta pendiente de someterse a una colecistectomía programada, antes de cuya realización es ingresado de nuevo. Consta que el paciente es ingresado en siete ocasiones a lo largo del proceso asistencial objeto de análisis, siendo sometido a diversos estudios.

El Jefe del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital, a cuyo cargo se produce el primer ingreso, niega lo afirmado en la pericial aportada por el reclamante. Refiere que la admisión se produce por cuadro de ictericia -de una semana de evolución- obstructiva y descompensación diabética con coledocolitiasis; según la historia clínica, la colangio-resonancia magnética nuclear arroja que "el páncreas presenta una mínima restricción de la difusión en la cabeza pancreática, que en un contexto compatible podría corresponder con un foco de pancreatitis leve. Conclusiones: contenido heterogéneo en colédoco distal sugestivo de barro/pequeñas litiasis. Imagen compatible con quiste de colédoco. Mínima alteración de la difusión en cabeza pancreática, que

en un contexto compatible puede sugerir pancreatitis focal leve. Colelitiasis sin colecistitis”; se realizan analíticas de control los días 13, 14, 18, 20, 22 y 26 de abril, constatando mejoría del perfil hepático. El informe del Servicio destaca que “lo relevante desde el punto de vista clínico y de atención al paciente, ajustado a su cuadro clínico, era la existencia de coledocolitiasis y no esa pancreatitis focal leve”, aclarando que el paciente evolucionó favorablemente y que la afirmación contenida en la reclamación referida a que “el paciente debió de ser diagnosticado de pancreatitis aguda” es “incorrecta dado que no se correlacionaba con la clínica ni con el propio informe de la RMN, pero aún en el caso de que efectivamente se hubiera tratado de una pancreatitis tampoco es correcta la afirmación de que `establecido el diagnóstico (de pancreatitis) debería haberse vigilado la evolución de la enfermedad, cosa que no se hizo´, dado que la práctica clínica habitual en casos de pancreatitis aguda biliar, que evolucionan de forma favorable y alcanzan el alta hospitalaria, consiste precisamente en valoración de una posible colecistectomía, coincidiendo por tanto con la actuación llevada a cabo en este paciente”.

Seguidamente, los sucesivos ingresos tienen lugar en el Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, especialidad de la facultativa que elabora el informe médico pericial en el que sustenta sus aseveraciones el reclamante y, también, del especialista que informa a instancias de la compañía aseguradora de la Administración, a quien en las alegaciones presentadas en el trámite de audiencia se tilda de “perito para todo”, señalándose que “perita prestaciones asistenciales que ni tan siquiera, tienen que ver con la especialidad de cirugía”.

Respecto a la mala praxis que el reclamante achaca a la asistencia sanitaria dispensada por aquel Servicio. El Jefe del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital explica que el paciente fue sometido a cuatro cirugías entre julio y noviembre de 2022, llevadas a cabo por tres facultativos diferentes y aclara que, en aquel “coexisten dos patologías”: “inicialmente se realizó una colecistectomía de urgencia por colecistitis aguda, tras el ingreso en el Servicio de Digestivo por un cuadro de ictericia y la

realización de una CPRE. Después presentó un cuadro de inflamación en ángulo esplénico del colon, posible diverticulitis (...) y ante la mala evolución clínica con tratamiento conservador, se realizó una resección segmentaria de colon con anastomosis latero-lateral. Como complicación postoperatoria presentó una colección que se resolvió mediante tac-punción./ La primera referencia a una pancreatitis aguda en los estudios radiológicos mediante tac es el día 27-9-22, durante el quinto ingreso, y a partir de este momento el postoperatorio y sus complicaciones son las esperables en un cuadro de estas características". Consta que el paciente fue evaluado en sesión clínica del Servicio, adoptándose las decisiones sobre su caso de manera colegiada, alcanzando un acuerdo que se aleja de lo sostenido en la reclamación.

El informe pericial emitido a instancias de la Administración justifica que ciertas pruebas mencionadas por el reclamante no se practicaran en base a que no eran necesarias; explicando detalladamente las pruebas a que se somete y sus resultados. Insiste en que la pancreatitis aparece a finales de septiembre y que, actualmente, se aborda mediante tratamiento no quirúrgico de manera preferente; en este caso, señala, el tratamiento "fue totalmente correcto".

Figuran incorporados al expediente, por tanto, varios informes médicos que alcanzan conclusiones contradictorias. Al respecto, procede señalar en primer lugar que no existen reglas generales preestablecidas para valorarlos salvo la vinculación a las reglas de la sana crítica en el marco de la valoración conjunta de la prueba, por lo que su fuerza de convicción reside en gran medida en su fundamentación y coherencia interna, en la cualificación técnica de sus autores y en su independencia o lejanía respecto a los intereses de las partes. A este órgano consultivo le interesa determinar si en base a lo que queda acreditado puede entenderse que existe un nexo causal entre el daño acreditado sufrido por el paciente y la actuación llevada a cabo por la Administración sanitaria.

Centrando el análisis en la principal imputación del reclamante, la existencia de síntomas claros de pancreatitis que habrían pasado desapercibidos a pesar de las siete ocasiones en las que estuvo ingresado y fue

objeto de distintos tratamientos e intervenciones, de los datos obrantes en la historia clínica, resultan de especial interés advertir los siguientes: 1) En el informe del alta hospitalaria referido al primer ingreso, por ictericia y coluria de una semana de evolución, del día 8 de abril de 2022 se hace constar en la ecografía practicada el día 11 de abril, "páncreas homogéneo sin lesiones"; en la RMN del día 13 del mismo mes "el páncreas presenta una mínima restricción de la difusión en la cabeza pancreática, que en un contexto compatible podría corresponder a un foco de pancreatitis leve" y en el "USE lineal 26/4: Parénquima pancreático de aspecto lobular en el cuerpo, normal en cabeza y cola. Conducto pancreático principal de calibre y morfología normal". Durante este ingreso, sin embargo, la preferencia diagnóstica se orientó hacia el tratamiento de la patología biliar con sospecha de quiste de colédoco, micro coledocolitiasis y coledocolitiasis que conducen a la práctica de una "CPRE con ecoendoscopia en las que se hace limpieza de la vía, pero no se observa el quiste descrito previamente" y que "dada la mejoría clínico-analítica del paciente, se decide alta a domicilio pendiente de completar estudios ambulatoriamente y de ser avisado para la realización de colecistectomía laparoscópica". 2) Con ocasión del segundo ingreso, en el mes de julio de 2022, para la valoración de una colecistectomía, en los resultados de la ecografía de abdomen completa y urgente practicada se hacen constar los siguientes hallazgos respecto de la clínica pancreática, "páncreas (cuerpo y cola no valorables por interposición de estructuras con gas)", concluyendo como diagnóstico principal "colecistitis aguda". 3) En el informe de alta hospitalaria tras acudir el reclamante a los seis días de dicha intervención por fiebre y diversas molestias, se recogen los resultados de un TC abdominal con contraste practicado el día 14 de julio de 2022, donde se hace constar "páncreas atrófico con dilatación del conducto de Wirsung", recibiendo el alta por colección tras colecistectomía, con tratamiento conservador mediante antibioterapia y reposo digestivo, tras constatar "buena evolución durante sus estancia en planta con mejoría clínica y analítica. A día de hoy el paciente se encuentra afebril, buen estado general y adecuada tolerancia oral, por lo que se decide alta a

domicilio". 4) Tras un nuevo episodio de fiebre y dolor digestivo, acude de nuevo el día 29 de julio y en la descripción clínica del resultado del tac abdominal realizado ese mismo día se refleja una significativa variación de su clínica, "cambios inflamatorios en ángulo esplénico del colon que muestra engrosamiento mural", un "mayor engrosamiento nodular del peritoneo de las fascias pararenales anterior y posterior izquierdas y lateroconal izquierda", "ganglios prominentes adyacentes al tronco celiaco, hilio esplénico y retroperitoneales izquierdos sin cambios", hígado con "hipertrofia del lóbulo hepático izquierdo y contornos nodulares", "bazo prominente y alargado de 14 cm" y "conducto pancreático ectásico sin cambios respecto a estudios previos", síntomas que se manifiestan agravados en la consulta del 23 de agosto, por sospecha de colitis con microperforación para estudio etiológico, al consignarse como conclusiones de las pruebas practicadas, un "marcado empeoramiento radiológico de los cambios inflamatorios en hipocondrio izquierdo con aparición de dos pequeñas colecciones". 5) En este escenario, se programa "resección segmentaria de colon con anastomosis mecánica L.L antiperistáltica intracorpórea" previo tac abdominal en el que se constata "páncreas atrófico con conducto de Wirsung levemente ectásico". 6) Finalmente, con ocasión de la intervención quirúrgica de resección de colon el 7 de septiembre de 2022, la anatomía patológica evidencia que se trata de un proceso necrosante extrínseco al colon y ello en un contexto en el que los parámetros pancreáticos (amilasa y lipasa) eran manifiestamente elevados. El tac del 27 de septiembre de 2022, confirma hallazgos compatibles con pancreatitis moderadamente grave que fue objeto de dos intervenciones quirúrgicas, con importantes secuelas.

La pericial elaborada por una especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo que se adjunta a la reclamación hace hincapié en los resultados analíticos y las pruebas de imagen que evidenciarían la pancreatitis que no fue diagnosticada considerando, incluso, que su relevancia era notoria ya desde el primer ingreso hospitalario, afirmación que los informes del Servicio interviniente y de la compañía aseguradora de la Administración rechazan y que

solo admiten a partir de la prueba diagnóstica realizada en el mes de septiembre.

Así las cosas, del análisis de la documentación clínica que obra en el expediente se desprende que durante el proceso asistencial la atención se centró fundamentalmente en el tratamiento de una colitis de posible origen isquémico minusvalorándose una patología pancreática que progresivamente se evidenció a través de diversos datos clínicos.

La pericial presentada por el reclamante señala que ya en el primer ingreso debía haberse diagnosticado la pancreatitis (folio 51), pero lo cierto es que como indica con precisión el informe del Servicio de Digestivo, de 6 de noviembre de 2023, lo que se objetiva en ese momento es una "mínima alteración de la difusión en cabeza pancreática, que en un contexto compatible puede sugerir pancreatitis focal leve", dentro de un cuadro de coledocolitiasis tratado adecuadamente que remite al alta y teniendo presente que está programada una próxima colecistectomía. Asimismo, el informe de la compañía aseguradora de la Administración subraya que la ecoendoscopia realizada el 26 de abril de 2022 descarta la presencia de una pancreatitis (folio 232). Por tanto, en relación con este primer ingreso no cabe apreciar infracción de la *lex artis*, ni imputar un diagnóstico ni tratamiento defectuoso a la vista del contexto clínico antes referido y de la favorable evolución del paciente en aquel momento, pendiente de continuar el tratamiento y por tanto la observación y estudio médico.

Respecto de los siguientes seis ingresos que se suceden, tres meses después de aquel, a partir del 8 de julio de 2022, como quiera que el reclamante imputa un error diagnóstico, debemos examinar el seguimiento y atención que se prestó a los medios de diagnóstico hábiles para detectar una pancreatitis. Tal y como indica el informe de Cirugía General de 16 de noviembre de 2023, "el diagnóstico es clínico, analítico (amilasas y lipasas entre otros) y radiológico" (CD folio 103, p. 7), criterios que también maneja la prueba pericial aportada junto a la reclamación: "de forma general, el diagnóstico de pancreatitis aguda se define por la presencia de dos de los

siguientes: inicio de dolor epigástrico intensos y persistente que a menudo se irradia hacia a la espalda, elevación de la lipasa o amilasa sérica tres veces o más que el límite superior de lo normal, o hallazgos característicos de pancreatitis aguda en imágenes (tac con contraste, resonancia magnética o eco abdominal)” (folio 46). En idéntico sentido, la pericial de la compañía aseguradora de la Administración constata que “el diagnóstico de pancreatitis aguda requiere la presencia de dos de los siguientes tres criterios: aparición aguda de dolor epigástrico intenso y persistente que a menudo irradia a la espalda, elevación de la lipasa o amilasa séricas tres veces o más que el límite superior de lo normal, y hallazgos característicos de la pancreatitis aguda en las imágenes (folio 175)”.

Pues bien, del primer elemento que sirve al diagnóstico, la clínica del paciente -en este caso, el dolor epigástrico-, cabe señalar que como consecuencia del complejo proceso patológico que aquel padecía, a la vista de la información disponible no resulta posible determinar con exactitud y en cada momento, la naturaleza y etiología del dolor que refería, aunque sí queda reflejado en las notas clínicas de enfermería que presentó en diferentes episodios dolor abdominal, y que, al menos, en el ingreso de 22 de agosto de 2022 (5.º ingreso) concurría con importante alteración de las lipasas y amilasas.

En relación con los marcadores de la pancreatitis (amilasas y lipasas), presentan alteraciones importantes cuando se solicitan -lo que, como señala la pericial aportada por el reclamante, no siempre se hace-, ni tampoco los informes del Servicio esclarecen los motivos que llevan a pedir estos marcadores en unas analíticas y en otras no. Sí ofrece expresamente esa explicación el informe de la compañía aseguradora de la Administración respecto a la alteración descrita en el ingreso de 8 de julio, que se imputa a la reacción pancreática a la colecistectomía (folio 198); explicaciones que también se ofrecen respecto a otros episodios en los que no se solicitaron estas pruebas (folios 200 y 204). En cualquier caso, esta alteración de las amilasas y lipasas se constata tanto en el ingreso de 8 de julio de 2022 -el segundo, y el primero

en el Servicio de Cirugía General-, como en el quinto ingreso, de 22 de agosto de 2022. Aunque también se acredita que antes del alta hospitalaria, los valores volvían a la normalidad. Así, en la analítica del 22 de agosto (CD folio 103, página 2290 de la historia Millennium), la amilasa era de 171, cuando su valor normal es entre 28-100 U/L, y la lipasa era de 524, cuando el valor de referencia es entre 13-60 U/L. Pero tras el tratamiento, en la analítica previa al alta hospitalaria, el 13 de septiembre, esos valores volvieron a la normalidad: la amilasa era de 32 U/L y la lipasa de 23 U/L (CD folio 103, página 2281 de la historia Millennium). Aun así, lo cierto es que a pesar de que eran controlados durante el ingreso hospitalario, volvían a alterarse poco tiempo después como evidencia el curso clínico del paciente. Además, es manifiesto que estos valores anormales se constatan en los momentos en que se agrava la situación clínica, que siempre exigieron su ingreso hospitalario.

El otro medio para diagnosticar la pancreatitis son las pruebas de imagen, que se pautaron y practicaron en todas las asistencias (constan en el expediente los informes de una veintena de pruebas radiológicas, CD folio 103, Radiología), no objetivándose con claridad una pancreatitis hasta el tac de 27 de septiembre de 2022 (CD folio 103, Radiología, informe EOS(14)); pero antes, en el tac hecho el 29 de julio de 2022 (CD folio 103, Radiología, informe EOS (18)) se objetiva una colitis complicada con microperforación ("muestra alguna burbuja de aire extraluminal que podría ser secundaria a microperforación de la misma"), sin que conste que se efectúe un control de los marcadores ni se valore la posibilidad de un diagnóstico de pancreatitis, como aconsejarían las circunstancias en confluencia, y los tres meses de evolución, tal y como señala convincentemente la pericial aportada por el reclamante, si bien el informe de la compañía aseguradora considera que son los resultados de el tac los que descartan cualquier sospecha de pancreatitis y por tanto hacen innecesaria la petición de la analítica específica. En todo caso, el diagnóstico de colitis complicada es desechado tras la ecografía de 8 de agosto de 2022 ("hallazgos compatibles con colecistitis aguda litiásica no complicada"), lo que, según el criterio de la pericial del reclamante debía haber hecho

replantear el diagnóstico inicial de la colitis de origen isquémico (folio 51). Además, el informe pericial del reclamante (folio 51) insiste en que ya en el tac de 14 de julio de 2022 (CD folio 103, informe EOS (19)) las complicaciones halladas (“llama la atención el edema de la pared del colon transversal distal y ángulo esplénico con marcada estriación de la grasa adyacente. Colección laminar en el margen superior del colon que se continúa con otra colección subesplénica adyacente a la fascia pararenal anterior. También hay líquido pseudoculado periesplénico y lengüeta en gotera parietocólica izquierda./ Adenopatías reactivas alrededor del tronco celiaco e hilos hepático y esplénico./ Hígado con hipertrofia del lóbulo hepático izquierdo y contornos nodulares, compatible con hepatopatía crónica./ Bazo prominente y alargado de 14 cm./ Páncreas atrófico con dilatación del conducto de Wirsung”) hubieran permitido clasificarlo como una “pancreatitis moderadamente grave”. Situación que se mantiene sin mejoría en los tac intermedios, de 22 de agosto (informe EOS (17)) y de 15 de septiembre (informe EOS 16)). Según el criterio de esta pericial, el análisis conjunto de estas pruebas debería haber permitido adelantar el diagnóstico definitivo, y abordar de inmediato la pancreatitis. Lo que además pone en relación con el resultado del estudio anatomopatológico de 20 de septiembre de 2022 que, según su criterio, confirmaría que el proceso patológico era extrínseco al colon (folio 52). Se repara, no obstante, en que el juicio de la pericial de la compañía aseguradora es diametralmente distinto, puesto que concluye que el resultado de la anatomía patológica de referencia refrenda que se trata de una necrosis y perforación del colon que comporta “una afectación transmural (de todas las capas del intestino) para que se produzca la perforación documentada. No es posible que exista una perforación intestinal sin afectación de toda la pared intestinal”; en consecuencia extraen consecuencias clínicas diferentes.

Llegados a este punto, lo incontrovertible -por encima de los distintos criterios clínicos de los preinformantes-, es que existieron un conjunto de signos que, en principio, podrían ser compatibles con una pancreatitis, sin que conste en la historia clínica que se planteara un diagnóstico diferencial. En alguna

ocasión (Dictamen Núm. 1/2024) hemos señalado que la existencia de signos o síntomas compatibles con el diagnóstico que inicialmente se maneja, no puede justificar por sí mismo, la no realización de un diagnóstico diferencial que pueda descartar otras patologías coherentes con la clínica del paciente, y establecer o replantearse el diagnóstico principal, para así evitar el sesgo de confirmación o disposición. Ahora bien, y siendo lo anterior así, consta en el expediente un dato que estimamos muy relevante para descartar que hasta ese momento pueda afirmarse con suficiente seguridad que hubo un error diagnóstico. En el informe de la cirugía que se practica el 7 de septiembre de 2022, resección segmentaria de colon con anastomosis mecánica L-L intracorpórea, consta en el apartado de hallazgos: “importante plastrón inflamatorio en HI conformado por epiplon mayor, ángulo esplénico del colon, curvatura mayor gástrica, cola pancreática y primer asa de yeyuno, la cual engloba a nivel de Treitz una colección residual de material de aspecto gelatinoso oscuro con fibrina, que no impresiona de contaminado en estos momentos”, y en el de apartado de técnica: “no impresiona de lesiones a nivel de páncreas ni de bazo” (CD, folio 103, pp. 2197 y 2198 de la historia Millennium). En este punto y ante la evidencia constatada intraoperatoriamente adquiere consistencia el juicio clínico del perito de la compañía aseguradora, según el cual, la misma anotación evidenciaría que en ese momento los cirujanos sí se habrían planteado “como diagnóstico diferencial una patología del páncreas como fuente y/o origen de la colección postoperatoria descartando dicha hipótesis por los estudios radiológicos y, especialmente, por los hallazgos intraoperatorios”, y concluye que “a dicha fecha, no padecía ni presentaba una pancreatitis aguda moderadamente grave” (folio 238).

Con todo, como ya hemos indicado, el tac de 27 de septiembre de 2022 (CD folio 103, informe EOS (14)) en el apartado de diagnóstico refiere literalmente: “hallazgos sugestivos de pancreatitis y colangitis, con ligera dilatación de la vía biliar”. En ese momento, la perito que asiste al reclamante razona que los resultados de la imagen, sumados a la grave alteración de las amilasas (350) y lipasas (977), avalan que el diagnóstico acertado es el de

“pancreatitis moderadamente grave”, en congruencia con lo que refiere el propio Servicio de Cirugía General en su informe (CD folio 103, p. 3). En cambio, la pericial de la compañía aseguradora considera que tal resultado apuntaba a una “pancreatitis aguda leve” (folio 240). A partir de este episodio, la pericial del reclamante concreta diferentes hitos en los que la gravedad que presentaba el paciente, avalada ya por un diagnóstico cierto y por el proceso patológico que venía padeciendo, no se compadece con la limitada respuesta del servicio público de salud. Así, en el séptimo ingreso de 26 de octubre de 2022, en el que el paciente presentaba sepsis, no se da respuesta convincente a lo razonado por esta perito (“en este momento el paciente presentaba ya una pancreatitis grave, y era candidato a ingreso en UCI, pero no se consideró avisar a este Servicio hasta el día 2 de noviembre”, solicitud que se repite en la mañana del día 3 al advertir un cuadro de hipotensión, sin embargo no ingresará hasta el 6 de noviembre). Esta pericial subraya la gravedad del cuadro que presenta el paciente en este ingreso “tendencia a la hipotensión mantenida, oliguria, PCR muy elevada, leucopenia con desviación izquierda, coagulopatía y presencia en el tac de múltiples colecciones y trombosis de la vena esplénica y de la porta izquierda” (folio 52), que concuerda con los demás informes clínicos que constan en el expediente y con los resultados de el tac del 27 de octubre, en los que se señala que “considerando el antecedente de pancreatitis aguda a principios de mes y por su morfología y distribución, son sugestivas de colecciones necrotizantes pancreáticas/peripancreáticas” (CD folio 103, historia Millennium, pp. 898 y 899), anotación que avala el juicio clínico de la perito de parte sobre la existencia y gravedad de la pancreatitis tras su hallazgo el 29 de septiembre.

También se indica que, pese a las solicitudes, no se practica el 26 de octubre de 2022 una endoscopia para drenar colecciones (folio 52) -la petición consta el 31 octubre (CD folio 103, historia Millennium, p. 892)-, el día 3 de noviembre consta “pendiente de programar para ecoendoscopia”, anotación que vuelve a repetirse en los dos días siguiente (CD folio 103, historia Millennium, pp. 886, 884, 883). De otro lado, el informe pericial indica que no

llega a realizarse una embolización preventiva solicitada el 30 de noviembre (folio 52), y consultadas las notas clínicas, se advierte que en el tac de 26 de octubre de 2022 se aprecia “trombosis en la rama izquierda de la vena porta” (CD folio 103, historia Millennium, p. 891), y que el 31 de octubre se solicita “valoración por parte de Rad intervencionista para embolización de aneurisma a. esplénica” (CD folio 103, historia Millennium, p. 892). Sin embargo, y a pesar de la situación del paciente, como subraya la pericial, no se realiza inmediatamente, seis días después de la petición, en el curso clínico correspondiente al día 5 noviembre, el décimo día de ingreso, se lee: “pendiente de Rx intervencionista para valoración de pseudoaneurisma de arteria esplénica” (CD folio 103, historia Millennium, p. 883), y se realiza el de 10 de noviembre (CD folio 103, Radiología, informe EOS (8) e historia Millennium, p. 875), pero resulta muy significativo que se hace porque surge de manera sobrevenida la necesidad de intervenir de urgencia al paciente, y así lo solicita imperiosamente el cirujano el 9 de noviembre de 2022, en los siguientes términos: “comento de nuevo hoy el caso con Rx intervencionista para embolizar el origen de la arteria esplénica, aunque no se vea el pseudoaneurisma./ Lo valorarán, pero convendría hacerlo de cara a eliminar posibles riesgos de sangrado. Será muy difícil conseguir llevar quirúrgicamente al tronco celiaco y controlar la arteria en quirófano” (CD folio 103, p. 876); sin que se haya justificado convincentemente la demora de esta prueba solicitada por el Servicio de Cirugía General. La misma pericial, al analizar estas circunstancias señala que “las diversas complicaciones se trataron tarde e incluso no se trataron, conduciendo al paciente a una situación de shock séptico y posteriormente a una hemorragia digestiva masiva que pusieron en grave riesgo su vida” (folio 55).

Todo ello aboca a que, confrontando las distintas periciales conforme a las reglas de la sana crítica, estimemos en este punto más convincentes las consideraciones clínicas de la especialista que informa a instancias del reclamante, puesto que resulta dificultoso sustraerse al hecho de que el *iter*

descrito imponía extremar y estrechar la vigilancia de un paciente que llevaba meses sumido en un proceso patológico complicado.

En conclusión, y teniendo en cuenta la dificultad que supone la valoración de pruebas periciales contradictorias sobre un proceso patológico tan complejo como el sometido a dictamen, sí podemos advertir que la atención prestada a partir de la fijación definitiva del diagnóstico de pancreatitis no se ajustó a la gravedad del cuadro, lo que nos conduce a apreciar un sacrificio de unas expectativas terapéuticas limitadas, ya que el proceso anterior no permite despejar cuál hubiera sido el curso de la patología de haberse estrechado la vigilancia del paciente en la UCI o de haberle practicado las asistencias inicialmente pautadas, teniendo en cuenta que en el último ingreso fue sometido a dos intervenciones quirúrgicas (6 y 11 de noviembre). En estas condiciones, resulta difícil determinar cuál hubiera podido ser la mejora terapéutica o en qué medida se hubieran minorado los daños padecidos por el reclamante, a partir de ese momento.

El reclamante, en su escrito de alegaciones, insiste en que un diagnóstico inicial acertado hubiera permitido iniciar “el tratamiento adecuado de la pancreatitis desde el primer ingreso”, de modo que “se hubiera evitado el desenlace” y hubiera tenido la posibilidad de “haberse curado sin secuelas” estimando una pérdida de oportunidad no inferior al 95%.

Sin embargo, de conformidad con los informes médicos que obran en el expediente y lo razonado anteriormente, concluimos que, una vez establecido el diagnóstico definitivo de la pancreatitis, solo se ha privado al reclamante de ciertas expectativas terapéuticas de compleja concreción.

En este contexto, tal como señala el Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias (Sala de lo Contencioso-Administrativo) lo que procede indemnizar cuando se aprecia una pérdida de oportunidad no es “el daño material correspondiente al hecho acaecido, sino la incertidumbre en torno a la secuencia que hubieran tomado los hechos de haberse seguido en el funcionamiento del servicio otros parámetros de actuación, en suma, la posibilidad de que las circunstancias concurrentes hubieran acaecido de otra

manera por haberse prestado la intervención quirúrgica con premura. En la pérdida de oportunidad hay, así pues, una cierta pérdida de una alternativa de tratamiento, pérdida que se asemeja en cierto modo al daño moral y que es el concepto indemnizable” (Sentencia de 17 de junio de 2021, ECLI:ES:TSJAS:2021:2206, Sala de lo Contencioso- Administrativo, Sección 1.ª); y dicho de otra forma lo indemnizable es “la angustia que se asocia al descuido del servicio sanitario en el abordaje temprano de la patología (...) y la pérdida de probabilidades, con motivo del retraso en el diagnóstico de la lesión, de encontrarse en un estado mejor y la consiguiente frustración de las expectativas de una mejor asistencia” (Sentencia de 23 de abril de 2024, ECLI:ES:TSJAS:2024:1154, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.ª).

Ese daño moral se viene apreciando también por este Consejo “ante un retraso asistencial manifiesto en el curso de una patología que conlleva una demora en el tratamiento, aunque no alcance a acreditarse que se sustrae la posibilidad de curación” (Dictamen Núm. 191/24, con cita del Dictamen Núm. 1/2023). En estos términos se estima que procede indemnizar al reclamante.

SÉPTIMA.- Establecida la responsabilidad patrimonial del servicio público sanitario, debemos pronunciarnos sobre la cuantía indemnizatoria.

El reclamante cuantifica el daño sufrido en 309.518,77 euros, y subsidiariamente a esta pretensión indemnizatoria interesa que se aprecie una pérdida de oportunidad, estimando que con un diagnóstico temprano hubiera tenido un 95 % de probabilidades de haber evitado los daños, con lo que propone como alternativa indemnizatoria que se aplique un 5 % de reducción a la suma pedida.

La Administración del Principado de Asturias propone la desestimación de la reclamación y no entra, por ello, en el análisis del *quantum* indemnizatorio.

En supuestos similares al que nos ocupa, el Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias sostiene que “solamente debemos acoger el derecho a la indemnización derivada de la pérdida de oportunidad, ya que como ha

señalado el Tribunal Supremo `la caracterización de la «pérdida de oportunidad» se concreta en el grado de incertidumbre que rodea a una determinada actuación médica para constatar en qué medida se hubiera evitado un resultado lesivo, atendida la gravedad del daño, o se hubiera mejorado la situación del paciente de haberse tomado una decisión concreta´ (...), `con la consecuente entrada en juego a la hora de valorar el daño así causado de dos elementos o sumandos de difícil concreción, como son, el grado de probabilidad de que dicha actuación hubiera producido ese efecto beneficioso, y el grado, entidad o alcance de este mismo´´”, reduciéndose la indemnización a “la pérdida de unas expectativas reducidas” (Sentencia de 29 de noviembre de 2019 -ECLI:ES:TSJAS:2019:3375-, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.ª).

Asimismo, este Consejo ha reparado en lo razonado por el Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias cuando el abordaje tardío no sustrae decididamente al enfermo un tratamiento curativo pues, aunque las secuelas no se asocian a ese retardo “es indudable que en ese tiempo se ha producido una progresión” de la patología y que al paciente “se le ha privado del conocimiento de su verdadero estado de salud (...), con adelanto del tratamiento aconsejable”, que hubiera evitado al menos “la zozobra y posible angustia que durante ese tiempo pudo experimentar, (...) incertidumbre injustificadamente provocada por la referida demora (...) y causante cuando menos de un perjuicio moral que debe ser compensado” (Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 29 de abril de 2019 -ECLI:ES:TSJAS:2019:1266-, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.ª). En el mismo sentido, la reciente Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 24 de enero de 2024 (ECLI:ES:TSJAS:2024:169, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 2.ª) aprecia que “resulta difícil valorar el daño moral implícito en la demora en efectuarse el diagnóstico correcto cuando, como es el caso, no existía una mejora terapéutica de haberse detectado antes, ni se han justificado unas posibilidades realistas” de curación sin secuelas, razonándose a continuación

que esto “nos lleva a considerar la indemnización en términos de lo razonable y proporcionado, y (...) a tomar en cuenta como referencia las indemnizaciones concedidas por la Sala en supuestos similares (...), sopesando la dimensión temporal de la demora en el correcto diagnóstico, la angustia y zozobra (...), por lo que la indemnización global de 18.000 € concedida por la Administración se revela moderada y ajustada a la entidad del daño”.

Se corrobora así, tal como advertimos en el Dictamen Núm. 225/2022, que “si el perjuicio no consiste en la pérdida de oportunidad de sobrevivir -o evitar el daño-, sino en el sacrificio de unas expectativas más limitadas, no cabe acudir al baremo de referencia para aplicar una reducción porcentual sobre el resultado que arroje”.

En el asunto examinado, como hemos razonado en la consideración anterior, únicamente procede indemnizar unas expectativas terapéuticas ciertamente limitadas, tanto por el momento en que se establece con certeza el diagnóstico final, como por la complejidad de las patologías que sufría el reclamante, lo que dificulta establecer cuál hubiera podido ser el grado de mejoría en caso de haberse anticipado el diagnóstico de la gravedad de la pancreatitis.

Considerada esa limitada expectativa así como el conjunto de padecimientos asociados a la demora procede, en ausencia de parámetros objetivos y de acuerdo con los mencionados pronunciamientos del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias, “fijar al respecto una cantidad a tanto alzado, acudiendo a un juicio ponderado y prudente (...), considerando las circunstancias concurrentes (...) y valorando (...) las pruebas practicadas de acuerdo con las reglas de la sana crítica”. En definitiva, a la vista de la circunstancias y complejidad clínica del presente caso y atendiendo a supuestos análogos en los que se indemniza una pérdida de expectativas terapéuticas (Dictámenes Núm. 1/2023 y 225/2022 y Sentencias del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias, de 24 de enero de 2024, -ECLI:ES:TSJAS:2024:169-, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.ª y de 23 de abril de 2024, -ECLI:ES:TSJAS:2024:1154-, Sala de lo Contencioso-

Administrativo, Sección 1.^a que confirma la cuantía indemnizatoria fijada en nuestro Dictamen Núm. 199/2023), este Consejo estima adecuado reconocer al reclamante una indemnización de veinte mil euros (20.000 €).

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, estimando parcialmente la reclamación presentada, debe indemnizar a en los términos señalados.”

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.