

Expediente Núm. 6/2014
Dictamen Núm. 29/2014

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
García Gutiérrez, José María
Zapico del Fueyo, Rosa María
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 20 de febrero de 2014, con asistencia de los señores y la señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 30 de diciembre de 2013, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados del funcionamiento del servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 1 de febrero de 2013, el interesado, que dice actuar en su propio nombre y derecho y en el de su padre y sus dos hermanos, presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de su madre como consecuencia de la deficiente asistencia prestada por el servicio público sanitario.

Señala que la perjudicada ingresa el día 26 de junio de 2011 “en el Área de Urgencias del Hospital “X” con dolor abdominal y vómitos, siendo

diagnosticada de estreñimiento y dolor abdominal, y tras administrarle (...) medicación y un enema se le da el alta el mismo día”.

El 30 de junio de 2011 acude de nuevo “con los mismos síntomas” a dicho servicio de Urgencias y “es diagnosticada de colecistitis aguda, permaneciendo (...) en la Unidad Clínica de Patología Digestiva (...) hasta el día 4 de julio de 2011 (...) con tratamiento de dieta absoluta, suero y antibióticos, recomendándole acudir a consultas externas el día 15 de julio”.

Sin embargo, el 6 de julio de 2011 vuelve al referido hospital “con los mismos síntomas, siendo diagnosticada nuevamente de colecistitis aguda, quedando ingresada hasta el día 13 de julio (...), en que es dada de alta con los mismos tratamientos anteriores”.

El 1 de agosto de ese año, tras sufrir “un episodio de pérdida de conocimiento (...) es (...) trasladada al Hospital “X” (...), siendo diagnosticada de coledocolitiasis y colecistitis, teniendo que ser intervenida de urgencia (...), realizándose por vía laparoscópica colecistectomía, coledocotomía, extracción de cálculo y colocación de tubo Kher en la vía biliar”. Añade que con fecha 3 de agosto de 2011 los médicos informan a la familia que la paciente “presenta complicaciones (anuria, cifras bajas de hemoglobina) y que tendría que ser trasladada a otro hospital (que) tenga UCI”, informándoles el día 4 los médicos de “reanimación” que “se han puesto en contacto con varios hospitales con UCI para trasladarla, pero que no la admiten porque entre otras complicaciones se le ha detectado (...) un importante hematoma perihepático”. Ese mismo día es intervenida “para evacuar dicho hematoma, lavado de cavidad y sutura de vaso sangrante en el lecho hepático”, comunicándose a la familia que el hospital más próximo que puede admitir a la paciente es el Hospital “Y” al que es remitida el mismo día 4 de agosto.

Permanece ingresada en la UCI del Hospital “Y” hasta el 17 de noviembre de 2011, en que es trasladada a la planta de Medicina Interna, “continuando en estado de aislamiento de contacto, con úlceras de presión (y) graves problemas de respiración, como cuando estaba en la UCI”, aunque “los responsables médicos transmiten a la familia que la paciente evoluciona favorablemente, que solo precisa rehabilitación respiratoria y de movilidad y

que para ello lo más conveniente era trasladarla a un hospital de apoyo, como el "Z", ya que en el Hospital "Y" "no se la pueden facilitar".

El día 1 de diciembre de 2011 es dada de alta en el Hospital "Y" y enviada al citado "hospital de apoyo", pero "al ingreso (...) tiene que ser trasladada en UVI móvil al Servicio de Urgencias del Hospital "V" por presentar un estado de bajo nivel de conciencia, hipotensión y disnea", siendo diagnosticada de "estenosis traqueal posintubación". Con fecha 7 de diciembre de 2011 es remitida al Servicio de Cirugía Torácica del Hospital "H", donde se le practica una broncoscopia y es intervenida para "la colocación de una prótesis en la tráquea".

El 15 de diciembre de 2011 es dada de alta en el mencionado hospital y trasladada al Hospital "V", donde permanece hasta el día 20 del mismo mes en que es enviada al Hospital "Z".

Manifiestan que, al presentar "una alteración de las pruebas de función hepática", el día 13 de enero de 2012 es derivada al Hospital "X" para "realizar un TC abdominal de contraste, donde se observa una dilatación del colédoco poscirugía, por lo que se solicita una colangiorrresonancia" al Hospital "H".

El 16 de enero de 2012 es trasladada al Servicio de Cirugía Torácica del Hospital "H", siendo intervenida "en varias ocasiones el día 17 de enero (...) (fibrobroncoscopia más láser traqueal)" y el día 18 sufre "una parada cardiorrespiratoria", teniendo que ser intervenida "varias veces en días posteriores (broncoscopia rígida de urgencia, colocación de tubo en tráquea y traqueotomía definitiva)".

Finalmente, el 3 de febrero de 2012 "se le detecta una isquemia (intestinal) masiva" de imposible tratamiento quirúrgico y fallece al día siguiente.

El reclamante sostiene que "en los diversos centros hospitalarios no se tomaron las medidas de previsión y cuidados necesarios, no se utilizaron a tiempo las pruebas diagnósticas oportunas, no se le aplicaron los tratamientos adecuados, las intervenciones quirúrgicas dieron lugar a multitud de complicaciones (y) se tomaron decisiones inadecuadas, todo lo cual contribuye a poner de manifiesto el nexo causal entre la actuación de la Administración y

el fallecimiento de la paciente, puesto que de haberse actuado de otra manera no hubiera sucedido el fatal desenlace”.

Solicita una indemnización por importe total de ciento cincuenta mil euros (150.000 €).

Como medio de prueba, solicita que se una “al expediente la historia clínica completa” de la perjudicada.

Adjunta copia, entre otra, de la siguiente documentación: a) Certificado de matrimonio. b) Certificados de nacimiento de los hijos de la perjudicada. c) Libro de familia. d) Certificado de defunción. e) Acta notarial de declaración de herederos. f) Informe del Área de Urgencias del Hospital “X” de 26 de junio de 2011. g) Informes de alta de la Unidad Clínica de Patología Digestiva del mismo hospital de 4 y 13 de julio de 2011. h) Informe del Área de Urgencias del citado hospital de 1 de agosto de 2011. i) Informes radiológicos de fechas 1, 2, 3 y 4 de agosto de 2011. j) Hojas de consulta radiológica de 2 de agosto de 2011. k) Informe de alta del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital “Y” de 17 de noviembre de 2011. l) Informe de alta por traslado hospitalario del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Y” de 1 de diciembre de 2011. m) Informe de alta del Servicio de Medicina Interna del Hospital “V” de 20 de diciembre de 2011. n) Informe de alta por traslado hospitalario del Servicio de Cirugía Torácica del Hospital “H” de 15 diciembre de 2011. ñ) Informe de “Z” de 13 de enero de 2012. o) Informe del Servicio de Anestesia y Reanimación del Hospital “H” de 4 de febrero de 2012. p) Informe del Servicio de Cirugía Torácica del Hospital “H” de 10 de febrero de 2012. q) Informe del Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital “H” de 7 de febrero de 2012.

2. Mediante escrito de 12 de febrero de 2013, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario comunica al interesado la fecha de recepción de su reclamación en la Administración del Principado de Asturias, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

Asimismo, le indica que dispone de un plazo “de diez días, contados a partir del siguiente al de la recepción de la presente notificación, para acreditar

debidamente su legitimación para actuar en nombre de todos y cada uno de los integrantes” de la comunidad hereditaria mediante “documento notarial o ‘apud acta’, señalándole que de no hacerlo se le considerará desistido en su reclamación”.

3. Con fecha 14 de febrero de 2013, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado para elaborar el informe técnico de evaluación solicita a la Gerencia de “Z”, así como a las Gerencias de las Áreas Sanitarias IV, V, VII y VIII, una copia de la historia clínica de la perjudicada y los informes de los servicios implicados en la asistencia prestada a la misma.

4. El día 19 de febrero de 2013, el Director Gerente de “Z” remite al Servicio instructor una copia de la historia clínica solicitada, junto con las “notas del curso clínico hospitalario” y las “observaciones de enfermería”.

En un “informe clínico” emitido el 19 de enero de 2012 se exponen los “principales problemas médicos durante el ingreso”, entre los que destacan una “progresiva alteración de las pruebas de función hepática, a pesar de haberse reducido paulatinamente la dosis de fármacos; dados los antecedentes digestivos de la paciente se solicitan ecografía y TAC abdominal, con el resultado referido. Se comentó el caso con la Unidad de Patología Digestiva del H. ‘X’, solicitándose (...) colangiografía y TAC abdominal, con el resultado referido. Se comentó el caso con la Unidad de Patología Digestiva del H. ‘X’, solicitándose (...) colangiografía (...) y quedando a la espera de citación (...) en consulta externa de Cirugía General./ Úlceras por presión en talones y úlcera mixta en la superficie interna de la FP del 1º dedo del pie izquierdo (...), y tórpida evolución a pesar de la realización de curas sistemáticas (...). Semiología de infección de vías respiratorias (...) asociado a disfonía y broncoespasmo/estridor. Dados los antecedentes de la paciente se contacta (...) con el Servicio de Cirugía Torácica” del Hospital “H”, “decidiéndose desde el mismo ingreso (...) realización de broncoscopia y revisión de endoprótesis./ Se procede al alta de la Unidad de Convalecencia Médica del ‘Z’ el 19-01-12 tras suspenderse el traslado inicialmente previsto a nuestro centro por complicaciones médicas tras la realización de la broncoscopia”.

Se adjuntan 7 folios que contienen las notas del curso clínico y las observaciones de enfermería.

5. Con fecha 26 de febrero de 2013, el reclamante presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito al que acompaña las escrituras de poder otorgadas a su favor por su padre y sus dos hermanos.

6. Mediante oficio de 28 de febrero de 2013, el Director de Gestión del Área Sanitaria VIII remite al Servicio instructor la historia clínica solicitada y el informe del Servicio de Medicina Interna del Hospital "V".

En el informe, realizado por el Jefe del Servicio el 20 de febrero de 2013, se indica que la paciente ingresó "desde Urgencias (...) el día 1-12-2011 para estudio de bajo nivel de conciencia, siendo diagnosticada de causa secundaria a encefalopatía hipercápnica motivada por estenosis traqueal (diagnosticada en TAC de cuello el 5-12-11) y trasladada al Servicio de Cirugía Torácica" del Hospital "H" "el 7-12-11, donde queda ingresada, realizándose colocación de endoprótesis traqueal; posteriormente se traslada de nuevo" desde este último hospital "a nuestro Servicio el 16-12-11, desde donde se remite de nuevo al Hospital "Z" para continuar su recuperación el día 20-12-11".

7. El día 27 de febrero de 2013, el Servicio del Área de Reclamaciones del Hospital "H" traslada al Servicio instructor el informe elaborado por el Servicio de Cirugía Torácica ese mismo día.

En él se señala que la paciente ingresa "el día 7-12-2011 procedente del Hospital "V" con diagnóstico de estenosis traqueal posintubación, para valoración (...). En el momento del ingreso presenta estridor severo, saturando al 90%, con roncus generalizados y ruidos cardíacos rítmicos. Resto de exploración normal". Se decide "endoscopia intervencionista de carácter urgente, practicándose broncoscopia rígida+flexible (...), objetivándose estenosis traqueal del 85% circunferencial de aspecto fibroso que afecta a 2-3 anillos traqueales. Se realiza dilatación neumática y fotocoagulación con láser (...), con evidencia macroscópica posterior al acto quirúrgico de circunferencia

traqueal normal./ A las 24 horas posoperatorias la paciente realiza 3 episodios de desaturación, por lo que se decide reintervención el día 8-12-11 (...), realizándose broncoscopia rígida+flexible. Se visualiza estenosis edematosa a 3 cm de las cuerdas vocales (...), mucosa edematosa y se realiza dilatación neumática y colocación de prótesis de poliflex (...) sin incidencias./ La paciente evoluciona de forma favorable tanto clínica como radiológicamente, encontrándose asintomática al momento del alta y con Rx de control con pulmón expandido y sin lesiones pleuropulmonares asociadas y con imagen de prótesis en el lugar adecuado, por lo que se decide alta-traslado al Servicio de Medicina Interna del H. "V" (...) para seguimiento y evolución de su múltiple patología".

Reseña que reingresa el día 16 de enero de 2012 "por un cuadro de disnea moderada, por lo que se le realiza nueva broncoscopia el día 17-1-12 (...), encontrándose prótesis traqueal en posición correcta con granuloma distal que ocluye el 80% de la luz traqueal. Se realiza dilatación y nueva fotocoagulación con láser a nivel de lesión granulomatosa, lográndose calibre traqueal distal de aspecto macroscópico normal. En el posoperatorio inmediato sufre una parada cardiorrespiratoria de la que se recupera sin secuelas, siguiendo el protocolo habitual./ La evolución subsiguiente muestra edema traqueal generalizado que obliga a la retirada de la prótesis con realización de una traqueostomía con colocación de un tubo en T de Montgomery, el cual se recambió por una cánula de traqueostomía de baja presión siguiendo pautas generales normales de actuación (...). Presentó evolución muy favorable, con retirada de la respiración asistida y prescripción de CPAP que fue bien tolerada. Desde el día 29-1-12 la paciente se encuentra en todo momento asintomática desde el punto de vista respiratorio, hemodinámicamente estable y con ventilación espontánea, por lo que se recambia la cánula de traqueostomía a cánula metálica definitiva./ Desde el punto de vista infeccioso, afebril durante su estancia en la Reanimación Quirúrgica, con leucocitosis durante los primeros días del ingreso. Cultivos positivos para E. coli, Pseudomona aeruginosa en el estudio traqueal, estuvo en todo momento con cobertura antibiótica, siendo los últimos resultados de cultivos negativos".

El día 2 de febrero de 2012 “comienza de forma brusca con un cuadro de malestar abdominal acompañado de ausencia de ruidos abdominales con distensión abdominal y leucocitosis. El día 3-2-12 se realiza angio/TAC abdominal y se avisa al Servicio de C. General para valoración. El resultado de la exploración radiográfica abdominal evidencia isquemia intestinal masiva, dilatación y engrosamiento de asas intestinales. Debido a los hallazgos mencionados se decide que no es subsidiaria de tratamiento quirúrgico, siendo exitus el día 4-2-12”.

8. Con fecha 4 de marzo de 2013, el Servicio del Área de Reclamaciones del Hospital “H” envía al Servicio instructor el informe del Servicio de Anestesia.

En él, elaborado el 28 de febrero de 2013 por el Jefe de la Sección de Anestesiología y Reanimación, se expone que la paciente ingresó “en la Unidad de Reanimación Quirúrgica el día 17-1-12 tras la realización (...) de una broncoscopia y aplicación de láser traqueal (...). En el posoperatorio inmediato presentó problemas ventilatorios, llegando a ocasionar una parada cardiorrespiratoria que, tras reintubación y maniobras de RCP habituales, recuperó sin problemas./ El día 18-1-12 se realizó una nueva broncoscopia, evidenciándose edema importante de vías aéreas, por lo que se mantuvo con ventilación mecánica./ El 24-1-12 se colocó un tubo traqueal de Montgomery que se sustituyó por una cánula de Shiley 2 días después para realizar la desconexión de la ventilación mecánica que resultó dificultosa./ El día 30-1-12 mantenía una ventilación espontánea aceptable, permitiendo el uso de una cánula de plata fenestrada./ Durante todo este tiempo no precisó fármacos vasoactivos, salvo Amioradona por un episodio esporádico de fibrilación auricular (...); no se objetivaron problemas neurológicos ni renales. Desde un punto de vista infeccioso se aislaron Pseudomonas y E. coli en cultivos de aspirado traqueal, recibiendo el tratamiento antibiótico correspondiente./ El día 2-2-12 se objetivó empeoramiento de su estado general con distensión abdominal y leucocitosis en aumento, por lo que se realizó un angio-TAC urgente donde se evidenció isquemia intestinal masiva (...), siendo la causa del exitus el día 4-2-12”.

9. Mediante oficio de 4 de marzo de 2013, la Gerente del Área Sanitaria V remite al Servicio instructor una copia de la historia clínica solicitada y los informes de los Servicios de UCI y de Medicina Interna del Hospital "Y".

En el informe emitido el 4 de marzo de 2013 por la Jefa de la UCI se consigna que la paciente ingresa en el Servicio de "Medicina Intensiva del Hospital `Y` el 4-08-11 trasladada desde el Hospital `X` en el posoperatorio de una cirugía de vía biliar complicado con sepsis grave, hemorragia y disfunción multiorgánica (insuficiencia renal crónica agudizada, disfunción hepática, fallo metabólico y fallo hematológico)".

Una vez en la UCI presenta "una evolución tórpida, con múltiples complicaciones infecciosas, escara sacra, polineuropatía del paciente crítico, hipotiroidismo primario, parada cardiorrespiratoria secundaria a hipoxia, granuloma en estoma de traqueotomía, todo ello reflejado minuciosamente en el informe de alta de la UCI./ Ante la necesidad de ventilación mecánica prolongada se realiza traqueotomía, complicada con un granuloma, por lo que se solicita consulta a ORL, que la valora y realiza tratamiento. Es descanulada el 14-11-11 sin complicaciones, se mantiene estable hemodinámicamente, eupneica y sin precisar oxigenoterapia, siendo alta del S.º de Medicina Intensiva el 17-11-11 (y trasladada) al S.º de Medicina Interna".

En el informe de la Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna, de fecha 28 de febrero de 2013, su Director refiere que la paciente "ingresó en nuestro Servicio el 17 de noviembre de 2012", donde "se mantuvo estable hemodinámicamente y afebril, toleraba sedestación y se nutría por vía oral con una ingesta adecuada, no portaba sondas o catéteres, la medicación se administraba por vía oral y se curaban la traqueostomía y las lesiones por presión./ Se constata algún episodio aislado de dificultad respiratoria con una saturación por pulsioximetría normal y una auscultación pulmonar poco relevante. Fue valorada por el Servicio de ORL para el cuidado de la traqueostomía. No presentó complicación o agravamiento alguno, tal como consta en el informe de alta". Finaliza indicando que, "dado que sus problemas clínicos estaban resueltos o en tratamiento (...), se gestionó el traslado a un

centro de media/larga estancia para continuar con rehabilitación”, en este caso el Hospital “Z”, al que “fue trasladada el día de su alta”.

10. Con fecha 14 de marzo de 2013, el Gerente del Área Sanitaria VII remite al Servicio instructor el informe del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital “X”.

En él, emitido el 1 de marzo de 2013 por el Jefe del Servicio, consta que el día 30 de junio de 2011 ingresa por “cólico hepático” y se le realiza una ecografía que “demuestra engrosamiento de la pared vesicular sin ver claramente cálculos en su interior”, precisando que, “aunque tenía analítica normal, sin leucocitosis, se trató con antibióticos y a las 48 horas estaba asintomática”, siendo dada de alta hospitalaria “el 4-7-11 con antibióticos y citada en consulta para preparar intervención quirúrgica programada”. Señala que “dos días después (6-7-11) reingresa por fiebre y prurito generalizado”, encontrándose “alteradas las pruebas de función hepática, compatible con colestasis”, siendo la exploración “compatible con colecistitis aguda”. El TAC abdominal -realizado al día siguiente- informa de “vesícula de características normales (...). La vía biliar tiene discreta ectasia que no llega a 9 mm y no demuestra cálculos en su interior./ La analítica a las 48 horas de su ingreso tiende a la normalidad”. La paciente evoluciona “bien” con el tratamiento instaurado y es dada de alta hospitalaria el 13 de julio “en buen estado, pendiente de realizar colangiografía retrógrada endoscópica y eventual esfinterotomía (CPRE) solicitada de forma preferente”.

Añade que el día 1 de agosto de 2011 acude a Urgencias “por cuadro sincopal”, realizándosele “TC craneal que es normal” y “ecografía abdominal -por referir dolor leve a la palpación en HD-, objetivando cambios inflamatorios respecto a las ecografías anteriores y dilatación de la vía biliar”, lo que se “interpreta como posible colecistitis gangrenosa y la paciente es operada de urgencia el 2-8-11. Se confirma por laparoscopia plastrón inflamatorio que dificulta la colecistectomía por esta técnica y se realiza laparotomía subcostal, colecistectomía, colangiografía properatoria que confirma la sospecha de cálculo coledócico (...) que es extraído mediante coledocoscopia”. Especifica que “en

las primeras 24 h del posoperatorio presenta anemización, aunque hemodinámicamente está estable; se realiza ecografía -por sospecha de hemorragia interna no exteriorizada por el drenaje- y es informada como normal, no objetivando colecciones perihepáticas, solamente discreta cantidad de líquido en pelvis./ Se repite la ecografía a las 12 h y entonces se aprecia hematoma perihepático, siendo reintervenida de urgencia el 4-8-11. Se confirma coágulo importante perihepático producido por punto sangrante en lecho hepático que se sutura, cediendo la hemorragia". Finalmente, la paciente presenta "insuficiencia renal y es trasladada a la UVI del Hospital "Y".

Se adjunta una parte de la historia clínica de la paciente.

11. El día 17 de abril de 2013, el Servicio del Área de Reclamaciones del Hospital "H" remite al Servicio instructor una copia de la historia clínica de la perjudicada.

12. Con fecha 29 de abril de 2013, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto reitera a la Gerencia del Área Sanitaria VII la solicitud de una "copia íntegra de la historia clínica, en relación con la asistencia prestada a la fallecida entre los días 26 de junio y el 4 de agosto de 2011".

13. Mediante escrito de 7 de mayo de 2013, el Gerente del Área Sanitaria VII remite al Servicio Instructor la "historia clínica íntegra de la fallecida referente a la asistencia recibida" en el periodo solicitado.

14. El día 20 de mayo de 2013, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él, tras describir los hechos, afirma que estaba justificada la actitud conservadora adoptada hasta el día 2 de agosto de 2011 y que "la patología que presentaba (...) (colecistitis y coledocolitiasis)" requería el ingreso tras la intervención "en una Unidad de Reanimación Posquirúrgica (tal como se hizo)".

Respecto al traslado desde el Servicio de Medicina Interna del Hospital "Y" a un hospital de apoyo, considera que "estaba justificado porque la paciente se encontraba estable clínicamente".

Concluye que la asistencia prestada fue "correcta y adecuada en todo momento a los criterios de la lex artis", y manifiesta que "las complicaciones que se presentaron a lo largo de su proceso asistencial fueron adecuadamente diagnosticadas y tratadas, a pesar de lo cual no se pudo evitar su fallecimiento debido a la gravedad de las mismas y por las importantes patologías que la paciente presentaba (insuficiencia renal, diabetes, HTA y patología cardiovascular) con anterioridad a su ingreso" en el Hospital "X".

15. Mediante escritos de 29 de mayo de 2013, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario remite una copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente completo a la correduría de seguros.

16. Con fecha 14 de agosto de 2013, emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por cuatro especialistas, tres de ellos en Cirugía General y Digestivo y el cuarto en Cirugía General. En él concluyen que la paciente ingresa en el Hospital "X" "por un cuadro de dolor (...) epigástrico y vómitos. Tras las exploraciones clínicas analíticas y de imagen se descarta la existencia de un abdomen agudo. Tras la administración de un enema es enviada a su domicilio con recomendaciones (...). Reingresa unos días más tarde (...) por un cuadro de dolor abdominal compatible con un cólico biliar no complicado. Es ingresada en planta con tratamiento con mejoría clínica (...). Se trataba de una paciente pluripatológica, los antecedentes más importantes eran de (diabetes mellitus no insulino dependiente) evolucionada, (insuficiencia renal) por nefropatía diabética. Cardiopatía isquémica. Estenosis aórtica. Estenosis carotídea izquierda. Por estos motivos el tratamiento conservador estaba indicado debido al importante riesgo quirúrgico (...). Tras el alta reingresa a las 48 horas, no apreciándose evidentes indicios de patología vesicular complicada. De nuevo se instaura tratamiento médico conservador

con buena evolución clínica. Es dada de alta a la semana aproximadamente, solicitándole de manera ambulatoria una ERCP para posterior colecistectomía laparoscópica (...). El ingreso en planta y observación con tratamiento médico conservador es adecuado y de acuerdo con el estado de la ciencia. El tratamiento conservador de la colecistitis aguda para ser intervenida en un segundo tiempo está descrito en toda la literatura médica sobre esta patología (...). Reingresa a los 18 días por una pérdida de conocimiento, con clínica de colangitis aguda. Tras las oportunas exploraciones clínicas, analíticas y de imagen es intervenida de urgencia, con el diagnóstico radiológico de colecistitis gangrenosa. Falta la H.^a clínica y protocolo de cirugía (...). Tras la cirugía presenta una complicación a los 4 días, como es un hematoma perihepático del que es intervenida. No podemos pronunciarnos por el origen del mismo y su tratamiento al faltar toda la H.^a clínica relativa a este ingreso hospitalario. Falta el informe de traslado a la UVI" del Hospital "Y". Con posterioridad a "la cirugía es trasladada a una UCI en otro, centro en donde desarrolla una serie de complicaciones que fueron tratadas de forma correcta (...). Tras pasar por varios centros y desarrollar una estenosis traqueal secundaria a una (intubación orotraqueal) prolongada se realiza tratamiento quirúrgico de la misma" en el Hospital "H". La paciente "fallece a los 6 meses de la primera cirugía de una isquemia intestinal secundaria a la arteriopatía diabética que presentaba (...). Se pusieron a disposición de la paciente todos los medios hospitalarios posibles con el fin de tratar su enfermedad y las complicaciones".

17. Mediante escrito notificado al reclamante el 10 de octubre de 2013, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente.

El día 4 de noviembre de 2013 se persona este en las dependencias administrativas y obtiene una copia de aquel, compuesto en ese momento por mil novecientos sesenta y siete -1967- folios, según se hace constar en la diligencia extendida al efecto.

18. Con fecha 5 de noviembre de 2013, el interesado presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que insiste en los términos de su reclamación inicial.

19. El día 26 de noviembre de 2013, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella concluye que "la asistencia prestada a la fallecida fue correcta y adecuada a la *lex artis*, poniendo a disposición de la paciente todos los medios para el tratamiento de sus patologías y de las complicaciones que fueron presentándose", y que su "fallecimiento por una isquemia intestinal masiva fue debido al agravamiento de una patología de base que (...) presentaba (arteriopatía diabética)".

20. En este estado de tramitación, mediante escrito de 30 de diciembre de 2013, registrado de entrada el día 7 de enero de 2014, 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 Sanidad, cuyo original adjunta.

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 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), están los interesados -esposo e hijos de la fallecida- activamente legitimados para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron, pudiendo uno de los hijos actuar en su propio nombre y derecho y, con poder bastante al efecto, en nombre y representación de su padre y hermanos, a tenor de lo establecido en el artículo 32 de la Ley citada.

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 142.5 de la LRJPAC dispone que "En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse 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 1 de febrero de 2013, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae causa -el fallecimiento de la paciente- el día 4 de febrero de 2012, por lo que es claro que fue formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC, y, en su desarrollo, en el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Procedimiento de tramitación al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de

la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

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, observamos que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.3, letra b), de la referida LRJPAC.

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 139 de la LRJPAC 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, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos”. 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 141 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.- Los interesados solicitan una indemnización por los daños ocasionados tras el fallecimiento de su esposa y madre, respectivamente, que consideran debido al funcionamiento anormal del servicio público sanitario.

A la vista de la documentación obrante en el expediente resulta acreditado el fallecimiento de aquella, por lo que hemos de presumir el daño moral que ello supone.

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

Como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes 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*.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por los reclamantes es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

Este criterio opera no solo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado -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 el defectuoso diagnóstico ni el error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes en función del

carácter especializado o no de la atención sanitaria prestada y que se actuó con la debida prontitud. Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña *per se* una vulneración de la *lex artis*.

También hemos de advertir que corresponde a quienes reclaman la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alegan. En particular, tienen 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 reclaman.

Los interesados imputan a la Administración sanitaria una infracción de la *lex artis* que concretan en las siguientes cuestiones: un funcionamiento que “no fue el correcto”, puesto que tras ser “atendida por tres veces consecutivas con los mismos síntomas, y a pesar de ser diagnosticada de colecistitis aguda, se le da el alta, no recibe el tratamiento adecuado (...) ni se le realizan las pruebas pertinentes”, sin ser “intervenida de urgencia hasta el día 1 (*sic*) de agosto de 2011”, lo que dio lugar a que sufriera “un hematoma perihepático que pudo haber sido evitado”; una “falta de disposición de medios”, dado que los “propios médicos reconocen que la paciente debería estar en un centro con UCI”; un traslado a “un hospital de apoyo cuando su estado clínico no lo aconsejaba debido a las complicaciones que presentaba”, y una sucesión a “partir del mes de diciembre de 2012” de “intervenciones quirúrgicas, esta vez por estenosis traqueal”, que “se complican”, por lo que entienden que “a consecuencia de todas las actuaciones médicas desafortunadas (...) sufre una isquemia masiva” que le produjo la muerte “poco después”.

Puesto que no aportan los reclamantes prueba alguna en relación con la mala praxis alegada, hemos de realizar nuestra valoración sobre la base de los diferentes informes incorporados al expediente por la Administración sanitaria.

Debemos comenzar señalando que la paciente tenía 74 años, y además consideramos importante indicar que en junio de 2011 padecía, entre otros antecedentes: hipertensión arterial de larga evolución, diabetes tipo II, dislipemia, isquemia crónica de miembros inferiores, estenosis carotídea izquierda, estenosis aórtica moderada, cardiopatía isquémica e insuficiencia renal crónica por nefropatía diabética.

Los documentos y los informes médicos obrantes en el expediente ponen de manifiesto que el día 26 de junio de 2011 la enferma acude al Área de Urgencias del Hospital "X" por "dolor abdominal y vómitos", y que tras la exploración física y la realización de análisis y radiografías de tórax y abdomen se diagnostica de "estreñimiento/dolor abdominal a observar", se procede a la administración de una serie de medicamentos -Nolotil, Buscapina- y de un enema y, dada su "total recuperación", según consta en el informe del Servicio de Urgencias, es dada de alta.

Al respecto, en el informe técnico de evaluación se afirma que "no presentaba clínica ni datos analíticos sugestivos de patología biliar", lo que se corrobora en el informe emitido por los especialistas a instancia de la compañía aseguradora, en el que se añade que "tras las exploraciones clínicas analíticas y de imagen se descarta la existencia de abdomen agudo", siendo la actuación "correcta y ajustada a protocolo".

Con fecha 30 de junio de 2011 acude de nuevo al Servicio de Urgencias por dolor abdominal y sensación nauseosa, sin que presente en la exploración física signos de irritación peritoneal, por lo que tras las exploraciones clínicas y el informe de la ecografía abdominal realizado ese mismo día, en el que se aprecia que la "colecistitis" es clara, es diagnosticada de "colecistitis aguda", ingresando en planta y administrándosele "antibióticos". Dado que la "paciente mejora notablemente" y la "exploración física es normal", es dada de alta el 4 de julio de 2011, según consta en el respectivo informe, en el que se detalla una citación para el mes de julio y "valorar incluir en lista de espera".

Por lo que se refiere a esta asistencia, en el informe técnico de evaluación se sostiene que fue "correctamente diagnosticada de `colecistitis aguda'", pues los "estudios de imagen no evidenciaban claramente la existencia de cálculos".

El día 6 de julio de 2011 acude al Servicio de Urgencias por "fiebre de 38,8 °C, con prurito generalizado y dolor en hemiabdomen derecho sin alteraciones del hábito intestinal", siendo ingresada hasta el 13 de julio de 2011, según se indica en el informe de alta. Tras la exploración física, radiografías de tórax y abdomen, ecografía abdominal -efectuada el mismo día

del ingreso- y TAC -al día siguiente- se instaura "tratamiento médico conservador y antibioterapia", constando que "responde al tratamiento médico desapareciendo la clínica", estableciéndose el diagnóstico de "colecistitis aguda. Dudosa coledocolitiasis" y quedando pendiente de "realizar CPRE de forma ambulatoria lo antes posible".

En relación con este episodio, el informe técnico de evaluación pone de relieve que "las pruebas de diagnóstico por imagen (...) solo muestran una vesícula discretamente engrosada compatible con colecistitis aguda y una muy discreta dilatación de la vía biliar (...), siguen sin evidenciarse cálculos en la vesícula y en la vía biliar". En el mismo sentido se pronuncian el Jefe del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital "X" al señalar que en la "analítica se encuentran alteradas las pruebas de función hepática, compatible con colestasis"; que en la ecografía "no se aprecian cálculos, aunque la vesícula parece discretamente engrosada, exploración compatible con colecistitis aguda", y que en el TAC abdominal la "vía biliar (...) no demuestra cálculos en su interior", puntualizándose en el informe elaborado por los especialistas que el TAC "no muestra complicaciones vesiculares" y que en el informe radiológico se observa "una vesícula de características normales".

El 1 de agosto de 2011 la paciente sufre en su domicilio una "pérdida de conciencia", siendo atendida por el SAMU y trasladada al Hospital "X", donde se le realiza ese mismo día un TAC craneal, que es normal, y al día siguiente una ecografía de abdomen, en cuyo informe consta "dilatación de la vía biliar intra y extrahepática (...). Vesícula de pared engrosada (...) y membranas intraluminales prominentes (que no se identificaban en estudio ecográfico previo de 6-07-11), lo que sería compatible (...) en el contexto de una colecistitis gangrenosa".

Sobre este ingreso, señala el informe del Jefe de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital "X" que se objetivan "cambios inflamatorios respecto a las ecografías anteriores y dilatación de la vía biliar", por lo que es "operada de urgencia el 2-8-11", advirtiéndose en la "laparoscopia plastrón inflamatorio que dificulta la colecistectomía por esta técnica y se realiza laparotomía subcostal, colecistectomía, colangiografía preoperatoria que

confirma la sospecha de cálculo coledócico y que es extraído mediante coledocoscopia. Se sutura el colédoco sobre un tubo de Kher y se deja un drenaje subhepático como es habitual". Añade que en el posoperatorio se realizan dos ecografías, la primera por "sospecha de hemorragia interna no exteriorizada por el drenaje", que es informada "como normal, no objetivando colecciones perihepáticas, solamente discreta cantidad de líquido en pelvis", tal y como consta en el informe radiológico de 3 de agosto de 2011, y apreciándose en la segunda un "hematoma perihepático" -informe radiológico de 4 de agosto de 2011-, por lo que es "reintervenida de urgencia el 4-8-11".

Sobre este extremo, el informe del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo precisa que tras esta nueva operación se "confirma coágulo importante (...) producido por punto sangrante en lecho hepático que se sutura, cediendo la hemorragia", y, aunque en el informe realizado por los especialistas se pone de relieve que faltan los informes correspondientes a ambas cirugías, lo cierto es que en el expediente -folios 1879 a 1881- obran las hojas relativas a las dos intervenciones quirúrgicas. En concreto, en la referente a la efectuada el 2 de agosto de 2011 se indica que se coloca un "tubo Kehr (nº 16) con 3 ptos. Safil 2/0", y en la relativa a la operación practicada el 4 de agosto, tras detallar la "evacuación y lavado (de la) cavidad", se aclara que el sangrado "se controla con dos puntos de Safil de 2/0 (...), no otros puntos de sangrado".

Al respecto, en el informe técnico de evaluación se subraya que cuando el "día 4 de agosto (...) se aprecia hematoma (...) producido por punto sangrante (...) se sutura", añadiendo que "la existencia de un pequeño vaso sangrante" es un "riesgo típico de la colecistectomía, tal y como se describe en el documento de consentimiento informado"; así, constan en dicho documento -folio 1871 A-, dentro de las complicaciones "graves y poco frecuentes", las de "hemorragia interna (...), lesión de vasos sanguíneos".

A diferencia de lo manifestado por los interesados, todos los informes obrantes en el expediente se muestran unánimes al señalar que las exploraciones físicas, las analíticas y las pruebas de imagen citadas son las indicadas en este tipo de patología. En este sentido, el informe técnico de evaluación asegura que la "ecografía abdominal es la técnica diagnóstica de

elección cuando se sospecha una colecistitis aguda”, lo que corroboran los especialistas al afirmar que “la ecografía proporciona un diagnóstico preciso en alrededor de las tres cuartas partes de los casos con colecistitis aguda”. En el caso concreto que nos ocupa, a la paciente se le aplica inicialmente “tratamiento antibiótico”, que es el adecuado, según se recoge en el informe técnico de evaluación, pues “la dilatación de la vía biliar no se aprecia hasta el último ingreso, y la existencia de un cálculo en el colédoco solamente se confirma durante la intervención quirúrgica realizada el día 2 de agosto”, lo que justificaba “la actitud conservadora adoptada hasta ese momento, que venía siendo avalada por la mejoría clínica y analítica (...) tras la realización de los distintos tratamientos antibióticos”. Igualmente, los especialistas señalan que si el “ataque dura más de 4 días, los síntomas no mejoran o aparecen fiebre alta, escalofríos o una masa abdominal deben usarse antibióticos”, añadiendo que “el ingreso en planta y observación con tratamiento médico conservador es adecuado”, sin olvidar -como ya hemos puesto de manifiesto- que se trataba de una “paciente pluripatológica”, por lo que aquel “estaba indicado debido al importante riesgo quirúrgico”, puntualizando que el tratamiento conservador “para ser intervenida en un segundo tiempo está descrito en toda la literatura médica sobre esta patología”.

Por lo que atañe al reproche relativo a la falta de medios, dado que la paciente debería estar en un centro con UCI, el informe técnico de evaluación asegura que la “patología que presentaba (...) (colecistitis y coledocolitiasis) no requería, en principio, el ingreso en una UCI”, y precisa que cuando se detecta “el hematoma intracavitario (...) lo prioritario es la intervención quirúrgica”, si bien una vez realizada “es trasladada a la UCI” del Hospital “Y”, por lo que “la inexistencia de esta Unidad” en el Hospital “X” “no mermó en modo alguno las posibilidades terapéuticas”. Dicha aseveración contradice lo expuesto por los reclamantes cuando manifiestan que “se pierden días en trasladar a la paciente” a una UCI, pues consta en el curso clínico que el traslado se produjo con inmediatez. Así, en la anotación correspondiente al día 4 de agosto de 2011, a las “12:30 h”, se detalla que se lleva a cabo una intervención quirúrgica urgente, consignándose, a continuación, a las “14:00 h, traslado a UVI Hospital

“Y”, y en las observaciones de enfermería figura, a las “13 h, que llega de quirófano” y, a las “14.30, traslado UVI”; y, si bien es cierto que falta el informe relativo a dicho traslado, en la hoja del Servicio de Cuidados Intensivos del Hospital “Y” hay anotaciones referentes al estado de la paciente ya desde las “15 h” de dicho día. A ello debemos añadir que el informe técnico de evaluación revela que “se detecta un agravamiento de la insuficiencia renal” y que se traslada al Hospital “Y”, lo que corrobora el informe del Servicio de Medicina Intensiva, en el que se detalla que se llevó a cabo la intervención “sin complicaciones”, pero que tras la misma, “en situación de SDMO secundario a posoperatorio complicado (...), se traslada” a dicha Unidad.

Tampoco podemos considerar acreditado que se decide trasladar a la paciente a un hospital de apoyo “cuando su estado clínico no lo aconsejaba”, pues, a tenor del informe de alta por traslado del Hospital “Y” al “Z”, tras haber estado ingresada en la UCI desde el 4 de agosto al 17 de noviembre de 2011, fecha en la que pasó a planta de Medicina Interna, ha evolucionado “favorablemente (...). Está recibiendo medicación por vía oral y curas diarias, tanto del estoma de la traqueostomía (...) como de las úlceras por decúbito (...). Desde el punto de vista cardiorrespiratorio está estable, habiendo mejorado de sus derrames pleurales y evolucionando de momento sin complicaciones (...). Se realizó ECO abdominal que no mostró complicación en el sentido de dilatación de la vía biliar o colecciones./ Tampoco tiene fiebre ni signos de infección significativa alguna”, razonando que, “dada la buena evolución”, se decide el traslado “con vistas a tratamiento rehabilitador”, lo que corrobora el informe técnico de evaluación cuando señala que la “paciente se encontraba estable clínicamente”, si bien el mismo día en que es trasladada -1 de diciembre de 2011- precisa “derivación inmediata en UVI móvil al Servicio de Urgencias” del Hospital “V” “por encefalopatía hipercápnica”, según consta en el informe del “Z”. Al respecto, señala el informe técnico de evaluación que “la aparición” de la citada encefalopatía “no se debe a una inadecuada o insuficiente asistencia prestada” por dicho centro, “sino a una abrupta manifestación clínica de una estenosis traqueal por intubación prolongada” que requirió “su traslado al Servicio de Cirugía Torácica” del Hospital “H”,

concluyendo que si hubiese “continuado ingresada” en el Hospital “Y” “no habría evitado la aparición del cuadro que se manifestó” en el Hospital “Z”, “ni su traslado” al Hospital “H”.

Por último, respecto a las afirmaciones de que a “partir del mes de diciembre de 2012 se suceden las intervenciones quirúrgicas, esta vez por estenosis traqueal”, que “se complican”, y que a “consecuencia de todas las actuaciones médicas desafortunadas (...) sufre una isquemia masiva, falleciendo poco después”, hemos de señalar que efectivamente, según se detalla en el informe del Servicio de Cirugía Torácica del Hospital “H” 27 de febrero de 2013, a la paciente se le practica, los días 7 y 8 de diciembre de 2011, una “broncoscopia rígida+flexible”, y que al evolucionar de forma “favorable tanto clínica como radiológicamente” y encontrarse “asintomática” se decide su traslado al Hospital “V” para “seguimiento y evolución de su múltiple patología”, si bien reingresa al Hospital “H” el día 16 de enero de 2012 y, tras realizarle diversas pruebas, se le hace una “nueva fotocoagulación con láser”, sufriendo en el “posoperatorio inmediato (...) una parada cardiorrespiratoria de la que se recupera, sin secuelas”, y posteriormente “un edema traqueal”. Precisa el referido informe, igualmente, que desde el punto de vista respiratorio “presentó evolución muy favorable, con retirada de la respiración asistida”, y detalla que desde el día “29-1-12 la paciente se encuentra en todo momento asintomática” y “hemodinámicamente estable”. Así lo corrobora el informe de la Sección de Anestesiología y Reanimación de 28 de febrero de 2013, en el que, tras relatar la evolución de la paciente en el periodo comprendido entre el 17 y el 30 de enero de 2012, se afirma que durante “todo este tiempo no precisó fármacos vasoactivos, salvo amiodarona por un episodio esporádico de fibrilación auricular (...), no se objetivaron problemas neurológicos ni renales”, añadiendo que desde el punto de vista infeccioso recibió “el tratamiento antibiótico correspondiente”.

A pesar de todo ello, se puntualiza en dicho informe que el “día 2-2-12 se objetivó empeoramiento de su estado general con distensión abdominal y leucocitosis en aumento”, por lo que se realizó un “angio-TAC urgente” que evidenció una “isquemia intestinal masiva” que “no se consideró subsidiaria de

tratamiento quirúrgico, siendo la causa del exitus el día 4-2-12". En el mismo sentido se pronuncia el informe citado anteriormente del Servicio de Cirugía Torácica al consignar que "comienza de forma brusca con un cuadro de malestar abdominal", concluyendo que la actuación de ambos Servicios "ha sido la correcta, siguiendo todos los protocolos ante la situación de una paciente con alto riesgo por su multipatología y antecedentes desde el inicio de la enfermedad, actuando siempre de forma urgente cuando fue necesario" y siguiendo "las normas sometidas a la *lex artis*".

Sobre este extremo, el informe técnico de evaluación sostiene que "todas las complicaciones que se presentaron a lo largo de su proceso asistencial fueron adecuadamente diagnosticadas y tratadas, a pesar de lo cual no se pudo evitar su fallecimiento debido a la gravedad de las mismas y por las importantes patologías que la paciente presentaba (...) con anterioridad a su ingreso" en el Hospital "X", lo que también corrobora el informe elaborado por los especialistas a instancia de la compañía aseguradora, en el que se detalla que "fallece a los 6 meses de la primera cirugía de una isquemia intestinal secundaria a la arteriopatía diabética que presentaba" tras haber puesto a su disposición "todos los medios hospitalarios posibles con el fin de tratar su enfermedad y las complicaciones" que surgieron.

Este Consejo entiende, a la luz de los hechos acreditados documentalmente y de los informes emitidos en el curso del procedimiento, que no ha quedado demostrada una mala práctica médica del servicio público sanitario en forma de diagnóstico erróneo o tardío al que pudiera ser imputable el fallecimiento de la perjudicada o que pudiese haber influido en el curso de la enfermedad. La documentación que obra en el expediente pone de manifiesto que no se efectuó ningún diagnóstico erróneo, ya que los que en cada momento se realizaron se correspondían con los síntomas que la enferma presentaba y fueron hechos tras practicarse las correspondientes y adecuadas pruebas. Se llevaron a cabo las intervenciones quirúrgicas pertinentes, manifestándose uno de los riesgos graves -del que era conocedora- que conlleva la intervención a la que debió de someterse debido a una de sus patologías de base; dichas intervenciones se realizaron cuando no fue posible

continuar con los tratamientos conservadores que estaban indicados dado el importante riesgo quirúrgico de la paciente a causa de las patologías severas que padecía con anterioridad -HTA de larga duración, diabetes, hipercolesterolemia, insuficiencia renal crónica, insuficiencia venosa, isquemia crónica, estenosis carotídea-. Ciertamente, se produjeron -entre otros- los traslados hospitalarios que reprochan los reclamantes -UCI y hospital de apoyo-, pero estaban justificados por las situaciones clínicas de la paciente: en el primer caso por las complicaciones surgidas en el posoperatorio de la reintervención -4 de agosto de 2011-, y en el segundo por la estabilidad clínica y con el fin de llevar a cabo el tratamiento rehabilitador -1 de diciembre de 2011-.

Asimismo, consideramos que el daño alegado no puede imputarse a un defectuoso funcionamiento del servicio público de salud, como pretenden los interesados, sino que el fallecimiento guarda relación con las complicaciones surgidas debido a las importantes patologías -factores de riesgo- que se daban en la paciente con anterioridad al día 26 de junio de 2011 y, finalmente, al empeoramiento brusco de su estado general -isquemia intestinal masiva-.

En suma, todos los informes técnicos obrantes en el expediente coinciden en apreciar una actuación acorde con el buen quehacer médico y conforme con la *lex artis*, por lo que solo cabe concluir que se actuó con la diligencia exigible, sin que se haya acreditado que el fallecimiento de la paciente guarde relación de causalidad con la actuación de los servicios públicos sanitarios.

Por tanto, al no concurrir nexo causal entre el fallecimiento de la esposa y madre, respectivamente, de los interesados y el servicio público sanitario no cabe estimar la responsabilidad patrimonial que se pretende, lo que nos exime de realizar cualquier otra consideración acerca de la cuantía indemnizatoria demandada.

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

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

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º
EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.