

Expediente Núm. 137/2017
Dictamen Núm. 177/2017

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
García Gutiérrez, José María
Zapico del Fueyo, Rosa María
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 22 de junio de 2017, 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 31 de marzo de 2017 -registrada de entrada el día 5 del mes siguiente-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de su esposa y madre, respectivamente, con ocasión de la asistencia recibida en el servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 2 de junio de 2016, el interesado, en su propio nombre y derecho y en nombre y representación de sus hijos, presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos a raíz del fallecimiento de su esposa y madre, respectivamente, que consideran debida a una defectuosa asistencia médica dispensada por el servicio público sanitario.

Exponen que el 24 de abril de 2014 acudió a su médico de Atención Primaria por "lumbalgia tras esfuerzo", seguida de otras atenciones recibidas en su domicilio y que desembocaron en la asistencia que le fue prestada en el Servicio de Urgencias del Hospital el día 2 de junio de 2014, donde manifiesta "lumbalgia discontinua de un mes de evolución que la paciente asocia a esfuerzos, a pesar de haber sido tratada con AINE y Tramadol, así como Valium, persistiendo algias importantes que le impiden la bipedestación./ A la exploración presenta dolor a la palpación de región dorso-lumbar alta bilateral, pero de predominio izquierdo. En las pruebas radiográficas no se observan lesiones óseas agudas. Se diagnostica lumbalgia y se da el alta el mismo día con el tratamiento de reposo relativo, seguir con su tratamiento habitual y control y seguimiento por su médico". Reseñan que fue vista en consulta de Traumatología el 6 de junio de 2014 por "lumbalgia tras esfuerzo".

Indican que, finalizado este primer episodio, el 26 de febrero de 2016 se le diagnostica "vértigo con contractura cervical y dolor", seguido el 8 de marzo de 2016 con un diagnóstico de "vómito-dolor". Así las cosas, el 9 de marzo de 2016 ingresa en el Servicio de Urgencias del Hospital, observándose en las primeras pruebas fracaso renal agudo con hiponatremia, leucocitosis con desv. izda. y marcadores de infección elevados. Es diagnosticada de (neumonía adquirida en la comunidad) grave e ingresa en planta de Neumología (...). Se inicia tratamiento con Ceftriaxona y Levofloxacino, presentando mala evolución (...), con importante astenia y dolor abdominal refractario a la analgesia pautada. Tras presentar mal estado general y desaturación, se solicita TAC toraco-abdominal con contraste./ El 11-03-16 ingresa en UCI con insuficiencia respiratoria grave, neumonía adquirida en la comunidad y pancreatitis aguda./ Tras la realización de Rx y TAC se observa adenopatía infracarinal de 13 mm, engrosamiento pericárdico de 8 mm, derrame pleural izquierdo de pequeña cuantía, importante afectación parenquimatosa pulmonar difusa y bilateral, identificándose múltiples radiopacidades y una consolidación con broncograma aéreo, todo ello sugestivo de patología infecciosa (...). Ante la sospecha de pancreatitis aguda asociada a la neumonía, se solicita al S. de Digestivo para punción de líquido intraabdominal, obteniendo un líquido ambarino compatible

con ascitis./ Se revisa ficha técnica de medicación suministrada y se comprueba que el Levofloxacino se asocia como efecto secundario a pancreatitis, por lo que se retira el mismo. En definitiva, por los hallazgos del TAC, la hiponatremia e hiperproteinemia se sospecha una neoplasia hematológica tipo mieloma múltiple. La paciente evoluciona hacia shock séptico, con necesidades de noradrenalina para mantener tensión arterial e insuficiencia respiratoria global, con patrón alveolo-intersticial bilateral en la Rx de tórax compatible con (síndrome de dificultad respiratoria aguda). Precisa (intubación orotraqueal) y conexión a (ventilación mecánica). Fracaso multiorgánico con parada cardiorrespiratoria refractaria a las maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzadas./ (La paciente) fallece a las 17:25 h del día 13-03-16, con el diagnóstico de fracaso multiorgánico, shock séptico, neumonía comunitaria con bacteriemia por *S. pneumoniae*, probable gammapatía monoclonal tipo IgG cadenas lambda”.

Consideran que “de los hechos relatados se deduce que a la vista de los síntomas y signos que presentaba la paciente no se hicieron los estudios médicos y pruebas diagnósticas necesarias para determinar las verdaderas dolencias que padecía (...). A pesar del gran número de ocasiones en que acudió a las consultas médicas, no se estudió su caso en profundidad, y esta actuación negligente condujo al fallecimiento” de la enferma.

Solicitan una indemnización de seiscientos mil un euros (600.001 €).

Se adjuntan a este escrito, además de varios informes médicos citados al hilo del relato de hechos, los certificados acreditativos del fallecimiento de la paciente, del matrimonio y del nacimiento de los hijos.

Por medio de otrosí, y como medio de prueba, instan a que se incorpore al expediente la historia clínica de la paciente obrante tanto en el Hospital como en Atención Primaria.

2. Mediante oficio de 15 de junio de 2016, la Directora General de Política Sanitaria comunica a los interesados la fecha de recepción de su reclamación en la Administración del Principado de Asturias -“9 de junio de 2016”-, las normas

de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. El día 17 de junio de 2016, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto solicita a la Gerencia del Área Sanitaria III una copia de la historia clínica del proceso de referencia y un informe de los servicios intervinientes (Atención Primaria, Neumología y UCI).

4. Con fecha 6 de julio de 2016, la médica de Atención Primaria de la paciente remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios un informe en el que describe su actuación a lo largo del episodio clínico cuestionado. Señala que "el 24 de abril de 2014 atiendo a la paciente por lumbalgia tras esfuerzo, pautándole antiinflamatorio, relajante muscular y protector gástrico./ El 2 (de) mayo refiere ya mucho mejor con los tratamientos realizados, pero según historia clínica `se le oferta ir a Urgencias hospital en ambulancia (...), que rechaza, para descartar causa urgente´./ El 22 de mayo (...) se la deriva a Urgencias del hospital tras persistir el dolor de un mes de evolución iniciado tras esfuerzo (al mover a su padre enfermo), con sospecha de rotura fibrilar (refería iba fisioterapeuta privado a su domicilio) pero persistiendo algias muy intensas que le impedían la bipedestación, sumándose ahora dolor abdominal. No apofisalgias. Lasegge y Bragard neg. No tengo constancia de que haya ido al hospital hasta el 2 de junio, en el que la impresión diagnóstica es: lumbalgia. Dorsalgia. Rx c. dorsal y lumbar: no lesiones óseas agudas. Seguir tratamiento habitual. Valorar por su médico, según evolución, remitir al traumatólogo./ El 6 de junio de 2014 se la deriva a Traumatología por dicha lumbalgia tras esfuerzo, con mejoría, pero persistiendo el dolor. El mismo día se le oferta ir a reumatólogo para descartar osteoporosis, que rechaza pues indica que no quiere ya tanto médico./ El 8 de agosto de 2014, según traumatólogo del Hospital: `remitido desde Atención Primaria para valoración de lumbalgia´. `Radiografías: columna lumbar y dorsal AP y lateral: acuñaamiento de T10. Impresión diagnóstica: acuñaamiento T10. Recomendaciones: solicito RNM columna dorsal para confirmar acuñaamiento´./ Según figura en historia clínica

del Hospital, con fecha 14 de agosto de 2015: `avisa Servicio Radiología que no acude en al menos 3 ocasiones a realizar RNM´./ En marzo de 2015 acude por otitis media aguda y afonía./ El 26 de febrero de 2016 presenta episodio de vértigo con contractura-cargazón cervical y dolor con el giro y cefalea en sienes. Se la pauta Dogmatil./ El 8 de marzo de 2016: acudo a su domicilio por vómito esta mañana y dolor que refería de una semana de evolución, habiendo tomado analgésicos por su cuenta. El dolor se había iniciado tras sufrir accidentalmente torsión de tórax con contusión posterior contra mostrador (al parecer de su negocio de bar). En ningún momento refirió tos, ni problemas respiratorios, ni disnea o fatiga, ni febrícula. Refirió ya no vértigo y que previamente al accidente no tenía dolores ni tomaba analgésicos, salvo esporádicamente por algún motivo concreto, y que el vómito de esa mañana decía era probablemente contagiado por hijo con cuadro similar. Ya no vomitaba al tomar líquidos en el momento en que acudí a su domicilio, aunque le dejé la receta de Levogastrol por si lo precisaba. Presentaba dolor a la palpación de últimas costillas derechas anteriores y en hipocondrio izquierdo, por lo que se le realizó P10 para acudir a Urgencias del hospital, pues aunque no quería ir su familia la iba a convencer ese mismo día./ Los reclamantes refieren acudió a Urgencias el día 9 de marzo”.

5. Mediante oficio de 26 de julio de 2016, el Director Económico y de Profesionales del Área Sanitaria III traslada al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia de la historia clínica del proceso de referencia obrante en Atención Especializada y los informes solicitados.

El Jefe de la Sección de Neumología del Hospital indica, el 1 de julio de 2016, que se trata de una “paciente de 46 años de edad que ingresa en la Unidad de Neumología sobre las 4 de la madrugada del día 10-03-2016, siendo valorada nada más llegar (...) por la enfermera de turno y a los pocos minutos por el médico de guardia. Entre los antecedentes de la paciente destacaba que era fumadora, estaba amigdalectomizada, tenía antecedentes de cefaleas y no manifestó en ese momento otros (...) de interés. El cuadro clínico referido (...) era que dos días antes había sido valorada por su médico de Atención Primaria

por un dolor en fosa renal izquierda, motivo por el que le pautó tratamiento analgésico, y, dado que no había mejorado de forma significativa, acudió a Urgencias del hospital refiriendo además discreta disnea, así como tos tipo 'carraspea', sin fiebre ni sensación distérmica, ni otros datos relevantes. En la exploración estaba normotensa, eupneica en reposo, consciente y orientada y con buen estado general, con una auscultación cardíaca normal y una auscultación pulmonar donde se apreciaban crepitantes en el hemitórax izquierdo con descenso de ruidos a dicho nivel y una exploración de abdomen y extremidades normales./ En la analítica realizada llamaba la atención que tenía una alteración de la función renal con un filtrado glomerular de 36, una creatinina de 1,67, así como un descenso de sodio sérico, una PCR elevada, una procalcitonina elevada, una leucocitosis importante con desviación izquierda, un descenso moderado de la hemoglobina y una alteración moderada de la coagulación; (en) la radiografía de tórax se aprecia una consolidación bien delimitada de lóbulo inferior izquierdo, y se le realizó también una pulsioximetría donde se objetivaba una saturación de oxígeno del 96 % con un flujo de oxígeno suplementario de 2 litros por minuto. La paciente antes de subir a la planta de Neumología había sido evaluada por la Unidad de Cuidados Intensivos, y dado que (...) no presentaba en esos momentos insuficiencia respiratoria y además hemodinámicamente estaba estable no consideró oportuno ingreso en su Unidad, dejando de todas maneras la opción (de) si empeoraba la situación valorarla nuevamente./ Dado que (...) presentaba una neumonía adquirida en la comunidad, con criterios de gravedad, se administró antibioterapia empírica (Ceftriaxona y Levofloxacino) (...), acorde a lo que aconsejan las guías para el tratamiento de una neumonía de estas características. Posteriormente, a lo largo del día fue valorada en varias ocasiones por los médicos asistenciales de la planta, así como en la guardia, y por los turnos de enfermería, sin objetivar empeoramiento de la situación, manteniendo siempre las constantes vitales en rango de normalidad. En el segundo día del ingreso llegan los hemocultivos que se le habían extraído (...), que resultaron positivos para neumococo, con buena sensibilidad, entre otros antibióticos, para Levofloxacino y Ceftriaxona, los cuales ya se habían empleado

inicialmente. Al comienzo de la tarde del segundo día de su ingreso avisan nuevamente a la guardia de Medicina Interna porque la paciente presenta malestar y dolor a nivel lumbar y abdominal, y presentaba una saturación de oxígeno baja en esos momentos. En la exploración efectuada en esa situación tenía una buena tensión arterial, y tras haber aportado oxígeno suplementario a 3 litros por minuto se corrige la desaturación que presentaba inicialmente (presentaba en esos momentos una saturación del 95 %) y no había cambiado la auscultación pulmonar. Posteriormente, a lo largo de la tarde se vuelve a valorar (...), encontrándose en ese momento sudorosa con taquipnea y con dolor abdominal que cedía con analgesia; motivo por el cual se decide solicitar nuevamente valoración por la Unidad de Cuidados Intensivos, quien tras ver a la paciente decide bajarla a su Unidad y solicitar a la vez un TAC toraco-abdominal./ Parece que la evolución posterior (...), a pesar de las medidas de soporte (...), fue progresiva hacia el empeoramiento, siendo finalmente exitus./ En resumen se trata de una paciente de 46 años de edad que acude por un cuadro clínico con poca sintomatología; no obstante, se aprecia una neumonía a nivel de lóbulo inferior del pulmón izquierdo, y que además en base a los parámetros analíticos se interpreta como neumonía adquirida en la comunidad, con criterios de gravedad, y se hace el planteamiento terapéutico adecuado (según las guías actuales) (...), manteniéndose estable en el primer día del ingreso para empeorar posteriormente con el final descrito./ Es bien conocido que la neumonía neumocócica bacteriémica, a pesar de que las medidas que se empleen sean las adecuadas, como parece que ha sido en este caso, tiene una mortalidad importante que puede llegar hasta el 10 % de los pacientes que presenten esta situación”.

Por último, un facultativo del Servicio UVI del Hospital, con el visto bueno del Jefe del Servicio, emite informe el 7 de julio de 2016. En él afirma que, “según consta en historia clínica, la paciente es derivada al S. de Urgencias por su médico de Atención Primaria el 09-03-2016 por dolor abdominal y mal estado general desde una semana antes. La paciente relaciona esta sintomatología con un traumatismo sobre costado izquierdo sufrido en su lugar de trabajo./ En ese momento (...) se encontraba consciente y orientada. Estable

hemodinámicamente y manteniendo saturaciones de oxígeno > 90 % respirando aire ambiente./ En las exploraciones complementarias realizadas en el Servicio de Urgencias se apreciaba un aumento de densidad retrocardíaco izquierdo en la radiografía simple de tórax, lo que, unido a elevación de la cifra de leucocitos en sangre con desviación izquierda, marcadores de infección elevados (...), fracaso renal agudo con hiponatremia, coagulopatía (...) e hipoxemia moderada (...), inducen como primera posibilidad diagnóstica a una neumonía adquirida en la comunidad con criterios de gravedad, según la clasificación CURB-65 (...). Ingresa en planta de Neumología iniciándose tratamiento antibiótico empírico siguiendo recomendaciones de la Sociedad Española de Neumología (...), que se comprueba correcto por el crecimiento de los hemocultivos realizados de un *S. pneumoniae* sensible al tratamiento suministrado./ Tiene una mala evolución durante su estancia con importante astenia y dolor abdominal refractario a la analgesia pautada. Se solicitaron estudios bioquímicos y de imagen que incluían estudio de función hepática, proteínas totales y función tiroidea, según práctica habitual a la espera de evolución del tratamiento./ El 11-03-2016 se me solicita valoración urgente por parte de la guardia de Medicina Interna por mal estado general y desaturación./ A mi llegada la paciente se encuentra consciente y orientada en tiempo y espacio, refiere importante dolor abdominal de forma difusa, aunque más importante en hipocondrio izquierdo. A la exploración está pálida y sudorosa, aunque bien perfundida y con tensión arterial en límites normales. Taquinéica en reposo y con saturaciones > 90 %, con mascarilla de oxigenoterapia al 35 %. Se aprecia un efecto masa en epigastrio y la peristalsis abdominal es apenas audible, por lo que impresiona de abdomen patológico e indico ingreso en Cuidados Intensivos para mayor refuerzo de tratamiento previa realización de una TAC toraco-abdominal con contraste (intravenoso). Solicito paralelamente analítica de sangre complementaria./ La tomografía es informada por el radiólogo de guardia como: adenopatía infracarinal de 13 mm y otras subcentimétricas paratraqueales derechas inferiores. No observo adenopatías axilares ni hiliares de tamaño significativo./ Engrosamiento pericárdico de 8 mm./ Derrame pleural izquierdo de pequeña cuantía./ Se identifica una

importante afectación parenquimatosa pulmonar difusa y bilateral, identificándose múltiples radiopacidades alveolares parcheadas bilaterales de tamaño variable y morfología pseudonodular y una consolidación con broncograma aéreo de LII, sobre todo segmento apical; todo ello sugestivo de patología infecciosa, a descartar bronconeumonía./ Prominencia de ventrículo izquierdo. Dilatación aneurismática de aorta ascendente que mide 40 mm de eje transversal./ Hígado de tamaño y morfología normal, con bordes lisos y atenuación homogénea, sin evidencia de lesiones focales./ Vesícula biliar ligeramente distendida, sin claras colelitiasis en su interior./ Bazo sin hallazgos significativos./ Disminución del realce renal de forma difusa y simétrica que pudiera corresponder a hipoperfusión, encontrándose las arterias renales permeables./ Llama la atención la existencia de un aumento del realce de las glándulas suprarrenales, lo cual pudiera ser un signo precoz de shock, identificándose engrosamiento de la suprarrenal izquierda, que en el contexto de la paciente pudiera corresponder a contusión/hematoma. Se identifica engrosamiento de la glándula pancreática de forma difusa, aunque con contornos relativamente preservados y con adecuado realce con contraste, sin áreas que sugieran necrosis o hemorragia. Se identifican múltiples imágenes lineales hipodensas que atraviesan el parénquima, que pienso pudieran corresponder a líquido intersticial, aunque son más marcadas a nivel de la cabeza pancreática. Se observa abundante líquido peripancreático, así como líquido periesplénico, en saco menor, en raíz del meso, ambas gotieras y en pelvis. Este líquido presenta bajo valor de atenuación, similar al contenido vesicular. Estos hallazgos pudieran corresponder a una pancreatitis aguda, aunque no podemos descartar la existencia de laceración/contusión pancreática, dado el antecedente traumático reciente de la paciente. Recomiendo relacionar con analítica y exploración física./ Vasos mesentéricos permeables. Porta permeable./ Las asas intestinales presentan una distribución y calibre normal. No se evidencian burbujas de neumoperitoneo. No se observa realce peritoneal./ Se identifica una importante alteración de la densidad mineral ósea de forma difusa, con áreas parcheadas de densidad disminuida en las estructuras óseas incluidas en el estudio, a valorar en el contexto de la

paciente. Callos de fractura costales izquierdos./ Se observa un colapso completo del cuerpo vertebral de T8, identificándose una pequeña masa de partes blandas que se extiende hacia la vertiente derecha del espacio perivertebral y que abomba hacia el canal vertebral, que se encuentra ligeramente disminuido de calibre y que también parece afectar a ambos pedículos./ Conclusiones del radiólogo: importante afectación parenquimatosa pulmonar alveolar difusa y bilateral con consolidación en el lóbulo inferior izquierdo, a valorar patología infecciosa del tipo bronconeumonía. Engrosamiento de la glándula pancreática con imágenes lineales hipodensas más marcadas a nivel de la cabeza que pudieran corresponder a líquido intersticial y abundante líquido peripancreático, así como líquido libre intraabdominal, lo cual pudiera corresponder a una pancreatitis aguda, aunque no podemos descartar laceración/contusión pancreática, dado el antecedente traumático reciente. Recomiendo valoración en el contexto analítico y exploración física./ En la analítica realizada se apreciaba mejoría de las cifras de función renal respecto al ingreso. Ácido láctico en el límite alto de la normalidad, hiperamilasemia (...) y lipasa elevada (...). Persiste la hiponatremia con Na de 119, realizándose el diagnóstico diferencial según guías de práctica clínica (...) con el resultado de pseudohiponatremia./ Ante estos hallazgos y la exploración clínica, confirmo el diagnóstico de bronconeumonía y se solicita consulta al S. de Digestivo que realiza punción guiada de líquido intraperitoneal, obteniéndose un líquido ambarino que se envía a laboratorio, descartándose hemorragia y peritonitis. Amilasa también elevada en el líquido ascítico./ Se realiza el diagnóstico diferencial etiológico de pancreatitis aguda asociada a la sepsis grave con bacteriemia por neumococo (...). Ante los hallazgos descritos se sospecha la presencia de una neoplasia hematológica tipo mieloma múltiple, por lo que se refuerza el tratamiento antibiótico como paciente inmunodeprimida. Todas las exploraciones descritas fueron realizadas al ingreso en Cuidados Intensivos, iniciándose medidas de soporte adecuadas./ La paciente es diagnosticada de sepsis con disfunción orgánica-sepsis grave (...), secundaria a neumonía adquirida en la comunidad, pancreatitis aguda idiopática y probable neoplasia hematológica tipo mieloma múltiple pendiente de

resultado de proteinograma enviado a laboratorio de rutina (no se realiza esta exploración en el S. de Urgencias)./ Se informa a familiares de la sospecha diagnóstica y de la necesidad de confirmación y mejoría de la sintomatología infecciosa para valorar otra actitud terapéutica diferente./ A pesar del tratamiento adecuado según recomendaciones (...), evolución a shock séptico con fracaso multiorgánico y *exitus letalis* el 13-06-2016./ Se realizó autopsia clínica pendiente de informe definitivo./ El diagnóstico de neumonía con sepsis y disfunción orgánica (sepsis grave) fue correcto y realizado al ingreso. Se instauraron medidas de tratamiento adecuadas (...), acorde a las guías de práctica clínica./ Ante los hallazgos abdominales se realizaron diagnósticos diferenciales que descartaron otro tipo de actitud terapéutica./ En la mala evolución influyó la presencia de una neoplasia hematológica tipo mieloma múltiple probablemente muy evolucionada de imposible tratamiento en el momento de ingreso en el hospital por la presencia de bacteriemia y de muy difícil diagnóstico y sospecha clínica”.

6. Mediante oficio de 10 de noviembre de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas traslada una copia de todo lo actuado a la correduría de seguros y solicita un informe pericial de la compañía aseguradora.

En este informe, elaborado el 13 de enero de 2017 colegiadamente por cuatro especialistas en Medicina Interna, se concluye que “la paciente falleció como consecuencia de un shock séptico y fracaso multiorgánico secundario a bronconeumonía neumocócica y pancreatitis aguda (...). Presentaba alteraciones óseas y una paraproteína IgG lambda, sugestivos de mieloma múltiple (...). Cuando acudió a Urgencias no tenía sepsis y esta apareció cuando ya estaba ingresada en la UCI, donde se trasladó por la aparición de desaturación y sensación de masa abdominal con grandes alteraciones en la TAC. La sepsis, shock séptico multiorgánico, aparecieron a pesar del tratamiento antibiótico adecuado que estaba recibiendo para la neumonía que motivó su ingreso en el hospital (...). Con los datos disponibles en Urgencias la paciente presentaba una neumonía con riesgo moderado-bajo, a pesar de lo

cual prudentemente se la ingresó en el hospital y recibió un tratamiento antibiótico correcto (...). No existía ninguna indicación de ingreso en UCI en ese momento. Cuando se decidió el ingreso en UCI no fue por la neumonía, sino por problemas asociados (...). El agente causal de la neumonía fue un neumococo. La vacuna antineumocócica no es efectiva en enfermos con mieloma múltiple porque no induce la producción de anticuerpos frente a un neumococo (...). La pancreatitis que presentó esta enferma no tenía ningún criterio de gravedad (la leucocitosis ya estaba presente antes de que apareciese la pancreatitis) y la evolución en la UCI fue favorable. Creemos que se trataba de una pancreatitis edematosa leve con una evolución favorable a pesar de la aparición del shock séptico que fue debido a la neumonía (...). Aunque la dorsolumbalgia que presentó era intensa, no tenía ninguna de las indicaciones para hacer radiografía ni resonancia magnética. A pesar (de) no ser necesaria la radiografía de columna dorsolumbar, cuando acudió a Urgencias se hizo esta exploración que, inicialmente y en consulta de Traumatología, se pensó que podría haber un acúñamiento del cuerpo de la 10.^a vértebra dorsal. Por este motivo se solicitó una resonancia magnética que confirmase el acúñamiento y, si lo tenía, la causa (...). La resonancia solicitada podía evidenciar cualquiera de las posibles causas de aplastamiento vertebral. Sin embargo, la paciente no acudió a realizar la resonancia a pesar de que se le citó en tres ocasiones, no acudiendo a ninguna de ellas (...). Después de la consulta en Traumatología en agosto de 2014 no hay nuevas consultas por lumbalgia y todo hace pensar que esta desapareció, ya que en consultas por otro motivo no hace referencia a este dolor. Posiblemente por ello renunció a hacer la resonancia (...). Creemos que el dolor que padeció dos años antes no era debido a afectación vertebral por un mieloma y el dudoso acúñamiento de D10 no existía. El aplastamiento de D8 pudo aparecer en cualquier momento en los dos años siguientes y el mieloma, si existía, en este tiempo fue asintomático (...). La pancreatitis no tenía ningún criterio de gravedad (la leucocitosis ya estaba presente antes de que apareciese la pancreatitis), y creemos que se trataba de una pancreatitis edematosa leve con una evolución favorable a pesar de la aparición del shock séptico que era debido a la neumonía (...). En ausencia de resultados de la autopsia es

imposible asegurar si esta paciente tenía un mieloma múltiple, ya que falta el criterio de la plasmocitosis, pero, si existía, no producía afectación orgánica sintomática, ya que solo presentaba lesión ósea que en ese momento no producía síntomas (...). Era imposible sospechar la existencia de un mieloma múltiple, si antes existía, en una enferma de 46 años sin datos de afectación general y en la que el dolor de columna había desaparecido espontáneamente (...). A la enferma se le hicieron las exploraciones indicadas en cada momento (...). Aun suponiendo que el diagnóstico de mieloma múltiple hubiese sido posible dos años antes, la evolución posterior hubiese sido la misma, ya que la causa de la muerte fue una infección. La supervivencia del mieloma múltiple se prolonga con el tratamiento pero no disminuye las muertes por infección, ya que el tratamiento favorece las infecciones al producir inmunodepresión añadida (...). No hay diferencia en la supervivencia ni en la respuesta (...) cuando el tratamiento se inicia precozmente o en estado avanzado (...). Creemos que la actuación seguida con esta paciente ha sido correcta y acorde a *lex artis ad hoc* (...). Al realizar este dictamen no hemos dispuesto del informe de la autopsia clínica realizada (a) esta paciente y cuyo resultado podría modificar algún aspecto de (...) estas conclusiones”.

7. Mediante escrito notificado a los reclamantes el 17 de febrero de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas les comunica la apertura del trámite de audiencia y vista del expediente por un plazo de quince días, adjuntándoles una relación de los documentos obrantes en el expediente.

Tras comparecer el esposo de la perjudicada en las dependencias administrativas el día 20 de febrero de 2017, se le hace entrega de un CD que contiene una copia de todo lo actuado hasta ese momento.

Con fecha 13 de marzo de 2017, los interesados presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que se ratifican en su reclamación inicial.

8. El día 23 de marzo de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial e Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, al considerar que la asistencia prestada a la paciente “fue acorde a la *lex artis*, realizándose las actuaciones diagnósticas y terapéuticas de acuerdo con la sintomatología que presentaba (...) en cada momento. Cuando la paciente consultó por dorsolumbalgia se le hicieron estudios radiológicos y se solicitó una RNM, no acudiendo esta a pesar de haber sido citada tres veces. Es imposible que a partir de una dorsolumbalgia en una paciente sana que luego remite se pueda llegar al diagnóstico de un mieloma múltiple. Aunque el diagnóstico se hubiese realizado 2 años antes la evolución posterior hubiese sido la misma, ya que falleció por infección. No hay diferencia en la supervivencia ni en la respuesta (...) cuando el tratamiento se inicia precozmente o en estadio avanzado”.

9. En este estado de tramitación, mediante escrito de 31 de marzo de 2017, 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, adjuntando a tal fin copia autenticada del mismo en soporte digital.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17,

apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

En el despacho de la presente consulta tomamos en consideración la entrada en vigor el día 2 de octubre de 2016 de las Leyes 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, y 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público. La disposición transitoria tercera de la Ley 39/2015, sobre régimen transitorio de los procedimientos -que carece de equivalente en la Ley 40/2015, salvo para los procedimientos de elaboración de normas en la Administración General del Estado-, determina que "A los procedimientos ya iniciados antes de la entrada en vigor de la Ley no les será de aplicación la misma, rigiéndose por la normativa anterior".

A estos efectos, en el supuesto analizado el procedimiento se inició mediante escrito presentado en el registro de la Administración del Principado de Asturias el día 2 de junio de 2016, lo que nos remite a la redacción entonces vigente de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), y al 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.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la LRJPAC, están los interesados activamente legitimados para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica, en tanto que marido e hijos de la fallecida, tal y como consta acreditado en el expediente, se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron. Asimismo, el padre puede actuar en nombre y representación de sus hijos menores de edad, de conformidad con lo establecido en el artículo 162 del Código Civil sobre representación legal de los hijos.

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 pretensión indemnizatoria se basa en los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de la esposa y madre, respectivamente, de los interesados, acaecido el día 13 de marzo de 2016, por lo que, presentada la reclamación con fecha 2 de junio de ese mismo año, 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 Responsabilidad Patrimonial.

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 el escrito de reclamación que da inicio al presente expediente, dirigido al Servicio de Salud del Principado de Asturias (ente dotado de personalidad jurídica propia, distinta a la del Principado de Asturias, tal y como recoge el artículo 5 de la Ley 1/1992, de 2 de julio, del Servicio de Salud del Principado de Asturias), cuenta con un registro de entrada en la Administración del Principado de Asturias; a pesar de ello, todo indica que aquel organismo lo trasladó a la Administración del Principado de Asturias mediante un oficio de remisión que se registra, a su vez, de salida y de entrada en la misma Administración, lo que resulta contrario a toda lógica. La confusión señalada alcanza nuevas cotas cuando se observa que, aunque la reclamación presentada cuenta con una validación mecánica que acredita como fecha de entrada en la Administración del Principado de Asturias el 2 de junio de 2016, el escrito dirigido a los interesados en cumplimiento del trámite previsto en el artículo 42, apartado 4, de la LRJPAC identifica como tal el día 9 del mismo mes

-que es la fecha de registro de entrada obrante en el oficio por el que el Servicio de Salud remite a dicha Administración la solicitud-.

Ante esta situación ya en ocasiones anteriores (entre otros, Dictámenes Núm. 141/2015 y 163/2015) hemos manifestado que cuando una reclamación de responsabilidad patrimonial se presentaba en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias la fecha de presentación interrumpía la prescripción, pero no determinaba el inicio del plazo para resolver, que quedaba diferido al momento de entrada de la misma en la Administración del Principado de Asturias, en su calidad de órgano competente para la tramitación, según dispone la estructura orgánica vigente (artículo 16 del Decreto 67/2015, de 13 de agosto, por el que se establece la Estructura Orgánica Básica de la Consejería de Sanidad, en redacción dada al mismo por el Decreto 8/2016, de 24 de febrero).

Por ello, reiteramos de nuevo a la Administración del Principado de Asturias y al Servicio de Salud del Principado de Asturias la necesidad de reconsiderar su sistema registral en esta materia a efectos de evitar las disfunciones apuntadas.

Asimismo, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 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.- Se somete a nuestra consideración un procedimiento de responsabilidad patrimonial en el que se solicita una indemnización como consecuencia del fallecimiento de la esposa y madre, respectivamente, de los reclamantes. Acreditado en el expediente el fallecimiento de esta, resulta

evidente que dicha pérdida ha originado en aquellos un daño real y efectivo de naturaleza moral.

Ahora bien, la mera constatación de un daño surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que el daño alegado tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo en anteriores dictámenes, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que eventualmente pueda sufrir el paciente con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados concretos.

Por tanto, para 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.

También ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de

la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

A los expresados efectos, en el presente supuesto nos encontramos con que los interesados a lo largo de la instrucción del procedimiento no han concretado, ni mucho menos argumentado, la existencia de ninguna mala praxis en la asistencia recibida por su familiar, ni en el periodo que va del 24 de abril de 2014 -fecha en la que, según señalan, se inicia el primer episodio asistencial que se cuestiona- al 6 de junio de 2014, ni en el posterior, que comienza el 26 de febrero de 2016 y desemboca en el desgraciado fallecimiento de aquella el día 13 de marzo siguiente.

Así las cosas, nos encontramos con que, sin argumentar ni tan siquiera una relación entre ambos episodios, los reclamantes se limitan a afirmar que “de los hechos relatados se deduce que a la vista de los síntomas y signos que presentaba la paciente no se hicieron los estudios médicos y pruebas diagnósticas necesarias para determinar las verdaderas dolencias que padecía”, añadiendo a continuación que, “a pesar del gran número de ocasiones en que acudió a las consultas médicas, no se estudió su caso en profundidad, y esta actuación negligente condujo al fallecimiento”.

Este inicial planteamiento de la reclamación, que dada su falta de concreción no pasa de ser una conjetura interesada, se ha mantenido inalterable a lo largo de la instrucción del procedimiento, y ello a pesar de que en el trámite de audiencia conocieron los diferentes informes incorporados al expediente por la Administración frente a la que reclaman, tras lo cual su única aportación ha quedado reducida a una lacónica ratificación del “escrito de reclamación inicial”.

Constatado que los interesados no han aportado al expediente ningún tipo de documento en forma de informe pericial que dé un mínimo soporte científico al cuestionamiento que hacen con respecto a la asistencia prestada a su familiar, de lo que se deriva una absoluta carencia de elemento probatorio alguno en orden al establecimiento del imprescindible nexo causal entre su fallecimiento y el funcionamiento del servicio público sanitario, la reclamación ha de ser desestimada.

A mayor abundamiento, el informe emitido a la vista de la historia clínica y de los informes de los diferentes servicios intervinientes por cuatro especialistas en Medicina Interna a instancias de la compañía aseguradora, único documento pericial puesto a disposición de este Consejo Consultivo y sobre el que debe formar su juicio, considera como acorde a la *lex artis ad hoc* la asistencia prestada a la paciente a lo largo de todo el episodio.

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.