

Expediente Núm. 117/2017  
Dictamen Núm. 197/2017

**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 13 de julio 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 22 de marzo de 2017 -registrada de entrada el día 29 del mismo mes-, 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 esposo que atribuye a una desatención en el tratamiento de un proceso neumónico.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** El día 2 de enero de 2016, la interesada presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños derivados de lo que considera una deficiente asistencia prestada por parte del servicio público sanitario a su marido, a la que atribuye su fallecimiento.

Refiere que el día 21 de diciembre de 2014 su esposo ingresa en el Hospital ..... “*a priori* por una neumonía neumocócica”, permaneciendo en la UCI “hasta el día 26 de diciembre en que es trasladado a planta de Neumología”. Manifiesta que “desde el traslado evoluciona desfavorablemente, presentando un cuadro clínico diarreico con dolor abdominal y vómitos, sin que durante más de tres días nadie solicite la presencia de especialistas de Digestivo, mientras la evolución es hacia un deterioro cognitivo y hemodinámico, de tal manera que (...) permaneció en la planta de Neumología atendido (...) por facultativos MIR sin ser trasladado en ningún momento, no ya a la UCI, como sería lo pertinente dado el cuadro clínico del paciente, sino a la planta de Digestivo, dado que todas las dolencias eran indiciarias y sugestivas, tanto por los antecedentes cuanto por la clínica que desarrolla en el hospital, de tratamiento especializado ajeno totalmente a la de Neumología, donde permaneció injustificadamente ingresado y desatendido”.

Pone de relieve que “ni siquiera la insistencia de la familia facilita traslado alguno a (la) planta de Digestivo, por lo que su situación clínica debe ser abordada en una planta carente de medios y personal especializado para las descritas dolencias. El paciente, ante la descompensación hidrópica, le deben ser drenados 2 litros de líquido ascítico (posteriormente se drenarán 6 litros), sin que conste en la historia prueba alguna para valorar si en dicho líquido ascítico existe una reacción inflamatoria mediante el control del número de glóbulos blancos que pudieran indicar inflamación aguda -polimorfonucleares (...)- en el líquido ascítico. No obstante, se descarta peritonitis bacteriana espontánea al reseñar que el líquido evacuado ‘no es sugestivo de PBE’./ Ante lo infructuoso de la gastroscopia, que no puede completarse, y con solo una eco abdominal, no se decide realizar prueba complementaria alguna, bien colonoscopia para biopsia, TAC abdominal (...) etc.; no obstante, las evidencias del alarmante deterioro de un paciente con antecedentes de cirrosis, con la constatación de una ileítis por hipoperfusión secundario a la RCP avanzada de que fue objeto por la parada

cardiorrespiratoria consecuencia de la mala praxis en las pruebas diagnósticas realizadas, así como la omisión de las que debiendo realizarse no lo fueron pese a la clínica tan sugestiva y la consecuente sepsis que devino en el fallecimiento”.

Considera que la “clínica” de su esposo “era absolutamente evidente. El dolor abdominal en paciente con cirrosis descompensada, disminución del volumen de hígado cuyo daño hepático desencadena la ascitis (entre cuyas complicaciones está la PBE), cuadro de diarreas, vómitos, dolor abdominal, fallo con sustitución renal, ileítis por hipoperfusión, PBE no valorada y descartada apriorísticamente por el hecho de venir administrándole Cefotaxima por la neumonía, desembocando todo ello a la postre en un cuadro infeccioso con una parada cardiorrespiratoria por fallo multiorgánico, habiendo entrado en parada cardíaca al intentar introducir una sonda nasogástrica, lo que induce a incrementar la mala praxis llevada a cabo”.

Sostiene que el ingreso de su marido “y las causas del mismo no justifican la posterior evolución y la absoluta desatención de que fue objeto, irrogándole un dolor y sufrimiento que no tenía obligación de soportar”.

Cuantifica la indemnización que solicita en “ciento cincuenta mil euros (150.000 €), más los intereses legales que se hubieren devengado, atendiendo a la edad del fallecido, profesión de funcionario, expectativas de vida y correlativa retribución a percibir”.

Propone la práctica de prueba documental, mediante la unión al expediente de la historia clínica del fallecido, y pericial, “a fin de que por perito designado por la reclamante y a la vista de la documentación que obre por cualquier medio en este expediente de responsabilidad patrimonial se redacte informe respecto de las causas del ingreso de mi marido, evolución, cuadro clínico, diagnóstico médico y posibles causas del fallecimiento, indicando si por el centro hospitalario se realizaron todas las pruebas pertinentes para descartar dolencias no diagnosticadas y que resultaban de posible evidencia ante el

cuadro clínico del paciente. Y si el fallecimiento, en consecuencia, se debió a mala praxis y/o error de los servicios sanitarios”.

Adjunta copia de la inscripción del matrimonio en el Registro Civil.

**2.** Mediante oficio de 19 de febrero de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas notifica a la perjudicada la fecha de recepción de su reclamación en el referido Servicio, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

**3.** Con fecha 24 de febrero de 2016, el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios designado al efecto comunica a la Gerencia del Área Sanitaria IV la presentación de la reclamación y solicita una copia de la historia clínica del paciente, junto con un informe de “los servicios intervinientes (UCI, Neumología y Aparato Digestivo)” sobre el contenido de aquella.

**4.** Con la misma fecha, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas acuerda “acceder a la realización” de las pruebas propuestas por la interesada, significando que esta podrá, “con motivo del trámite de audiencia”, presentar cuantos informes y dictámenes periciales estime conveniente. El acuerdo se notifica a la interesada el 9 marzo de 2016.

**5.** Mediante oficios de 3, 9, 14 y 22 de marzo de 2016, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV envía al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia de la historia clínica del paciente y los informes librados por el Director del Área de Gestión Clínica del Pulmón ..... y por el Jefe de la Sección de Medicina Intensiva y el Jefe del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital .....

El Director del Área de Gestión Clínica del Pulmón ..... informa, con fecha 8 de marzo de 2016, que el paciente fue “trasladado a planta de Neumología

desde UVI (26-12-2014 a las 20:25 horas). Atendido por el médico adjunto de planta, con los diagnósticos de neumonía neumocócica y cirrosis hepática descompensada. Se cursó aviso en el mismo momento al Servicio de Digestivo para valoración y ajuste del tratamiento. El paciente se hallaba estable y se siguió el procedimiento habitual de traslado de UVI a la planta de hospitalización; en este caso de Neumología, dado el diagnóstico principal de neumonía./ El paciente había acudido el día 21-12-2014 al Servicio de Urgencias, desde donde se cursó consulta al equipo de guardia de Neumología. El diagnóstico neumológico fue de neumonía bilobar derecha e insuficiencia respiratoria. Dada la situación febril, hipotensión y estado general grave, se solicitó el ingreso en UVI, como así ocurrió./ La evolución clínica recogida en el día 27-12-2014 fue satisfactoria, especialmente después de haber realizado una paracentesis evacuadora. El paciente estaba afebril e iniciaba deambulación. Persistían algunos crepitantes debidos a la neumonía y la saturación de oxihemoglobina era del 97 %./ Una nota de interconsulta del Servicio de Digestivo de fecha 1-1-2015 describe estabilidad en la patología hepática, realiza una actualización del tratamiento para la misma, queda pendiente del resultado de un coprocultivo, dada la existencia de deposiciones diarreicas, y realiza previsiones de revisión ambulatoria al alta./ El día 2-1-2015 es atendido por el médico de planta de Neumología, dada la evolución de su estado general. Solicita una ecografía abdominal, hemograma y bioquímica urgentes y nueva consulta al Servicio de Digestivo. El curso clínico del día 3-1-2015 informa de la presencia de vómitos en poso de café y, siguiendo las indicaciones del Servicio de Digestivo, se pauta Somastatina y Omeprazol. Se deja constancia del resultado de la ecografía y, en especial, del acúmulo de líquido abdominal./ El día 4-1-2015 se realizó gastroscopia urgente que no pudo completarse por riesgo de broncoaspiración y posteriormente, ya en planta, presenta parada cardiorrespiratoria de la que se recuperó tras 12 minutos de maniobras de resucitación. En el proceso de intubación se describe que no existía contenido orofaríngeo. El paciente ingresó de nuevo en UCI con soporte

hemodinámico y sedación. El día 5-1-2015 se informa de mala evolución clínica y fallece a las 15:50 horas, probablemente por fallo multiorgánico tras la parada cardiorrespiratoria del día anterior./ En resumen, se trata de un paciente de 57 años diagnosticado de cirrosis hepática, HTA y dislipemia, controlado habitualmente en el Servicio de Digestivo y que presentó neumonía neumocócica grave, por la que ingresó en UVI y posteriormente fue trasladado a la planta de Neumología. En el transcurso de su ingreso presentó complicaciones de hepatopatía crónica que concluyeron en la evolución definitiva del proceso./ El paciente fue en todo momento atendido por los servicios hospitalarios implicados, se siguieron los protocolos establecidos en cuanto a ingresos y traslados, fue visto por los médicos adjuntos responsables y se cursaron las interconsultas necesarias. Las complicaciones acaecidas deben ser mayormente atribuidas a la gravedad de la patología hepática previa y a la propiamente intrínseca de la neumonía neumocócica”.

En el informe del Jefe de la Sección de Medicina Intensiva, fechado el 10 de marzo de 2015, se expresa que “el paciente ingresó en UCI (...) tras la reanimación de una parada cardíaca (actividad eléctrica sin pulso) de 12 minutos de duración./ Presentó una mala evolución durante su estancia en UCI, con necesidades crecientes de fármacos vasoactivos, anuria, deterioro de la función hepática y acidosis metabólica grave. Este contexto de fallo multiorgánico, asociado a la situación basal del paciente, se asocia a una elevada mortalidad./ Vista la evolución de las pruebas de función hepática, resulta plausible que la mala situación basal del paciente se viera agravada por la isquemia hepática durante el periodo de parada cardíaca previo y que eso acelerase la progresión del fallo multiorgánico./ Desgraciadamente, el paciente no respondió a las medidas de soporte vital instauradas en la UCI y falleció en la tarde del día 5 de enero de 2015./ De los hallazgos obtenidos durante su estancia en UCI no puede hacerse una determinación clara de la causa de la parada cardiorrespiratoria. La hipótesis barajada (broncoaspiración) parece plausible como desencadenante, aunque posteriormente se mejoró el

intercambio gaseoso mediante ventilación mecánica. Como se ha comentado anteriormente, el deterioro progresivo de su función hepática ya alterada a nivel basal (cirrosis diagnosticada en 2009) puede haber jugado un papel crucial en la mala evolución del paciente”.

En el informe del Jefe del Servicio de Aparato Digestivo, de fecha 18 de marzo de 2016, “se hace constar el desacuerdo con diversas afirmaciones contenidas en la (reclamación) y que pretenden fundamentar la existencia de unos daños y una supuesta defectuosa asistencia sanitaria que en modo alguno se produjo”. Señala que se trataba de un paciente que “ingresó en el hospital por un cuadro de neumonía neumocócica, precisando atención en el Servicio de Vigilancia Intensiva, desde donde se produjo el alta a la planta de hospitalización de Neumología; hecho que se considera adecuado y correcto en base al diagnóstico de partida, y, si bien es cierto que el paciente presentaba comorbilidades relevantes desde el punto de vista digestivo, nada hace presuponer que el alta a la planta de hospitalización de nuestro Servicio hubiera procurado una mejor atención del proceso clínico”. Rechaza que haya permanecido “en la planta de Neumología `injustificadamente ingresado y desatendido´; antes al contrario, se le procuró una atención específica, tanto por los facultativos del Servicio de Neumología como por los del Servicio de Aparato Digestivo, con constancia en el curso clínico de varias evaluaciones asistenciales entre los días 29 de diciembre de 2014 y 4 de enero de 2015”. Significa que “por parte de la reclamante se hacen constar *a posteriori* indicaciones médicas de exploraciones que, a (...) su juicio y entender, deberían haber sido efectuadas, las cuales incluyen toda una batería diagnóstica que incluso *a posteriori* no encuentra ningún tipo de justificación en las circunstancias asistenciales del paciente, tal como una colonoscopia para biopsia, debiendo sorprender la facilidad con la que la reclamante habla de que `la clínica de mi marido era absolutamente evidente´, incluyendo como relevante a su juicio un cuadro de `ileítis por hipoperfusión´, achacando la sepsis a una supuesta cobertura antibiótica inadecuada o demostrando un

supuesto, pero erróneo, conocimiento del abordaje respecto a la forma de proceder a un correcto diagnóstico de peritonitis bacteriana espontánea en este paciente, que efectivamente con carácter general debe basarse en un cultivo de líquido ascítico pero cuyo resultado se demora por la propia espera para el crecimiento de los gérmenes, dificultado en quienes, como en este caso, ya se encontraban bajo cobertura antibiótica previa por su neumonía neumocócica, debiendo recurrir a parámetros de análisis bioquímico del líquido ascítico cuya disponibilidad es cuasi-inmediata y llegando finalmente a establecer una relación causal entre la parada cardíaca sobrevenida y la introducción de una sonda nasogástrica; asociación carente de todo fundamento y rigor científico. Hechos y afirmaciones todas ellas dirigidas a achacar el fallecimiento del paciente a una supuesta desatención y atención negligente que en modo alguno se produjo; antes al contrario, la actuación fue en todo momento conforme a la *lex artis*, con una justa proporcionalidad entre los recursos asistenciales utilizados y sus beneficios terapéuticos, tratándose al paciente adecuadamente con cobertura antibiótica, y entendiéndose que no procede entrar a una discusión *a posteriori* sobre cada procedimiento médico que fue aplicado en cada momento asistencial, sino que fue la propia condición de deterioro basal previo del paciente, unido a infecciones sobrevenidas, las que derivaron en un cuadro de sepsis y fracaso multiorgánico que condujeron al fallecimiento (...), sin que nada pueda fundamentar un trato incorrecto, inadecuado y en modo alguno negligente o ni siquiera descuidado”.

**6.** Mediante oficio de 14 de abril de 2016, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios remite el expediente completo a la correduría de seguros “a fin de que se recabe e incorpore al mismo el dictamen pericial de la compañía aseguradora”.

**7.** Con fecha 14 de septiembre de 2016, y a instancia de la entidad aseguradora, emiten informe dos especialistas en Aparato Digestivo. En él

señalan que el paciente "presentaba importantes comorbilidades, tanto a nivel respiratorio como a nivel hepático, ya que estaba diagnosticado de una cirrosis hepática de origen enólico. La cirrosis hepática es una enfermedad incurable, crónica, avanzada del hígado con riesgo de muerte a corto plazo una vez que aparecen descompensaciones (el paciente había sufrido ya episodios previos de descompensación hidrópica y hemorragia digestiva), y que predispone a la aparición de múltiples complicaciones, tanto generales como a nivel hepático./ Las infecciones del paciente cirrótico son una complicación bien descrita de la enfermedad, constituyendo la principal causa de muerte en esta población. Se estima que más del 25 % de las muertes en pacientes cirróticos son consecuencia de una infección bacteriana. Cuanto más avanzada esté la enfermedad hepática mayor es la probabilidad de una complicación infecciosa y su mortalidad asociada./ El 26 de diciembre, tras 7 días de ingreso en UCI, el paciente es trasladado a planta del Servicio de Neumología para continuar tratamiento de su proceso respiratorio, y se cursa interconsulta a Servicio de Digestivo para valoración y seguimiento de su enfermedad hepática. El paciente, por tanto, es trasladado al Servicio especializado en el proceso agudo que (...) ha sido el origen de su mal estado clínico (neumonía), pero además se solicita seguimiento por parte de especialistas en (...) Aparato Digestivo, ya que en probable relación con su cuadro respiratorio (...) sufre una descompensación de su enfermedad hepática de base./ Durante su estancia en planta de Neumología (...) no presenta incidencias desde el punto de vista de su cuadro respiratorio, pero es valorado por Digestivo por presencia de dolor abdominal y diarrea sin productos patológicos. Se ajusta tratamiento para su descompensación hidrópica, se realiza estudio de líquido ascítico, eco abdominal y se solicitan batería de coprocultivos. Tal y como consta en la historia clínica revisada (...), el paciente (...) fue valorado en diversas ocasiones por especialistas en Aparato Digestivo, a los que se interconsultó desde el Servicio de Neumología e indicaron tratamientos en función de la clínica del paciente./ El día 3 de enero (...) presenta un cuadro de vómitos oscuros, sin

clara evidencia de anemización, por lo que se decide la realización de endoscopia digestiva urgente, que no puede ser completa por la presencia de abundante reflujo alimentario y fecaloideo con el consiguiente riesgo de broncoaspiración./ En todo paciente diagnosticado de cirrosis hepática y antecedentes de hemorragia digestiva la presencia de vómitos `oscuros´ debe hacer sospechar siempre como primera posibilidad la presencia de restos hemáticos en el tubo digestivo secundarios a una hemorragia digestiva./ La endoscopia digestiva alta es la técnica diagnóstica de elección, ya que permite reconocer la causa de la hemorragia en el 95 % de los casos, permite la realización de maniobras hemostáticas y proporciona información de valor pronóstico sobre el riesgo de resangrado (...). En el caso de (que se trata) la exploración endoscópica no pudo ser completada por la existencia de abundante contenido gástrico que impide la completa valoración del tracto intestinal, y además implica un alto riesgo de paso del contenido digestivo al tracto respiratorio (broncoaspiración). En este sentido, además se debe prevenir la posible broncoaspiración del contenido gástrico mediante (sonda nasogástrica) con el fin de facilitar su evacuación, y en el caso de íleo intestinal favorecer la motilidad digestiva./ A su llegada a planta, tras la colocación de (sonda nasogástrica), el paciente presenta nuevo episodio de vómitos y parada cardiorrespiratoria, por lo que se solicita reanimación avanzada e ingresa en UCI. El resultado de las pruebas complementarias de imagen, realizadas *a posteriori*, hicieron sospechar la presencia de una posible ileítis y deterioro de la función hepática de probable origen isquémico (...). La revisión exhaustiva de la historia clínica facilitada (...) permite inferir que la actuación del personal sanitario del Servicio de Salud del Principado de Asturias se adecuó en todo momento a la *lex artis ad hoc*”.

**8.** Mediante escrito notificado a la reclamante el 5 de diciembre de 2016, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios 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.

Consta en él que el 15 de diciembre de 2016 la interesada lo examina y obtiene una copia del mismo.

**9.** En fecha que no consta por resultar ilegible el sello, la reclamante presenta un escrito de alegaciones en el registro de la Administración del Principado de Asturias. En él reitera lo señalado en su escrito inicial y manifiesta que “el día 2 de enero, según se desprende (de) los informes, fue valorado por dolor cólico y diarrea, objetivándose abundante ascitis ecográfica, y tras una paracentesis por presentar 4.726 leucos (97 % PMN) se le diagnostica de peritonitis bacteriana espontánea. Esta circunstancia es conocida ahora tras la petición de la historia clínica, pero en ningún momento fue comunicado al paciente ni a la familia tal diagnóstico ni el tratamiento de que fue objeto. Resulta cuanto menos increíble que en informe de ese mismo día” conste “(02-01-2015, 01:03) (...): nos solicitan valoración por dolor abdominal (...), abdomen con ascitis (...), y tampoco se sospecha PBE (...), no requiere seguimiento por nuestra parte en el momento actual”.

Subraya que “así permaneció (...) con grandes dolores hasta que el día tres de enero de 2015 (...) presentó vómitos fecaloides, lo que llevó por fin a la decisión médica de realizar una gastroscopia, con sedación, que no pudo completarse por riesgo de broncoaspiración./ Ante lo infructuoso de la gastroscopia que no puede completarse, y con solo una eco abdominal, no se decide realizar prueba complementaria alguna, bien colonoscopia para biopsia, TAC abdominal (...), etc. Todo lo contrario, la decisión fue retornar a planta donde ya sin sedación se intentó ponerle una sonda nasogástrica que terminó en una parada cardiorrespiratoria del paciente./ Llama la atención cómo en los informes existentes en la historia clínica, concretamente en el del Servicio de Digestivo, se manifiesta que ‘se realiza gastroscopia urgente que no puede completarse por riesgo de broncoaspiración’ y curiosamente la decisión fue

llevarlo a planta a ponerle la sonda cuando los efectos de la sedación ya habían pasado y había un riesgo importante de broncoaspiración, como el mismo Servicio indica. De hecho, las últimas palabras oídas al paciente fue quejarse del daño que le estaban haciendo. Y por otra parte, en informe de (...) 4-1-2015, 15:20 horas, se señala" que "el motivo de la PCR no queda aclarado, si al ponerle la (sonda nasogástrica) se puso vómito además de vomitar y broncoaspirar. Ni está aclarado el cuadro de las diarreas y dolor abdominal de los días previos".

Entiende la perjudicada que "si el paciente había sido llevado a realizar una endoscopia con sedación, bien se pudo intentar poner la sonda nasogástrica en este estado sin inferirle mayor sufrimiento (...), o bien directamente llevarlo a la UCI dado el deterioro progresivo que venía padeciendo. Por el contrario, se decidió llevarlo a planta de Neumología, donde acto seguido entró en parada y empezó con el deterioro que condujo a la muerte (...). Y ello no obstante las evidencias del alarmante deterioro de un paciente con antecedentes de cirrosis, con la constatación de una ileítis por hipoperfusión secundaria a la RCP avanzada de que fue objeto por la parada cardiorrespiratoria consecuencia de la mala praxis en las pruebas diagnósticas realizadas, así como la omisión de las que debiendo realizarse no lo fueron pese a la clínica tan sugestiva y la consecuente sepsis que devino en el fallecimiento".

Considera que los informes que concluyen que no hubo mala praxis en la atención al paciente incurren en "contradicciones que se derivan tanto de ellos como de la historia clínica del fallecido". Refiere que "el paciente pasaba controles semestrales, siendo el último visto en consulta en fecha 17 de diciembre de 2014, donde se le informó que su situación permanecía estable desde las anteriores revisiones (se puede comprobar en su historia clínica), con ausencia de ascitis, sin lesiones ocupantes de espacio hepáticas y función renal normal. Esto ocurrió solo 4 días antes de su ingreso hospitalario el día 21 de diciembre de 2014. Esta situación se mantenía el día del ingreso (...). Tras su

ingreso y estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos se le da el alta pasando a la planta de Neumología, figurando en el informe de alta en dicha Unidad la necesidad de que al paciente se le hiciera seguimiento desde el Servicio de Digestivo./ Desde el traslado evoluciona desfavorablemente, presentando un cuadro clínico diarreico con dolor abdominal y vómitos, sin que durante más de tres días nadie solicite la presencia de especialistas de Digestivo, mientras la evolución es hacia un deterioro cognitivo y hemodinámico, de tal manera que mi marido permaneció en la planta de Neumología atendido por facultativos MIR sin ser trasladado en ningún momento, no ya a la UCI, como sería lo pertinente dado el cuadro clínico del paciente, sino a la planta de Digestivo, dado que todas las dolencias eran indiciarias y sugestivas, tanto por los antecedentes cuanto por la clínica desarrollada en el hospital, de tratamiento especializado ajeno totalmente a la de Neumología donde permaneció. Como se puede comprobar en la historia clínica (...), la atención al mismo no fue de seguimiento ordinario, como se dispuso desde la UCI, sino que solo acudieron a verlo ante los continuos dolores abdominales sufridos y a petición de los familiares allí presentes. Se puede observar cómo en los informes se habla de interconsulta a Digestivo siempre vía telefónica, recetándose por este medio diversos analgésicos (...), sin que más que dos doctoras MIR se personaran ante la insistencia del enfermo y su familia. Tampoco en las visitas del médico a (la) planta en los escasos días en que acudió se hizo por especialista alguno de Digestivo, sino por el que correspondiera de Neumología”.

Insiste en que se actuó con mala praxis en la atención al paciente “a pesar de que el (Jefe del Servicio de Aparato Digestivo) quiera dejar patente la ignorancia médica de quien reclama. Se ha puesto de manifiesto la desatención que tuvo lugar por parte del Servicio de Digestivo, corroborado en los propios informes del centro (consultas telefónicas, órdenes verbales, comunicación a MG, etc.). Manifiesta dicho doctor que la petición de pruebas diagnósticas no tiene ningún tipo de justificación en las circunstancias asistenciales del paciente. Es chocante esta declaración cuando desde el ingreso en planta la

situación del paciente fue deteriorándose día a día, sufriendo gran dolor que fue tratado con analgésicos, cuando ningún médico, aparte de dos doctoras MIR de ese Servicio que según consta (...) dijeron no requería ningún seguimiento por su parte, se presentó a ver al paciente; es curioso que se informe que no hubo ninguna relación entre la parada cardíaca y la introducción de una sonda cuando minutos antes se había intentado una gastroscopia que no pudo completarse. Y sí, es cierto que quien reclama no tiene conocimientos médicos, pero los informes de la historia clínica terminan dándole la razón: se sospechaba una peritonitis, como así quedó constatado que ocurrió, a pesar de que en ningún momento ni el paciente ni su familia fueron informados de ese hecho. Critica abiertamente que la reclamante incluye como relevante a su juicio un cuadro de ileítis por hipoperfusión, y así se corrobora en el informe” de (4-1-2005, 03:03) (sonda nasogástrica) hasta resolución de íleo./ Y en fin concluye el (Jefe del Servicio de Aparato Digestivo) que la evolución del paciente fue debida en todo caso a su patología previa./ Pues bien, seguimos sin estar de acuerdo con estas manifestaciones. Recordemos que el paciente venía estando estable desde hacía unos años, y que incluso lo estaba en la revisión efectuada cuatro días antes de su ingreso. Y que desde el día 26 de diciembre de 2014, en que (...) pasó a planta y empezó con la ascitis (ese día evacuaron 2 litros) hasta el 2 de enero de 2015 no fue visto por el personal del Servicio de Digestivo, a pesar del deterioro y dolores sufridos (...). Señalar también que durante estos días, según consta en los informes, el paciente presenta un cuadro de diarreas, pautándose dieta astringente. Dicha dieta consistía en carne asada, crema de nécoras y puré de fabes pintas en la cena, o peras al vino, entre otros, lo que no parece muy adecuado en una dieta de este tipo. Dicho dato puede corroborarse con la petición al servicio correspondiente de las comidas dadas al paciente en los días en que persistió el cuadro diarreico”.

Finalmente, insta a “que se soliciten los informes complementarios necesarios para corroborar todo lo manifestado, y en concreto se especifiquen

los siguientes puntos ya solicitados al Servicio de Atención al Paciente en fecha 13 de abril de 2016 y no contestados:/ Número de visitas presenciales realizadas en planta por el personal del Servicio de Digestivo al paciente con identificación de los facultativos asistentes./ Aclaración sobre el informe de fecha 2 de enero de 2015 que detalla ‘no mayor aumento de perímetro abdominal’ en relación a la prueba realizada en esa misma fecha: doppler abdominal sin lateralidad que indica: llama la atención la cantidad de líquido que se distribuye a nivel perihepático’./ Informe de por qué el paciente no requería seguimiento por parte de Digestivo cuando desde la UCI así se recomendó y según informes presentaba una ascitis importante./ Detalle de la dieta pautada durante los días en que el paciente sufrió vómitos y diarreas./ Criterio seguido para poner una (sonda nasogástrica) al paciente una vez despierto tras una gastroscopia que no pudo culminarse y tras la cual entró en parada, con especificación de las causas de esta”.

**10.** El día 4 de enero de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas traslada a la compañía aseguradora una copia de las alegaciones presentadas.

**11.** Con fecha 6 de febrero de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas acuerda denegar la práctica de todas las pruebas propuestas por la interesada en el escrito de alegaciones por los motivos que detalla, lo que se le comunica el 8 de marzo de 2017.

Respecto al “número de visitas presenciales realizadas en planta” y la identificación de los facultativos asistentes, se deniega su práctica, “ya que constan en la historia clínica las visitas y consultas realizadas, no habiendo acreditado la reclamante la trascendencia clínica de esta solicitud. Dado que el procedimiento de responsabilidad patrimonial se dirige hacia la Administración pública sanitaria en su conjunto, no resulta necesario el conocimiento individualizado de las personas intervinientes”.

En cuanto a la aclaración sobre la incidencia en el perímetro abdominal de la acumulación de líquido, también se deniega, pues “un aumento del líquido perihepático no tiene por qué conllevar necesariamente un aumento del perímetro abdominal”.

Por lo que se refiere al informe relativo a por qué el paciente no necesitaba seguimiento por el Servicio de Digestivo, se deniega, pues “el principal motivo de ingreso en UCI es su proceso respiratorio. Además la reclamante no acredita la trascendencia clínica de este dato”.

De igual modo se rechaza la solicitud de que se aporten los menús suministrados al paciente durante el ingreso, puesto que “la reclamante no acredita su relación con el fallecimiento del paciente”, y la referente a los motivos de indicación de la sonda nasogástrica, dado que “ya consta en el expediente el motivo (...) (prevención de la broncoaspiración y favorecer la motilidad intestinal). También consta en el expediente la posible (no se realizó necropsia) causa de la parada cardiorrespiratoria (posible broncoaspiración)”.

**12.** El día 14 de marzo de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. Tras relatar los antecedentes del caso y reseñar la documentación obrante en el expediente, afirma que “la asistencia prestada fue correcta y adecuada a la *lex artis*. La decisión de trasladar al paciente desde la UCI a la planta de Neumología fue correcta, dado el diagnóstico principal de neumonía. En el momento del traslado se solicitó interconsulta al Servicio de Digestivo para valoración y ajuste del tratamiento. La evolución fue en principio satisfactoria, con estabilidad de la patología hepática. El fatal desenlace se produjo por el deterioro basal previo del paciente, unido a infecciones sobrevenidas, las que derivaron en un cuadro de sepsis y fracaso multiorgánico, sin que guarde relación el mismo con una supuesta deficiente asistencia”.

Por ello, entiende que “no queda acreditado el nexo causal entre el funcionamiento del servicio sanitario público y los daños alegados”.

**13.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 22 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, 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.

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 reclamación de la interesada registrada en la Administración del Principado de Asturias con fecha 2 de enero 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, está la interesada activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado 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 2 de enero de 2016, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -el fallecimiento de su esposo- el día 5 de enero de 2015, 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 Responsabilidad Patrimonial.

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, 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.-** La interesada solicita una indemnización por los daños sufridos como consecuencia del fallecimiento de su marido que imputa al funcionamiento anormal del servicio público sanitario.

A la vista de la documentación obrante en el expediente resulta acreditado el óbito por el que se reclama, por lo que hemos de presumir el daño moral que ello supone, dejando por el momento al margen la cuestión relativa a cuál deba ser su valoración económica, lo que solo abordaremos de

concurrir el resto de requisitos necesarios para hacer surgir la responsabilidad patrimonial de la Administración.

Ahora bien, la mera constatación de un daño real, efectivo, individualizado, evaluable económicamente y 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 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*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados favorables en relación con la salud del paciente.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por la reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del

enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

Este criterio opera no solo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que el paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho no a un resultado, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que un hipotético defectuoso diagnóstico ni el error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes. Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña *per se* una vulneración de la *lex artis*.

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 los hechos en los que funda su pretensión, así como de probar 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.

Reprocha la perjudicada al servicio público una "absoluta desatención" de su esposo durante el tiempo en que permaneció ingresado en el Servicio de Neumología del Hospital ..... con motivo de su última enfermedad. Afirma que durante dicho ingreso su tratamiento se abordó "en una planta carente de medios y personal especializado" para las dolencias que presentaba, en la que el paciente evolucionó desfavorablemente "presentando un cuadro clínico diarreico con dolor abdominal y vómitos, sin que durante más de tres días nadie solicite la presencia de especialistas de Digestivo". En el escrito de alegaciones

presentado durante la sustanciación del trámite de audiencia concreta que “desde el día 26 de diciembre de 2014, en que (...) pasó a planta y empezó con la ascitis (ese día evacuaron 2 litros) hasta el 2 de enero de 2015 no fue visto por el personal del Servicio de Digestivo”. Recrimina la falta de “seguimiento ordinario” del paciente por parte de dicho Servicio, como había recomendado el de Medicina Intensiva, pues “en los informes se habla de interconsulta a Digestivo siempre vía telefónica, recetándose por este medio diversos analgésicos”, significando que “solo acudieron a verlo ante los continuos dolores abdominales (...) y a petición de los familiares allí presentes”. Entiende que el paciente debería haberse trasladado a la planta de Digestivo, y considera que no se realizaron las pruebas precisas para el diagnóstico de la clínica “tan sugestiva” o “evidente” que presentaba, lo que condujo al desarrollo de un “cuadro infeccioso con una parada cardiorrespiratoria por fallo multiorgánico, habiendo entrado en parada cardíaca al intentar introducir una sonda nasogástrica, lo que induce a incrementar la mala praxis llevada a cabo”.

En el caso que analizamos la interesada, pese a haber anunciado la aportación de una prueba pericial en el escrito inicial de reclamación, finalmente no la ha traído al procedimiento, por lo que nuestro enjuiciamiento acerca de la regularidad del quehacer médico ha de basarse en el análisis de las anotaciones que figuran en la historia clínica y la consideración de los criterios técnicos contenidos en los informes obrantes en el expediente, todos los cuales proceden de la Administración y de su compañía aseguradora.

Así las cosas, nos encontramos con que el paciente acude al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Central de Asturias el día 21 de diciembre de 2014, a las 16:01 horas, por presentar, según consta en el informe de alta del Servicio de Medicina Intensiva, “fiebre de hasta 39 °C de cinco días de evolución acompañado de disnea de mínimos esfuerzos, tos improductiva y deposiciones líquidas las últimas 48 horas”. Una vez en Urgencias, según consta en el mismo informe, “es valorado por Neumología, quienes objetivan hipotensión arterial, hipoxemia, hipocapnia, desaturación que remonta con

Ventimask 35 % y aumento de reactantes en fase aguda. En radiografía de tórax se observa infiltrado en lóbulo inferior y medio derechos. Nos solicitan valoración y se decide ingreso en UCI. Ag neumococo positivo en orina". Entre los antecedentes del paciente, de los que se deja constancia, se encuentran "cirrosis etílica diagnosticada en 2009. Ingreso en junio 2010 por HDA secundaria a varices esofágicas tratado con ligadura de bandas y sumial. Ascitis en 2009", anotándose en el apartado "evolución y comentarios" del informe de traslado "neumonía neumocócica en paciente con hepatopatía crónica (cirrosis + varices + ascitis), en el que se inició tratamiento con Azitromicina y Cefotaxima presentando buena evolución (...) desde el punto de vista respiratorio y hemodinámico. Destacando aumento de perímetro abdominal y signos de ascitis a la exploración, por lo que se aumentan los diuréticos. Es alta a planta de hospitalización del S. de Neumología, recomendándose solicitar consulta para seguimiento por el S. de Digestivo".

El traslado se produce el día 26 de diciembre de 2014, según figura en la correspondiente anotación de la hoja de curso clínico hospitalario, a la que se incorporan los antecedentes del paciente, su tratamiento habitual y su situación actual desde el punto de vista respiratorio y también digestivo, reseñándose "abdomen: peristalsis (+), distendido, poco depresible, doloroso a la palpación, signos de ascitis. EEII: edemas con fóvea hasta rodillas bilaterales. ID: neumonía neumocócica. Cirrosis hepática descompensada. Plan: avisamos al S.º de Digestivo para valoración de paracentesis y ajuste de medicación. Mantenemos antibiótico, diuréticos, solicito control radiológico para mañana" (folio 123 de la historia Millennium).

El paciente es visto por el Servicio de Digestivo ese mismo día 26, según evidencia la anotación correspondiente de la hoja de curso clínico de enfermería "(26-12-2014, 21:39): viene Digestivo a verlo y le hace paracentesis diagnóstica y evacuadora" (folio 172). El resultado de dicha atención médica se refleja en la hoja de curso clínico hospitalario correspondiente el día 27 de diciembre de 2014, a las 04:21 horas, "Digestivo: paciente con cirrosis de etiología enólica

conocido de nuestro Servicio, estuvo en UVI por neumonía, actualmente con descompensación hidrópica, se hace paracentesis evacuadora sin complicaciones. Pendiente BQ de líquido ascítico. Recomendaciones: Retiro sueros y albúmina, paso Furosemida a VO 40 mg cada 24 horas, continuar Aldactone igual, reintroduzco Sumial. Solicitar IC preferente para su seguimiento. Vigilar diuresis y balances hídricos. Líquido ascítico: salen dos litros de líquido ascítico con mejoría de disnea. No datos de PBE. Proteínas bajas en líquido ascítico (4 g/L). Plan: cubierto con Cefotaxima, completar 7 días y pasar a Norfloxacin 400 mg, un comprimido cada 24 horas de forma indefinida (profilaxis de PBE). Resto de indicaciones igual" (folio 123). El día 27 transcurre sin mayores incidencias, según consta en la hoja de curso clínico de enfermería, anotándose a las 21:08 horas, "no precisó analgesia, paseando acompañado" (folio 172).

El día 28 de diciembre se refleja que el paciente "se encuentra mejor desde la paracentesis evacuadora (...), además han disminuido los edemas en EEII (refiere siempre mayor edema en EII que en la derecha) (...). Plan: retirar sondaje, iniciar deambulación, controles analíticos y Rx tórax el lunes" (folio 123).

El 29 de diciembre consta que el paciente lleva "desde ayer con deposiciones líquidas (lleva 8 deposiciones desde el inicio del cuadro, dos desde esta mañana), no dolor abdominal ni vómitos. Habitualmente 4 deposiciones/día blandas. No refiere productos patológicos con las deposiciones", anotándose el día 28 de diciembre "abdomen: blando, depresible, red venosa colateral, no doloroso, no signos de irritación peritoneal, peristalsis presente. MMII: Edemas con fóvea +, de predominio izquierdo. Pendiente IC de Digestivo para seguimiento de cirrosis y descompensación hidrópica. Plan: Pauto dieta sin residuos. Solicito coprocultivo. Veremos evolución". El día 29 es valorado por el Servicio de Digestivo, como evidencia la anotación correspondiente al 30 de diciembre, "ayer nuevamente valorado por

Digestivo". El mismo día 30 se constata la mejoría del paciente llegando a anotarse "si buena evolución creo que podría ser alta el viernes" (folio 122).

El día 31 de diciembre las anotaciones de la hoja de curso clínico de enfermería confirman su evolución favorable. Así, "(31-12-2014, 07:20): buena noche, duerme mejor con la pastilla de las 23 horas, sin incidencias", "(31-12-2014, 14:33): levantado a sillón. Buena saturación con gafas de oxígeno a 1 litro" (folio 172).

En las últimas horas del día 31 de diciembre el paciente inicia un cuadro de dolor, aunque es moderado y cede con analgesia, según evidencian las notas de la hoja de curso clínico de enfermería, "(01-01-2015, 07:09): dolor controlado en la noche"; "(01-01-2015, 14:30): puesto Paracetamol 1 g (...) por dolor abdominal"; (01-01-2015, 20:30): comenta que fue al wc 3 veces en la tarde y que hizo (deposiciones) escasas líquidas, molestias abdominales que ceden con analgesia"; (01-01-2015, 21:33): avisa por dolor de nuevo, aviso a Neumología". Ante el empeoramiento, esa misma noche es visto por los especialistas de Digestivo, como muestra la anotación correspondiente "(02-01-2015, 01:20): visto por Digestivo" (folio 172).

El día 2 de enero, ante la persistencia del dolor abdominal, que ya no cede con analgesia, se pauta una "eco abdominal urgente", según consta en la hoja de curso clínico hospitalario (folio 122), y al día siguiente, 3 de enero, tras presentar vómitos oscuros en posos de café, se avisa a Digestivo, anotándose a las 21:30 horas que "según sus indicaciones pautamos perfusión de Somatostatina y Omeprazol. Luego pasan a verle". La siguiente nota refiere que "los vómitos no son hemáticos. Hemodinámicamente está estable 120/70 y no se ha anemizado, presenta 13,4 Hb. Tiene antecedentes de VE grandes erradicadas, por lo que realizamos gastroscopia previa pauta de Somiatón; no ha sido posible realizar la exploración completa por abundante reflujo de contenido alimenticio y fecaloideo, y, dado el riesgo de broncoaspiración, se cede progresar. Suspendemos Somiatón, Buscapina y Adolonta que tenía pautada que favorece el íleo. Recomendamos: (sonda nasogástrica) para

aspiración intermitente hasta resolución del íleo. Dieta absoluta". A las 01:32 horas del día 4 de enero de 2015 se consigna que "el paciente se traslada al Servicio de UVI tras sufrir un episodio de parada cardiorrespiratoria (10 minutos) tras colocación de (sonda nasogástrica)" (folio 125).

A tenor de las anotaciones que se acaban de transcribir resulta evidente que la imputación de desatención que efectúa la interesada debe decaer. Las hojas de curso clínico evidencian que las afirmaciones de la perjudicada, conforme a las cuales "desde el día 26 de diciembre de 2014 en que el paciente pasó a planta y empezó con la ascitis (...) hasta el 2 de enero de 2015 no fue visto por el personal del Servicio de Digestivo" y que las interconsultas se efectuaban "siempre vía telefónica", no corresponden a la realidad de los hechos. Durante el ingreso en la planta de Neumología, entre los días 26 de diciembre de 2014 y 4 de enero de 2015, el paciente fue valorado en varias ocasiones por el Servicio de Aparato Digestivo, cuyos facultativos le visitaron siempre que su situación clínica lo hizo necesario, hasta el punto de que, según señala el Jefe de dicho Servicio en el informe librado el 18 de marzo de 2016, "nada hace presuponer que el alta a la planta de hospitalización de nuestro Servicio hubiera procurado una mejor atención del proceso clínico".

Los informes obrantes en el expediente coinciden en señalar, frente a los reproches de la reclamante, que la asistencia prestada al paciente fue en todo momento acorde a la *lex artis*, pautándose las pruebas y tratamientos protocolizados en función de los signos que presentaba en cada momento. Así, como se desprende del informe librado a instancias de la compañía aseguradora, estaba indicada la práctica de una gastroscopia, pues el paciente, que tenía antecedentes de hemorragia digestiva, presentaba vómitos oscuros, siendo correcta asimismo la decisión de abandonar la realización de la prueba sin llegar a completar el examen de todo el tracto ante el riesgo de broncoaspiración que suponía la presencia en él de abundante contenido alimentario y fecaloideo.

No ha acreditado la perjudicada que, en la situación clínica del paciente, debieran haberse realizado otras pruebas complementarias como una colonoscopia con biopsia, y en cuanto al TAC abdominal que -según afirmaba- debía haberse pautado, cabe destacar que sí se realizó, tal y como consta en la anotación correspondiente al día 4 de enero de 2015, a las 20:43 horas (folio 121).

También fue correcta la decisión de colocar una sonda nasogástrica al paciente, cuya finalidad en estos casos, como figura en el mismo informe, es la de "prevenir la posible broncoaspiración del contenido gástrico (...) con el fin de facilitar su evacuación, y en el caso de íleo intestinal favorecer la motilidad digestiva". No está probado que la parada cardiorrespiratoria se hubiera desencadenado por la colocación de dicha sonda sin sedación, como afirma la reclamante, pues la relación entre la colocación de la sonda y la parada cardiorrespiratoria de la que se deja constancia en la hoja de curso clínico hospitalario se plantea solo como mera hipótesis -"el motivo de la PCR no queda aclarado, si al ponerle la (sonda nasogástrica) se puso vago además de vomitar y broncoaspirar" (folio 121).

El tratamiento pautado fue en todo momento correcto, como coinciden en señalar todos los informes obrantes en el expediente. Así, se realizó bioquímica de líquido ascítico, procediéndose a pautar incluso antes de conocer los resultados -que no están inmediatamente disponibles, ya que la prueba implica la realización de cultivos, como señala el Jefe del Servicio de Aparato Digestivo- profilaxis antibiótica de peritonitis bacteriana espontánea (PBE), según se refleja en la anotación correspondiente al 27 de diciembre de 2014, a las 04:21 horas (folio 123), lo que debemos considerar conforme a la buena praxis, y ello aunque la infección, pese a la adopción de los medios adecuados para prevenirla, se produjese finalmente.

En definitiva, siendo el tratamiento del paciente irreprochable desde el punto de vista médico, el fallecimiento del mismo ha de imputarse, como señala el Jefe del Servicio de Aparato Digestivo en el informe librado en el curso de

este procedimiento, a las infecciones sobrevenidas en un contexto de deterioro basal previo que desembocaría en un fallo multiorgánico. No puede ignorarse que, según se expresa en el informe médico librado a instancias de la compañía aseguradora, la cirrosis hepática es una enfermedad grave que genera “riesgo de muerte a corto plazo una vez que aparecen descompensaciones” (que el paciente ya había sufrido previamente), y que “predispone a la aparición de múltiples complicaciones, tanto generales como a nivel hepático”, siendo “las infecciones del paciente cirrótico (...) una complicación bien descrita de la enfermedad, constituyendo la principal causa de muerte en esta población”.

En suma, puesto que no ha resultado acreditada la imputabilidad del daño al funcionamiento del servicio público sanitario, la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada ha de ser desestimada.

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.