

Dictamen Núm. 227/2021

**V O C A L E S :**

*Sesma Sánchez, Begoña,*  
Presidenta  
*González Cachero, María Isabel*  
*Iglesias Fernández, Jesús Enrique*  
*García García, Dorinda*  
*Baquero Sánchez, Pablo*

Secretario General:  
*Iriondo Colubi, Agustín*

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 4 de noviembre de 2021, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de esa Presidencia de 13 de agosto de 2021 -registrada de entrada el día 19 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por los daños derivados del fallecimiento de su familiar como consecuencia de un error de diagnóstico y el correspondiente retraso en la detección de una hipercalcemia aguda.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** El día 26 de febrero de 2021 la hija de una paciente, en su propio nombre y derecho y en nombre y representación de su padre y de su hermana, presenta en el Registro Electrónico una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos como consecuencia del fallecimiento de su madre, que atribuyen a una deficiente actuación sanitaria concretada en un error de

diagnóstico y el correspondiente retraso en la detección de una hipercalcemia aguda, con la consiguiente pérdida de oportunidad asistencial y terapéutica.

Expone que su familiar "acudió el 4-05-2017 a su centro de salud con carácter de urgencia por mareos con giro de objetos, náuseas, malestar general. La exploración normal. Se prescribe Serc 8 mg, perteneciente al grupo de medicamentos denominados antivertiginosos cuyo principio activo es el dihidrocloruro de betahistina", y que "el 28-03-2018 acude al servicio de EAP de Castrillón por tos desde hace más de un mes. Exploración cavum orofaríngeo discretamente enrojecido. Se prescribe Avamys 27,5 mg, perteneciente al grupo de medicamentos glucocorticoides que actúa disminuyendo la inflamación causada por la alergia y reduce sus síntomas, y Ebastel Forte, perteneciente al grupo de medicamentos denominados antihistamínicos (antialérgicos)".

Señala que "el 18-01-2019 acude al centro de salud por infección respiratoria Se prescribe Espidifen Ibuprofeno, perteneciente al grupo de medicamentos llamados antiinflamatorios no esteroideos y contraindicado en caso de enfermedad grave de riñones./ El 09-04-2019 acude (...) por dolor de huesos, astenia y sed. Exploración anodina. Se le prescribe Efferalgan, perteneciente al grupo de medicamentos llamados analgésicos y antipiréticos utilizado para el tratamiento sintomático del dolor leve o moderado./ El 29-07-2019" vuelve "por mareo, cervicalgia, náuseas, con suministro en la enfermería de 1 ampolla de Dogmatil para el tratamiento del vértigo en los casos en los que no haya respuesta al tratamiento habitual antivertiginoso y 1 ampolla de Primperan, que es un antiemético para tratar las náuseas y vómitos".

Indica que "el 13-08-2019" consulta en el "centro de salud por encontrarse nerviosa, deprimida con bajo estado de ánimo e insomnio. Se prescribe Escitalopram 10 mg, perteneciente al grupo de antidepresivos./ El 18-10-2019 acude de forma urgente (...) por vómitos en el desayuno desde hace tres días. No tiene hambre y mucha sed. Se prescribe Motilium 10 mg para tratar las náuseas y los vómitos./ El 06-11-2019 se solicita clínica química

de sangre, ap, hematología. El 05-12-2019 acude (...) por urgencias y refiere desde octubre cansancio, astenia, poco apetito, vómitos matutinos que trató con Motilium. Ahora persisten náuseas diarias. Sensación de nudo en el estómago y ocupación que trató con Anagasta sin mejoría. Refiere pérdida de peso. Episodios repentinos múltiples de malestar general con astenia intensa. Coloración amarillenta en piel asociada a esos episodios A tratamiento crónico con Enalapril, Orfidal y Escitalopram. Se deriva al Servicio de Urgencias” del Hospital .....“para valoración ante persistencia de malestar diario con náuseas y alta analítica”.

Reseña que “el 5-12-2019 acude al Servicio de Urgencias del Hospital ..... (...) con (...) mal estado en general (...), acompañado de astenia, anorexia, vómitos y náuseas, sensación de nudo en el epigastrio./ En exploración física y analítica sin hallazgos significativos./ Sin tratamiento ni recomendaciones. Control por su médico de Primaria./ En caso de empeoramiento volver de nuevo a Urgencias./ El 23-02-2020 acude nuevamente al Servicio de Urgencias del Hospital ..... (...) por un cuadro de 3-4 vómitos matutinos, con hilo de sangre. Dolor abdominal hipogástrico de meses de evolución. Intolerancia oral matutina./ Síndrome general asociado (a) que está siendo estudiada en consultas externas (...) de Medicina Interna, con última consulta el 18-02-2020./ Sin tratamiento. Control por su médico de Primaria. En caso de empeoramiento volver de nuevo a Urgencias”.

Precisa que “el 28-02-2020 ingresa en el Servicio de Medicina Interna (1.ª visita el 18-02-2020) por episodios recurrentes de náuseas y vómitos alimenticios, astenia, dispepsia, dolores óseos y pérdida de 8 kg de peso en los últimos 10 meses. Ha realizado una ecografía abdominal y analítica completa./ Analítica de consultas externas de Medicina Interna (28-02-2020): Calcio corregido 5,00 mmol/L 20,02 mg/dL./ Analítica en Urgencias (28-02-2020): Calcio corregido 5,07 mmol/L 20,30 mg/dL./ Analítica de control (29-02-2020): Calcio corregido 4,81 mmol/L 19,26 mg/dL./ El 29-02-2020 la paciente de 67 años, con síndrome general para la que se habían iniciado estudios

recientemente, (es) ingresada con insuficiencia renal aguda e hipercalcemia severa, con buen nivel de conciencia y sin alteraciones en el ECG. Se instaura tratamiento con calcitonina, zoledrónico, fluidoterapia y furosemida y se solicita control analítico. Ante la ausencia de respuesta al tratamiento y el empeoramiento clínico franco se contacta con el servicio de Nefrología para iniciar hemodiálisis urgente. Una vez en la sala de hemodiálisis (...) sufre parada cardiorrespiratoria. Se inicia RCP avanzada, con administración de 8 adrenalinas 2 atropinas por parte del Servicio de Medicina Intensiva sin conseguir ritmo, siendo finalmente exitus”.

Razona que “a tenor de la evolución clínica de la paciente se constata un error de diagnóstico en la detección de la hipercalcemia aguda y severa, al haber estado durante los 10 meses previos a su detección acudiendo a innumerables consultas en el centro de salud y en el Servicio de Urgencias del Hospital ..... por dolor de huesos, astenia, sed, etc., y sin que durante todo el año 2019 hasta su fallecimiento (...) se le hubiera realizado una analítica (...) PTH para determinar los niveles de calcio en sangre (...). Desde el 9-04-2019 se hace referencia en numerosas ocasiones a la sintomatología que presentaba la paciente, característica de la hipercalcemia: dolor de huesos, astenia, sed, pérdida de apetito, náuseas, vómitos, depresión. El paciente con una crisis hipercalcémica es un paciente deshidratado por definición. En su historia clínica consta que fue explorada por al menos 8 facultativos distintos. A pesar de la reiteración de las consultas y de la mala evolución de la paciente las exploraciones no detectaron hallazgos significativos, no habiéndose solicitado pruebas de analíticas de sangre ni orina para comprobar diagnósticos diferenciales hasta que por fin, tras una analítica de control realizada el día 28-02-2020 y 29-02-2020, es decir, el día antes y el del exitus, se detectó, tras 10 meses de peregrinaje, la hipercalcemia severa y aguda por encima de 10,5 mg/dL”.

Manifiesta que “todas las exploraciones realizadas en los 10 meses previos fueron erróneas e ineficaces, de forma que de haberse abordado con

pruebas complementarias mediante una simple analítica de control se hubiera podido acometer la intervención de hipercalcemia (elevación del calcio en sangre por encima de 10,5 mg/dL) a fin de evitar la parada cardíaca cuando aumenta por encima de 15 mg/dL. La medición de la PTH es la prueba del diagnóstico. Los síntomas de la hipercalcemia aparecen cuando el calcio sube en sangre por encima de 11,5 mg/dL (2,9 mmol/L) y en este caso se encontraban en el doble: calcio corregido 20,30-19,26 mg/dL, suficiente para producir la parada cardiorrespiratoria./ El diagnóstico de la hipercalcemia debería haberse sospechado clínicamente mediante sencillas y rutinarias analíticas de calcio, toda vez que la sintomatología que presentaba era sugestiva de hipercalcemia (...). La paciente presentaba un síndrome general de 1 año de evolución (informe de 9-04-2019) que, unido a los factores de riesgo (hipertensión, obesidad), habrían debido llevar a realizar pruebas complementarias de analítica que hubieran permitido detectar con anterioridad la enfermedad de hipercalcemia aguda. Este retraso en el diagnóstico el día antes del exitus impidió el tratamiento a su enfermedad fácilmente detectable con una simple analítica, limitando la terapia sistémica mediante un tratamiento paliativo. De haber llevado a cabo un diagnóstico precoz hubiera sido posible un tratamiento y la probabilidad de supervivencia de la paciente habría sido total (.). Es de observar la falta de diligencia en las pruebas y en el error de diagnóstico durante 1 año, habiendo dejado a la paciente y familiares sumidos en la incertidumbre y zozobra, peregrinando por distintos servicios sanitarios y frustrando la intervención”.

Cuantifica la indemnización que solicitan en noventa y cinco mil euros (95.000 €), de los cuales 45.000 € corresponderían al viudo y 20.000 € a cada una de las hijas de la fallecida.

Interesa la incorporación al expediente de la historia clínica de la paciente y una serie de informes del sistema sanitario público que relacionan.

**2.** Mediante oficio de 7 de abril de 2021, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a los interesados la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

**3.** Previa solicitud formulada por el Inspector de Prestaciones Sanitarias, el 28 de abril de 2021 el Director Económico y de Profesionales del Área Sanitaria III le remite una copia de la historia clínica de la paciente -tanto de la obrante en Atención Primaria como en Atención Especializada- y los informes elaborados por la facultativa de Atención Primaria y por los Servicios de Urgencias y de Medicina Interna del Hospital .....

El informe del Jefe del Servicio de Medicina Interna, de 21 de abril de 2021, expone que "la paciente refiere que en el último año, más concretamente en los últimos 9 o 10 meses, ha presentado cuatro episodios de náuseas con vómitos alimenticios, astenia y dolores óseos que remiten, aunque no desaparecen completamente. Refiere que ha perdido peso en este tiempo, aproximadamente 7-8 kg, así como poliuria y polidipsia. No refiere otra sintomatología excepto una tos seca, inespecífica, en los últimos meses y pirosis sin cambios en el ritmo intestinal, ni alteraciones en la deposición./ En la exploración física destaca un peso de 58,5 kg que corresponde a un IMC de 26 (normopeso), sin hallazgos reseñables, salvo un discreto aumento de la tensión arterial (160/96). La paciente aporta en ese momento una analítica realizada con anterioridad en la que destaca una anemia normocítica de 9,8 g de hemoglobina con resto de series normal y una bioquímica con una disminución de la función renal, filtrado glomerular 46 y discreta elevación de CK y fosfatasa alcalina./ Con el diagnóstico de síndrome general a estudio, con episodios de vómitos, con buen estado general y sin ningún dato de alarma se solicitan analíticas y se queda pendiente de revisar una ecografía abdominal solicitada con anterioridad que la paciente tenía previsto realizarse pocos días después.

Esta ecografía es vista sin presencia de la paciente el día 21 de febrero de 2020 y como único hallazgo se aprecia una alteración de la ecoestructura renal concordante con la función renal de la paciente, sin otros hallazgos significativos en el abdomen./ La paciente no llega a ser vista en revisión debido a su ingreso hospitalario diez días después de la primera visita en consultas externas./ El segundo contacto del Servicio de Medicina Interna con esta paciente se produce el día 28 de febrero de 2020 con motivo de su ingreso en hospitalización (...). Había acudido ese día a Urgencias refiriendo vómitos y dolores inespecíficos en las rodillas. En ese momento se accede al resultado de la analítica realizada esa misma mañana como consecuencia de la solicitud programada en consulta externa en la que se aprecia un deterioro de la función renal sobre los valores previos (Cr 2,77), una hipercalcemia importante (5mmol/L) y leucocitosis de 20.000, decidiéndose el ingreso (...). Es tratada con medicación hipocalcemiante, incluyendo calcitonina, zoledrónico, suero fisiológico, furosemida, pero evoluciona de forma desfavorable rápidamente, por lo que se consulta con Nefrología y se realiza sesión de hemodiálisis urgente, pese a lo cual (...) presenta un parada cardiorrespiratoria en la que interviene la Unidad de Cuidados Intensivos, falleciendo (...) en las primeras 24 horas tras su ingreso pese a todas las medidas de reanimación cardiopulmonar./ La causa de la muerte está en relación con la insuficiencia renal aguda y la hipercalcemia grave que (...) presentaba”.

Señala, “respecto al diagnóstico de los pacientes con hipercalcemia”, que este “no siempre es fácil ya que, aunque es cierto que es suficiente una determinación analítica, esta no se realiza de rutina en Atención Primaria y la mayoría de los síntomas que provoca son inespecíficos y muy frecuentes en otras patologías comunes que afectan al área renal, gastrointestinal, músculo-esquelética, neuropsiquiátrica y cardiovascular, por lo que no es infrecuente que se produzcan retrasos en la sospecha y el diagnóstico de hipercalcemia en Atención Primaria./ Es especialmente llamativo en este caso el contraste entre la evolución larvada de los síntomas y el buen estado general mantenido por la

paciente con el rápido deterioro de la misma en las últimas horas que desemboca en su fallecimiento”.

En el informe emitido por el Jefe de la Unidad de Urgencias el 16 de abril de 2021 se señala que, “aunque en la reclamación se narran todos los procesos patológicos de la paciente recogidos en su historial, poca o ninguna relación puede atribuírseles al proceso que se revisa y cuyos síntomas comienzan a aparecer en octubre de 2019 (...). Efectivamente la paciente en octubre de 2019 comienza con síntomas leves, inespecíficos, cuya primera aproximación diagnóstica debe hacernos pensar en patología gastrointestinal, y que su médico, visto que no mejoraba con tratamientos habituales, comienza a estudiar, remitiéndola a la Unidad de Urgencias en diciembre al objetivar anemia y deterioro de la función renal (...). De lo escrito sobre la primera visita a Urgencias (5-dic-2019): ‘con diagnóstico de mal estado general’ (...) ‘Sin tratamiento ni recomendaciones’, hemos de indicar que se trata de una traducción mal enfocada y posiblemente tendenciosa del contenido de un informe de Urgencias que intenta desprestigiar la atención ofrecida a la paciente: MEG es la queja que, en el algoritmo de triaje, se elige para dar una prioridad en relación con los síntomas que presenta el paciente. En ningún modo es un diagnóstico. La (doctora), descartada patología de compromiso vital inminente, y con las pruebas a que tiene acceso en una Unidad de Urgencias, hace los diagnósticos de: hipertensión arterial con insuficiencia renal, anemia macrocítica y normocrómica y síndrome general, remitiendo para estudio de manera preferente a la consulta de Medicina Interna (se adjunta copia de la solicitud). La paciente ya está tomando tratamiento sintomático, correctamente pautado, por su médico de Familia, y no hay otras aportaciones que hacer de modo urgente (...). Debemos, igualmente, negar la validez científica de la aseveración: ‘se constata un error diagnóstico en la detección de la hipercalcemia aguda y severa al haber estado durante los 10 meses previos’ (...). El problema que complica la evolución del cuadro y lleva al exitus es un proceso ‘agudo’ y por tanto no se manifiesta en los 10 meses anteriores

(...). Ninguna batería de estudio inicial de un síndrome general con los síntomas que presenta la paciente tiene indicada la realización de una PTH (prueba altamente específica y que se solicita cuando hay hallazgo de hipercalcemia para el estudio de sus causas). No es una prueba, por ejemplo, del petitorio de una Unidad de Urgencias". La aseveración de que "este retraso (...) impidió el diagnóstico de una enfermedad fácilmente detectable" (...), constituye nuevamente un error de apreciación: los trastornos electrolíticos e iónicos tienen presentaciones muy inespecíficas, lo que unido a su baja incidencia constituye un reto diagnóstico, ya que exige inicialmente ir descartando otras causas más frecuentes hasta ir afinando los hallazgos que conduzcan a identificar estos cuadros (...). No es, así mismo, veraz la afirmación de que "todas las exploraciones realizadas en los 10 meses previos fueron erróneas e ineficaces" (...): todos los médicos que vieron a la paciente actuaron según la *lex artis*, realizando una correcta anamnesis, exploración y solicitud de las pruebas diagnósticas que estaban a su alcance y que eran eficaces y adecuadas para ir descartando procesos que podrían haber dado esos mismos síntomas (lo que en práctica clínica se llaman diagnósticos diferenciales). Cada facultativo, sobrepasadas sus capacidades y posibilidades de pruebas complementarias, remitieron a la paciente al siguiente nivel asistencial./ Lamentando que el desenlace del proceso de la paciente haya ocasionado tan sensible pérdida a los reclamantes (cónyuge e hijos), podemos entrar a valorar si los tiempos entre la solicitud de la consulta preferente a Medicina Interna desde Urgencias, o el tiempo para la realización de la analítica y ecografía solicitadas, se han ajustado o no a los (...) que podríamos considerar óptimos, pero en ningún caso podemos asumir como ciertas las afirmaciones" de que "los daños (...) son consecuencia de la deficiente asistencia sanitaria (...) que durante 1 año erró en el diagnóstico" (...) o que atribuyen la evolución de la enfermedad a la "indebida aplicación de los medios"/ Para analizar este caso debemos tener en consideración el hecho temporal: esta atención se presta durante la segunda ola de la pandemia COVID-19, que ha exigido a los servicios de salud limitar las

consultas presenciales o la accesibilidad a pruebas de imagen y analíticas. Aun en este contexto desfavorable, la paciente fue remitida a consulta, vista por el internista, solicitadas las pruebas y ofrecido ingreso para agilizar estas en su segunda consulta en la Unidad de Urgencias”.

El informe suscrito por la Facultativa de Atención Primaria el 16 de abril de 2021 señala que atendió a la paciente “el día 29 de julio de 2019 por sensación de mareo, cervicalgia y náuseas (...). Exploración cardiopulmonar normal./ No focalidad neurológica./ TA 117/86./ FC 100 l. p. m. Tratamiento:/ Se le pone inyección de Dogmatil y Primperam y observación./ El día 13 de agosto de 2019 acude por cuadro de ansiedad con depresión. Se encuentra nerviosa, deprimida, con bajo estado de ánimo e insomnio. Se pauta Escitalopram 10 mg (anteriormente, había sido atendida por otro médico en la fecha de 22 de octubre de 2008 por un episodio similar, tratada con Paroxetina)./ El día 6 de noviembre de 2019 la vuelvo a atender y solicito una analítica cuyos valores son: Cr 1,22./ FG 45./ CT 236./ LDL 149./ TAG 203./ FA 625./ Hb 9,8./ Hto 29,5 %./ VSG 99./ Ante estos valores le solicito otra analítica el día 21 de noviembre de 2019 para completar la anterior, así como una ecografía abdominal./ En esta nueva analítica se objetiva: Cr 1,22./ FG 46./ CT 251./ LDL 173./ TAG 123./ FA 483./ No alteraciones ferrocinéticas./ Hb 9,8./ Hto 29,9 %./ VSG 85./ Serologías hepáticas negativas./ El día 5 de diciembre de 2019 se deriva a Urgencias” del Hospital ..... “para valorar la alteración de la analítica y el malestar general de la paciente. En Urgencias (...) le piden consulta preferente a Medicina Interna”.

**4.** El día 23 de junio de 2021, emiten informe pericial a instancia de la compañía aseguradora de la Administración dos especialistas, uno de ellos en Medicina Interna y el otro en Cirugía General y del Aparato Digestivo.

En él exponen que la paciente “se encontraba en seguimiento en su centro de salud, donde desde octubre 2019 (es decir, 5 meses antes) estaba siendo valorada por sintomatología muy inespecífica e intermitente: astenia,

dolores osteoarticulares, sed, náuseas y vómitos ocasionales, pérdida de peso (si bien el peso de la paciente entre los meses de julio 2019 y febrero 2020 se mantiene estable, según se extrae del registro de enfermería del centro de salud: 63-62-63-63,7-61 kg, y a la valoración en consulta de Medicina Interna presenta normopeso); realizándose analítica general, con anemia, leve deterioro de función renal con FG 45, calcio sérico en el límite alto de la normalidad (CA corregido 10,26, siendo el límite 10,2) y reactantes de fase aguda (marcadores de inflamación: VSG, ferritina). La hipercalcemia en grado leve cursa de forma asintomática y en niveles más elevados con sintomatología inespecífica. No hay clínica específica patognomónica, única e inequívoca de hipercalcemia. En esta analítica se realiza un amplio estudio descartándose otras patologías (tiroidea, infecciones víricas, etc.)./ Hay que precisar que la cifra de calcio sérico podría estar sobreestimada, según se refiere en la nota a pie del laboratorio: `la corrección del calcio por la albumina puede sobreestimar la concentración real de calcio sérico en pacientes con hipoalbuminemia <3 g/dl, FG <60 mL/min o en estados de alcalosis´./ Es decir, en la analítica realizada en noviembre 2019 en el centro de salud las cifras de calcio sérico no justificaban la sintomatología de la paciente. Los síntomas son previos a la aparición de la hipercalcemia severa, no consecuencia de ella./ Ante la persistencia de sintomatología, con las alteraciones analíticas descritas y ausencia de diagnóstico se remite a Urgencias, donde se hace valoración general, se realiza analítica que confirma los hallazgos previos, y ante la ausencia de datos de gravedad y constatando la estabilidad de la paciente se decide remitir de forma preferente a (...) Medicina Interna, donde se solicita estudio completo que se extraerá el 28-02-2020./ La situación clínica de la paciente motiva una nueva consulta en Urgencias el 23-02-2020, donde se objetiva deterioro de función renal, por lo que se plantea el ingreso hospitalario, que es rechazado por la paciente”.

Señalan que “se plantea en la reclamación no haber solicitado una determinación PTH (hormona paratiroidea)./ Si bien es cierto que la

determinación de PTH es el primer paso para el estudio etiológico de la hipercalcemia, es más urgente el control de la hipercalcemia y sus síntomas. La PTH es útil solamente para orientar el diagnóstico etiológico hacia HPTH primario (presencia de patología en las glándulas paratiroides) vs otro origen de la hipercalcemia. No tiene utilidad para resolver el proceso crítico de la paciente./ En este caso, hay múltiples datos que orientan en contra de un hiperparatiroidismo primario (HPTH) como causa de la hipercalcemia:/ La rapidez de desarrollo de hipercalcemia, con rápido deterioro de función renal y aparición de síntomas neurológicos. La presencia de hiperfosfatemia en la analítica realizada (en el HPTH lo habitual es observar descenso de los niveles de fosfato sérico). La ausencia de calcificaciones renales (nefrocalcinosis), habituales en el HPTH. Elevación de fosfatasa alcalina (FA) en analíticas realizadas./ La presencia de síndrome general o constitucional de aparición previa al desarrollo de la hipercalcemia./ Siendo todos estos datos en conjunto más sugestivos de una hipercalcemia de origen tumoral./ Y para el tratamiento agudo de la hipercalcemia severa, como la que presentaba la paciente, no influye la etiología. Es decir, haber tenido una determinación de PTH con niveles altos, normales o bajos, no hubiera supuesto un cambio en el tratamiento pautado al ingreso”.

Refieren que “la paciente consulta en Urgencias nuevamente el 28-02-2020, día del ingreso hospitalario con hipercalcemia severa (niveles séricos >20); se hace valoración clínica, descartando al ingreso afectación neurológica (buen nivel de conciencia) y cardiovascular (ECG normal), y objetivando deterioro de función renal./ Se inicia tratamiento apropiado según las recomendaciones vigentes para tratamiento de hipercalcemia severa en paciente clínicamente estable, con:/ fluidoterapia intravenosa: se pautan 2.000 cc SSF/24 h (rango hasta 4.000 cc/día, en función de situación hemodinámica);/ furosemida 20 mg cada 12 horas IV (rango 40-160 mg en 24 h, fraccionados en varias dosis);/ ácido zoledrónico: no contraindicado por función renal con creatinina sérica <3; 4 mg IV;/ calcitonina 200 mg cada 12 h

sc (dosis 4 mg/kg, cada 12 h)./ Es decir, con fármacos y dosis apropiadas a la situación clínica./ La paciente presenta evolución desfavorable, con empeoramiento analítico con escasa mejoría en las cifras de calcio y deterioro de función renal, y rápido empeoramiento clínico neurológico y cardiovascular; se programa sesión de hemodiálisis urgente (siguiendo asimismo las recomendaciones vigentes de tratamiento), que no se llega a realizar por sufrir (...) parada cardiorrespiratoria de la que no se consigue recuperar a pesar de los esfuerzos realizados./ Al no haberse podido realizar el estudio etiológico del cuadro por la rapidez con que se desencadenaron los acontecimientos, se ofrece la posibilidad de realización de necropsia clínica, que la familia deniega”.

Razonan que “la paciente presenta el cuadro clínico desde octubre de 2019, es decir 5 meses antes del ingreso hospitalario en el que se produce el fallecimiento; no se da la circunstancia de peregrinaje sanitario durante 1 año que se describe en la reclamación./ En la primera analítica realizada en el centro de salud en noviembre de 2019 el calcio sérico se encuentra en el límite alto de la normalidad, por lo que no existe la hipercalcemia en este momento, y no está indicada la determinación de PTH. No se desatiende a la paciente, sino que se establece un estudio con toma de decisiones progresiva en función de los hallazgos en cada momento./ No se puede afirmar (...) que `a tenor de la evolución clínica de la paciente se constata un error de diagnóstico´, ya que se trata de una valoración claramente *ex post*, obteniendo conclusiones basándose en los resultados obtenidos y no en las circunstancias en que se tomó cada una de las decisiones clínicas./ La afirmación de (que) `no se le hubiera realizado una analítica PTH para determinar los niveles de calcio en sangre´ es errónea, ya que las determinaciones de calcio y PTH son independientes; y, como se ha descrito previamente, la determinación de PTH no estaría indicada en una paciente con niveles de calcio normales. Se afirma también (...) que `la medición de la PTH es la prueba del diagnóstico´; efectivamente, la determinación de PTH es la primera prueba diagnóstica propuesta en el estudio de la hipercalcemia, y si está elevada confirma la presencia de una enfermedad

con origen en las glándulas paratiroides (HPTH); si no es así, solo descarta el HPTH y obliga a ampliar el estudio. En el caso que nos ocupa, los datos orientan a una baja probabilidad de que este fuera el origen./ Se refiere también `la sintomatología que presentaba la paciente, característica de la hipercalcemia: dolor de huesos, astenia, sed, pérdida de apetito, náuseas, vómitos, depresión´. Como se ha dicho (...), la sintomatología clínica de la hipercalcemia es muy inespecífica, y estos síntomas ya estaban presentes antes del desarrollo de la hipercalcemia severa/crisis hipercalcémica. Los síntomas severos de crisis hipercalcémica aparecen el día 29-02-2020, estando la paciente ingresada en el hospital./ `Todas las exploraciones realizadas en los 10 meses previos fueron erróneas e ineficaces´ también es una afirmación incorrecta, ya que las analíticas realizadas permitieron descartar otras patologías que podrían justificar los síntomas, como distiroidismo (cifras TSH normales), mieloma múltiple (proteinograma normal), diabetes (glucosa normal), infecciones víricas (serologías negativas). La determinación de niveles de calcio no se hace de forma rutinaria, sino que se solicita como parte del estudio del cuadro, siendo normal al inicio del proceso./ Se afirma que se procedió `limitando la terapia sistémica mediante un tratamiento paliativo´. Esto es absolutamente falso, ya que se administra de forma urgente e inmediata al diagnóstico el tratamiento recomendado para la hipercalcemia severa de cualquier causa, siendo el objetivo urgente principal el control de los niveles de calcio para evitar la repercusión orgánica (como fatalmente ocurrió). Es lo prioritario. Este tratamiento no evitaría que el calcio sérico se eleve de nuevo al suspenderlo, por lo que, tras la estabilización, habría que proceder al estudio y tratamiento de la causa”.

**5.** Mediante oficio notificado a los interesados el 8 de julio de 2021, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas les comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días,

adjuntándoles una copia en soporte digital de los documentos obrantes en el expediente.

No consta en el expediente que se hayan formulado alegaciones.

**6.** Con fecha 5 de agosto de 2021, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella expone que “en el presente caso la asistencia fue correcta y adecuada a la *lex artis*. La asistencia se adecuó en todo momento a la clínica que presentaba la paciente (por otra parte, muy inespecífica). En cuanto se detectaron alteraciones analíticas (...) de la función renal se deriva al Servicio de Urgencias” del Hospital ....., “y aquí se solicita consulta preferente con el Servicio de Medicina Interna. Es el momento de ampliación de los estudios analíticos en relación con la insuficiencia renal cuando se detecta la hipercalcemia (que puede ser debida a múltiples causas). Hay que reseñar que la determinación de los niveles de calcio no es una prueba de rutina en Atención Primaria y Servicios de Urgencias hospitalarios. Una determinación de calcio sérico realizada en noviembre 2019 es normal. El día 23-02-2020, ante el empeoramiento de la función renal, se plantea ingreso hospitalario, que la paciente rechaza. La muerte no se produjo por una mala praxis de los profesionales sanitarios, sino con la rápida evolución de su patología”.

**7.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 13 de agosto de 2021, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm. ....., de la Consejería de Salud, adjuntando a tal fin copia autenticada del mismo en soporte digital.

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

**PRIMERA.-** El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

**SEGUNDA.-** Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), están los interesados activamente legitimados 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 como titular del servicio público sanitario.

**TERCERA.-** En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC), dispone que “El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”.

En el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 26 de febrero de 2021, y el fallecimiento de la perjudicada se produce el día 29

de febrero de 2020, por lo que se acciona dentro del plazo de un año legalmente determinado.

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

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

**QUINTA.-** El artículo 106.2 de la Constitución dispone que “Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

A su vez, el artículo 32 de la LRJSP establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley”. Y en su apartado 2 que, “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 34 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley”. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o

circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

**SEXTA.-** Se somete a nuestra consideración un procedimiento de responsabilidad patrimonial en el que los interesados reclaman una indemnización por los daños sufridos como consecuencia del fallecimiento de su familiar y que atribuyen a una deficiente actuación sanitaria, concretada en un error de diagnóstico y el correspondiente retraso en la detección de una hipercalcemia aguda, con la consiguiente pérdida de oportunidad asistencial y terapéutica.

Acreditada la realidad del daño sufrido a la vista de la documentación obrante en las actuaciones, hemos de reparar en que la mera constatación de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la

existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si el mismo se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio sanitario y si ha de reputarse antijurídico, en el sentido de que se trate de un daño que los interesados no tuvieran el deber jurídico de soportar.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo (por todos, Dictamen Núm. 182/2019), 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 poder apreciar que el daño alegado por los reclamantes es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

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

También ha subrayado este Consejo (por todos, Dictamen Núm. 81/2019) que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega, salvo en aquellos casos en que el daño es desproporcionado y denota por sí mismo un componente de culpabilidad (*res ipsa loquitur* o regla de la *faute virtuelle*). Fuera de esos supuestos, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

En el supuesto analizado, los interesados sostienen que de la evolución clínica de la paciente se constata un error de diagnóstico en la detección de la hipercalcemia aguda y severa, al haber estado durante diez meses acudiendo a consultas en el centro de salud y en el Servicio de Urgencias del Hospital ..... sin que, durante todo el año 2019 hasta su fallecimiento, se le hubiera realizado una analítica de sangre PTH para determinar los niveles de calcio en sangre. Refieren que en su historia clínica consta que fue examinada por al menos ocho facultativos distintos y que las exploraciones efectuadas no detectaron hallazgos significativos, no habiéndose solicitado pruebas de analítica de sangre ni orina para comprobar diagnósticos diferenciales hasta que, tras una de control realizada el día antes del exitus, se detectó tras 10 meses de peregrinaje la hipercalcemia severa. Manifiestan que el diagnóstico de la hipercalcemia debería haberse sospechado clínicamente mediante sencillas y rutinarias analíticas de calcio, toda vez que la sintomatología que presentaba era sugestiva de esta patología, y que de haberse realizado la analítica de PTH para determinar los niveles de calcemia se hubiera podido dar un tratamiento urgente en los diez meses previos al fallecimiento evitando comprometer la vida de la paciente. Este retraso en el diagnóstico habría impedido el tratamiento de

su enfermedad, y de haberse llevado a cabo una detección precoz hubiera sido posible un tratamiento y la probabilidad de supervivencia de la enferma habría sido total.

Planteada en estos términos la controversia por los reclamantes, procede descender al fondo de la cuestión a la luz de la documentación obrante en el expediente.

El informe del Servicio de Medicina Interna señala que el diagnóstico de los pacientes con hipercalcemia no siempre resulta fácil, puesto que la analítica correspondiente no se realiza de rutina en Atención Primaria y la mayoría de los síntomas que provoca son inespecíficos y muy frecuentes en otras patologías comunes que afectan al área renal, gastrointestinal, músculo-esquelética, neuropsiquiátrica y cardiovascular, por lo que no es infrecuente que se produzcan retrasos en la sospecha y el diagnóstico de hipercalcemia en Atención Primaria. Asimismo, advierte que en este caso es especialmente llamativo el contraste entre la evolución larvada de los síntomas y el buen estado general mantenido por la paciente con el rápido deterioro de la misma en las últimas horas que desemboca en su fallecimiento.

El informe del Servicio de Urgencias refuta la existencia de un error diagnóstico en la detección de una hipercalcemia aguda y severa existente durante los diez meses previos, argumentando que el problema -que complica la evolución del cuadro y lleva al exitus- es un proceso agudo y, por tanto, no se manifiesta en los diez meses anteriores. Asimismo, señala que ningún estudio inicial de un síndrome general con los síntomas que presentaba la paciente tiene indicada la realización de una PTH (prueba altamente específica que se solicita cuando hay hallazgo de hipercalcemia y para el estudio de sus causas). Igualmente, refiere que los trastornos electrolíticos e iónicos tienen presentaciones muy inespecíficas, lo que unido a su baja incidencia constituye un reto diagnóstico, pues exige ir descartando inicialmente otras causas más frecuentes hasta ir afinando los hallazgos que conduzcan a identificar tales cuadros.

Finalmente, el informe pericial aportado por la entidad aseguradora de la Administración pone de relieve que, si bien es cierto que la determinación de PTH es el primer paso para el estudio etiológico de la hipercalcemia, es más urgente el control de esta enfermedad y sus síntomas, precisando que la PTH es útil solamente para orientar el diagnóstico etiológico hacia HPTH primario y que no tiene utilidad para resolver el proceso crítico de la paciente, pues en este caso hay múltiples datos que orientan en contra de un hiperparatiroidismo primario (HPTH) como causa de la hipercalcemia; para el tratamiento agudo de la hipercalcemia severa, como la que presentaba la paciente, no influye la etiología, y haber tenido una determinación de PTH -con niveles altos, normales o bajos- no hubiera supuesto un cambio en el tratamiento pautado al ingreso. Por otro lado, refiere que la paciente presenta el cuadro clínico desde octubre de 2019, es decir, cinco meses antes del ingreso hospitalario en el que se produce el fallecimiento, no dándose la circunstancia de peregrinaje sanitario durante un año que se describe en la reclamación; asimismo, refiere que en la primera analítica realizada en noviembre de 2019 el calcio sérico se encuentra en el límite alto de la normalidad, por lo que no existe la hipercalcemia en este momento y no está indicada la determinación de PTH. A continuación, advierte que se constata un error de diagnóstico, ya que se trata de una valoración claramente *ex post*, alcanzando conclusiones basadas en los resultados obtenidos y no en las circunstancias en las que se tomaron cada una de las decisiones clínicas. Aborda también el informe la sintomatología clínica de la hipercalcemia señalando que es muy inespecífica y que los síntomas severos de crisis hipercalcémica aparecen el día 29 de febrero de 2020, estando la paciente ingresada en el hospital. Finalmente, subraya lo desacertado que resulta afirmar que todas las exploraciones realizadas en los diez meses previos fueron erróneas e ineficaces, puesto que las analíticas efectuadas permitieron descartar otras patologías que podrían justificar los síntomas.

En definitiva, las periciales incorporadas al expediente permiten concluir que nos encontramos ante una patología cuyos síntomas son altamente

inespecíficos y comunes con los de otras enfermedades, y que la reclamada determinación de PTH no se encontraba en el protocolo de pruebas reclamadas en el Servicio de Urgencias; nivel asistencial en el que no se apreció un compromiso vital inminente para solicitarla, pero que con el diagnóstico de hipertensión arterial, insuficiencia renal, anemia macrocítica y normocrómica y síndrome general la remite para estudio de manera preferente a la consulta de Medicina Interna. Consta en dichas pericias asimismo que los síntomas claros y severos de crisis hipercalcémica habrían aparecido el día 29 de febrero de 2020, una vez ingresada la paciente.

Por otra parte, este Consejo viene subrayando (por todos, Dictamen Núm.146/2019) que la *lex artis* médica no impone el empleo de más técnicas diagnósticas que las indicadas en función de los síntomas y signos clínicos apreciados en cada paciente, ni mucho menos ampara la realización prospectiva o indiscriminada de pruebas a falta de cualquier sospecha clínica, y que el hecho de que sea la clínica la que determina el alcance de la obligación de medios excluye que pueda proyectarse *ex post facto* al juicio sobre la corrección de la actuación sanitaria el estado de situación ignorado al momento de la atención y conocido a la fecha del diagnóstico. Por ello, quien persigue ser indemnizado por mala praxis en la fase de diagnóstico debe acreditar que los síntomas o signos existentes al tiempo de recibir la asistencia que reputa deficiente eran sugestivos en aquel momento de la patología finalmente evidenciada -al menos en un grado de probabilidad suficientemente significativo, ya que existen enfermedades de diversa entidad y prevalencia que cursan una clínica similar-, y que tal sospecha diagnóstica imponía la aplicación de técnicas y medios distintos de los empleados.

En conclusión, no se objetiva negligencia alguna, pues la actuación del personal sanitario fue correcta y adaptada a la *lex artis*, según se desprende de los informes obrantes en el expediente, los cuales en ningún momento han sido desvirtuados por los reclamantes, quienes ni a lo largo del procedimiento ni en el trámite de audiencia -al que no comparecen- han acudido al derecho que la

ley les confiere para presentar pericias que acrediten que el daño padecido guarda relación con una mala praxis médica. El daño ocasionado no resulta, pues, antijurídico y no puede imputarse causalmente a la asistencia sanitaria dispensada.

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

LA PRESIDENTA,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.