

Dictamen Núm. 177/2022

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

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

Secretario General:  
*Iriondo Colubi, Agustín*

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 28 de julio de 2022, por medios electrónicos, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 29 de marzo de 2022 -registrada de entrada el día 13 del mes siguiente-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por los daños sufridos como consecuencia del fallecimiento de su familiar que atribuyen al mantenimiento de un tratamiento conservador en detrimento de la opción quirúrgica, tardíamente aplicada.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** El día 8 de julio de 2021 la interesada, en su propio nombre y derecho y en nombre y representación de su hija menor de edad, presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos como consecuencia del fallecimiento de su familiar, que atribuye al erróneo mantenimiento de un tratamiento conservador y la falta de intervención quirúrgica en atención al cuadro clínico y que se llevó a cabo en un momento tardío.

Expone que el paciente falleció el día 23 de diciembre de 2020 a los 50 años, habiendo comenzado a sufrir dolor abdominal y vómitos en agosto de 2020, y que durante este mes realizó varias consultas en el Centro Periférico ....., "la mayoría de las cuales fueron telefónicas", pautándosele "protector gástrico y diferentes recomendaciones en relación a la dieta./ El día 31 de agosto de 2020 acude nuevamente al centro de salud refiriendo (la) misma sintomatología. Con el diagnóstico de colelitiasis, se pautó al paciente Omeprazol".

Indica que "en los días posteriores, ante la ausencia de mejoría, se dan al paciente diversas pautas, siempre de forma telefónica (...). Finalmente, ante la persistencia de los síntomas, con fecha 11 septiembre se decide cursar interconsulta con el Servicio de Digestivo./ A la espera de dicha consulta (...), el día 13 de septiembre mientras (...) conducía por la autopista se produjo un vómito. Se avisa al Servicio 112" y se le traslada al Centro de Salud ....., pautándosele Buscapina.

Explica que el 26 de septiembre de 2020 "acude nuevamente a su centro de salud", donde se solicita la práctica de una ecografía abdominal con carácter preferente, y que "al día siguiente, 27 de septiembre, se realiza esta en el Hospital `X´", confirmándose "el diagnóstico de colelitiasis que un mes antes ya había dado su médico de cabecera (...). Como hallazgo casual" se evidencia en dicha prueba "un bloqueo auriculoventricular asintomático, probablemente de origen congénito (ya conocido), por lo que se aconsejó la implantación de marcapasos, solicitando derivación del paciente al Servicio de Cardiología para valoración. Ante este hallazgo, el problema de vómitos que había llevado al paciente al hospital quedó olvidado en un segundo plano".

Manifiesta que el 16 de noviembre de 2020 se efectúa "gastroscopia para estudio de dispepsia (...), para descartar una posible bacteria como causante de los vómitos", y que "en la madrugada del día 27 de noviembre 2020 (...) ingresó en el Servicio de Urgencias" del Hospital "X" por "dolor abdominal, vómitos y abdomen endurecido". Se realiza "ecografía abdominal y analítica de urgencia (...). Con el diagnóstico de colecistopancreatitis aguda se decidió su ingreso para iniciar tratamiento antibiótico./ El día 30 de noviembre se informó

en analítica realizada de acidosis metabólica y leucocitosis grave. Motivo por el que se decide su traslado” al Hospital “Y” “ante un cuadro de sepsis de origen abdominal./ A su llegada (...) es ingresado en UCI ante la gravedad del cuadro: taquipnéico, con regular estado general./ Se realizaron diversas pruebas diagnósticas destacando los hallazgos en TAC abdominopélvico, con presencia de abundante líquido libre, infartos esplénicos y pancreatitis evolucionada. La analítica informa de una acidosis metabólica importante”.

Señala que “presentó un cuadro de bradicardia extrema a su llegada que obligó a la colocación de un marcapasos provisional, con intubación y conexión a ventilación mecánica y administración de fármacos vasoactivos. Entre las complicaciones (...) presentaba oliguria debido a una falsa vía urinaria colocada” en el Hospital “X” que hubo de ser recolocada.

Destaca que “el diagnóstico fue de shock séptico secundario a colecistopancreatitis grave, que se ha producido por causa de la infección pancreática, con disfunción multiorgánica asociada”.

Incide en que “ingresado en UCI se pautó tratamiento nutricional y antibióticos de amplio espectro para tratar el fracaso multiorgánico que (...) presentaba”, repitiéndose el “TAC abdominopélvico el día 9 de diciembre de 2020, que informa de una situación evolucionada respecto del TAC previo (...): se observan signos de pancreatitis aguda necrotizante, de mayor grado que en el TAC anterior, habiendo aumentado también el líquido libre abdominal y los cambios inflamatorios del tejido conjuntivo abdominal./ Ha aumentado también el edema de las glándulas pancreáticas de predominio en cabeza, que sugiere una necrosis de la glándula de más de 50 %”.

Afirma que “durante todo este tiempo, y a pesar de conocerse la gravedad del cuadro, así como la presencia de abundante líquido libre (...), no se realiza una punción diagnóstica de este líquido para valorar la posible infección del mismo y, en tal caso, proceder a su drenaje (...). Estaba indicada tal comprobación”. El “TAC de (...) 9 de diciembre informa de un proceso agravado respecto de la situación del paciente a la fecha de su ingreso el día 30 de noviembre que confirma que el tratamiento conservador no está siendo efectivo”, pero “no se cambia la actitud terapéutica y se mantiene./ En esta

situación se realiza nuevo TAC de control el día 17 de diciembre que muestra un franco empeoramiento respecto del anterior” y que, “al igual que en las anteriores ocasiones, tampoco en ese momento” se decide “la realización de intervención quirúrgica, a pesar de existir tres TAC correlativos que informan de gran cantidad de líquido libre y pancreatitis evolucionada, con una progresión hacia el claro empeoramiento y compromiso del paciente en relación a la situación previa informada ya en la ecografía realizada el día 27 de noviembre” en el Hospital “X”. Reseña que “han pasado 18 días (3 semanas) desde el ingreso del paciente (...) sin que se adopte ninguna actuación terapéutica más allá de la actitud conservadora decidida al ingreso, que se mantiene inalterada a pesar del franco empeoramiento radiológico./ Se realiza nuevo TAC el día 22 de diciembre de 2020 que informa (...) de una necrosis completa pancreática infectada con presencia de burbujas de gas en celda pancreática propias de sobreinfección de la necrosis (...). Es en ese momento cuando se decide intervención quirúrgica urgente (...). La situación era ya de extrema gravedad./ Dicha cirugía, practicada en la madrugada del 22 de diciembre de 2020, consistió en lavado de la cavidad y colocación de drenajes para limpiar unas colecciones que abarcan un amplio campo, muy evolucionadas respecto de la primera visualización en ecografía realizada el día 27 de noviembre (casi un mes antes)./ El páncreas presenta ya una situación catastrófica, con una necrosis completa por sobreinfección secundaria a ese proceso séptico no resuelto durante las 4 semanas que el paciente lleva ingresado”.

Afirma que “este procedimiento de limpieza quirúrgica estaba indicado desde el mismo día del ingreso (...), el día 30 de noviembre, y hubiera evitado la progresión de las colecciones infecciosas y la necrosis completa del páncreas (...). Pero la pauta terapéutica no ha cambiado a lo largo de todo este tiempo, manteniendo tratamiento conservador que no es resolutivo en absoluto./ La ineficacia de los tratamientos conservadores aplicados se objetiva por los referidos TAC de control seriados que se efectúan. De tal modo que no se justifica que no se adoptara una actuación inmediata para frenar la progresión de la infección”.

Concluye que “la no realización de dicha cirugía para evitar la progresión del cuadro infeccioso llevó a la situación de extrema gravedad del paciente en el momento de decidirse la cirugía de urgencia el día 22 de diciembre. De haberse efectuado precozmente dicha intervención quirúrgica se hubiera evitado el fallecimiento del paciente”.

Entiende que ha concurrido mala praxis y que “existió una incorrecta actuación médica que motivó el fallecimiento (...) ante un manejo inadecuado de la situación de pancreatitis cada vez más grave (...). Todas las medidas adoptadas fueron siempre de tipo conservador, decidiendo únicamente la intervención quirúrgica cuando la situación del paciente era ya de extrema gravedad y con pocas probabilidades de superar el cuadro./ De haberse adoptado la decisión de intervenir previamente cuando se podía y debía, a la vista del progresivo empeoramiento radiológico y nula efectividad de las medidas conservadoras únicas pautadas, se hubiera evitado el fallecimiento del paciente”.

Cuantifica la indemnización que solicita en trescientos cinco mil novecientos cuarenta y ocho euros con setenta y cuatro céntimos (305.948,74 €), de los cuales 127.126,18 € corresponderían a la viuda y 178.822,56 € a la hija.

Acompaña un formulario normalizado de “autorización para presentar solicitudes en nombre del solicitante interesado” por medio del cual la reclamante autoriza a otra persona para presentar en el registro su solicitud y copia de los documentos nacionales de identidad del fallecido, de su esposa y de la hija de ambos; del Libro de Familia; de la inscripción registral del matrimonio; de la inscripción registral del fallecimiento; del acta notarial de declaración de herederos y de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas presentada en el año 2020 por el fallecido, así como de diversa documentación clínica.

**2.** Mediante oficio de 30 de julio de 2021, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a las interesadas 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 Servicios y Centros Sanitarios designado al efecto, el 1 de septiembre de 2021 la Gerencia del Área Sanitaria IV le remite una copia de la historia clínica del paciente y los informes elaborados por los Servicios de Medicina Intensiva y de Cirugía General del Hospital "Y".

El informe suscrito por la Médica Adjunta del Servicio de Medicina Intensiva (UCI Polivalente) señala que el paciente ingresó en el Servicio trasladado desde el Hospital "X" "el día 30 de noviembre de 2020 con el diagnóstico de shock séptico secundario a colecistopancreatitis en situación de fallo multiorgánico", y explica que presentaba "bloqueo auriculoventricular completo, precisando la implantación de un marcapasos provisional monocameral./ Fracaso renal anúrico, precisando soporte renal externo./ Insuficiencia respiratoria que precisó de ventilación mecánica./ Se inicia tratamiento con antibióticos de amplio espectro y se realiza TC abdominal urgente, siendo valorado por el Servicio de Cirugía General en ese momento y durante todo su ingreso".

Reseña que "durante los primeros días de estancia en UCI mantuvo una situación clínica sin grandes cambios, salvo por un síndrome febril con leucocitosis, obteniendo como único resultado positivo el crecimiento de *Aspergillus fumigatus* en muestras respiratorias, que se trató de acuerdo a la sensibilidad informada por el Servicio de Microbiología y que evolucionó favorablemente (...). Tras recibir el informe del TC abdominal de control realizado el día 9 de diciembre de 2020 (...), el día 10 de diciembre realizamos paracentesis diagnóstica guiada por ecografía, obteniendo un líquido serohemático cuyo resultado microbiológico fue negativo. Es preciso recalcar que durante toda su estancia se trató con antimicrobianos de amplio espectro./ Durante este periodo los reactantes inflamatorios presentaron un descenso progresivo, realizándose el día 16 de diciembre de 2020 un nuevo TC de control rutinario".

Indica que “en los días sucesivos presentó una evolución tórpida tomándose nuevas muestras de cultivos y ampliándose la cobertura antimicrobiana. Es en la madrugada del 22 de diciembre de 2020 cuando el paciente presenta un agravamiento en su situación clínica consistente en deterioro hemodinámico brusco con acidosis metabólica, por lo que se realizó TC abdominal urgente (...) en el que se informa de empeoramiento en los signos de pancreatitis necrotizante con signos sugerentes de sobreinfección, sin modificación del volumen de las colecciones peripancreáticas. Ante estos hallazgos es intervenido de urgencia por el Servicio de Cirugía General, que tomó muestras de líquido para su cultivo en el Servicio de Microbiología en las cuales no se obtuvo crecimiento de gérmenes./ Finalmente, el paciente (...) es exitus el 23 de diciembre de 2020”.

El informe del Jefe del Servicio de Cirugía General expone que se trata de un paciente ingresado en el Hospital “X” el 27-XI-20 por un cuadro de dolor abdominal de 24 horas de evolución. Es trasladado a (la) Unidad de Cuidados Intensivos del (Hospital `Y´) el 30-XI-2020 con el diagnóstico de pancreatitis aguda grave, por ser el (...) hospital de tercer nivel (de) referencia en Asturias para casos complejos”.

Explica que “durante su ingreso (...) requiere hemodiálisis por fracaso renal agudo anúrico, antibioterapia de amplio espectro, marcapasos miocárdico por bradicardia extrema, drogas vasoactivas y traqueostomía. Como consecuencia de la pancreatitis presenta necrosis progresiva de casi todo el páncreas”.

Señala que el día 10 de diciembre de 2020 “se realiza paracentesis abdominal diagnóstica con salida de líquido serohemático de aspecto inflamatorio que se envía a cultivo. Según refiere el médico de la UCI el 18 de diciembre, no hay infección demostrada; el cultivo de líquido peritoneal era estéril (10-12) y los hemocultivos negativos (12-12)”.

Aclara que “el Servicio de Cirugía sigue considerando que la intervención no está indicada, dado que no se observan abscesos y las colecciones no están organizadas. Se extraen hemocultivos y al día siguiente se aprecia crecimiento de bacilos Gram negativos en sangre (...) que resultan ser Bacteroides”.

Incide en que durante su estancia en el Hospital "X" se realiza TAC en 4 ocasiones, al ingreso el día 30-X; el 9 y el 16-XII, en los que los hallazgos no hacen que se considere indicada la cirugía ni el drenaje intervencionista; y el último el 22-XII, en el que se aprecian ya colecciones organizadas que se considera que deben ser drenadas, por lo que es intervenido ese mismo día. En el acto quirúrgico se constató moderada salida de gas tras la apertura de la cavidad abdominal y abundante cantidad de líquido libre intraabdominal de aspecto serohemático, con restos de esfacelos y necrosis pancreática. No se encontraron colecciones purulentas", subrayando que "los cultivos de líquido peritoneal obtenido durante la cirugía el 22-12 resultan estériles".

Señala que el paciente "fallece el 23-12-21 a las 5:45 a. m. por fallo multiorgánico en el contexto de shock séptico secundario a pancreatitis aguda necrotizante".

Afirma que "los médicos del Servicio de Medicina Intensiva y los del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo (...) le atendieron puntualmente a diario, razonando los estudios diagnósticos a realizar y los tratamientos más adecuados".

El informe realiza una valoración de los criterios de tratamiento quirúrgico, explicando que "las guías actuales para el tratamiento de pacientes con pancreatitis aguda necrotizante recomiendan que la intervención invasiva para la necrosis pancreática se posponga a 4 o más semanas desde el inicio de la enfermedad", incidiendo en que "incluso se considera que en pacientes con pancreatitis aguda necrotizante y necrosis infectadas la cirugía puede evitarse sin comprometer el pronóstico y el resultado". Añade que "la ausencia de colecciones organizadas y de abscesificación", con base en los conocimientos actuales, "representa una contraindicación para la cirugía por su elevada mortalidad".

Concluye que "la atención médica al paciente por los servicios de UCI y Cirugía fue profesional de alto nivel, cumplió con las expectativas y se llevó a cabo buscando el máximo beneficio para el paciente, tal y como muestran los registros de la historia clínica", y que "el cultivo de líquido abdominal resultó estéril. Con la cirugía tampoco se demostró infección de las colecciones

intraabdominales en los cultivos, ni se encontró pus, pero no se descarta la infección por los signos radiológicos con el hallazgo de gas en el último TAC, así como en la cirugía. Se encontró infección en sangre por gérmenes intestinales que podrían haber llegado por vía venosa mediante translocación bacteriana”.

4. Con fecha 6 de septiembre de 2021, el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios solicita de la Gerencia del Hospital “X” una copia de la historia clínica del paciente, tanto de Atención Primaria como de Atención Especializada, y los informes de su médico de Atención Primaria y del Servicio de Cirugía General. Se reitera la solicitud el 22 de octubre de 2021.

El día 26 de octubre de 2021, la Gerente del Área Sanitaria VII le traslada la documentación solicitada.

El informe emitido por el Médico de Familia del Consultorio ..... refleja que “el paciente hizo una consulta telefónica el día 31-08-2020 (...) refiriendo clínica de reflujo y digestiones pesadas desde hacía un tiempo. Dada la situación de pandemia (...) la mayoría de las consultas se intentaban resolver por vía telefónica si era posible. En la historia clínica figura diagnóstico de ‘colelitiasis’, este diagnóstico lo añadí posteriormente cuando se confirmó el mismo, previamente figurada como ‘pendiente’. No aprecié, por la sintomatología que refería el paciente, criterios de gravedad o urgencia y le pauté Omeprazol 20 mg/24 h y le pedí analítica de sangre, orina y heces. No constan en la historia clínica consultas previas por este motivo./ En la historia clínica consta que 11-09-2020 fue atendido por un médico sustituto que solicitó consulta al Servicio de Digestivo./ El 24-09-2021 (*sic*) (...) hizo otra consulta telefónica y ante la no mejoría de los síntomas le cité (...) para valorarle y explorarle (en la historia clínica solo figura consulta telefónica). En el momento de atenderle (...) estaba totalmente asintomático, con una exploración normal y todos los análisis solicitados eran normales. Dados los síntomas que refería solicito una ecografía de modo preferente./ El 27-09-2020 (*sic*) (...) acudió al Servicio de Urgencias (...). No volví a ver al paciente con posteridad”.

La Jefa del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital “X” informa que el enfermo estaba “ingresado a cargo de Cardiología

para estudio y tratamiento de un bloqueo auriculoventricular 2:1" cuando, el 27 de septiembre de 2020, se tramita una petición de interconsulta ambulatoria, citándosele en la consulta de Cirugía General el 9 de noviembre de 2020. Indica que figura "en la nota de curso clínico que (...) refiere dolores epigástricos de 2 meses de evolución, casi a diario, con vómitos que alivian el dolor. No otros síntomas de alarma", y que tras la práctica de diversos estudios se establece el diagnóstico de "colelitiasis múltiple, sin hallazgos ecográficos concluyentes de colecistitis aguda".

Explica que "la clínica del paciente pudiera ser compatible con cólico biliar, pero es necesario realizar previamente gastroscopia para descartar gastritis/neo gástrica. Y que la exploración clínica no encaja con cólico biliar puesto que las molestias son en fosa ilíaca derecha", por lo que "le solicita TAC abdominal y analítica con marcadores tumorales con la intención de si la gastroscopia es negativa incluir en lista de espera quirúrgica preferente para colecistectomía LPC./ Aunque previamente debía acudir a la Unidad de Arritmias del (Hospital `Y´) para colocar marcapasos definitivo. Parece ser que desde esta Unidad se citó al paciente, pero él mismo prefirió retrasar dicha colocación hasta febrero 2021 y anuló la cita".

Añade que el día 16 de noviembre de 2020 se realiza una gastroscopia que da como resultado gastritis crónica y el día 24 del mismo mes se efectúa un TAC abdominal. El paciente acude a Urgencias el día 27 e ingresa a cargo del Servicio de Cirugía General con "el diagnóstico de pancreatitis litiásica aguda, colecistitis y reacción leucemoide./ Se realiza TAC abdominal urgente que muestra colecistopancreatitis aguda", practicándosele una analítica urgente. Explica que se inicia en ese momento el "tratamiento indicado en la pancreatitis aguda, con fluidoterapia intravenosa y antibiótico de amplio espectro", solicitándose "interconsulta a Cardiología para activar la colocación de marcapasos". Señala que "la evolución del paciente no es buena, presentando insuficiencia renal" (se realiza un primer sondaje vesical el día 29, debiendo cambiarse la sonda el mismo día y al siguiente por ausencia de diuresis). Además, presenta acidosis metabólica y shock séptico", y el día 30 de

noviembre se presenta el caso a la UCI del Hospital "Y", que acepta el traslado del paciente y se lleva a cabo en UCI móvil.

**5.** El día 29 de noviembre de 2021 emite informe pericial a instancia de la compañía aseguradora de la Administración un especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo.

En él señala que la reclamación se basa en una supuesta incorrecta valoración y manejo de la pancreatitis aguda grave necrotizante que padecía el paciente y una inobservancia del deber de cuidado de los profesionales que le atendieron durante su ingreso en el Hospital "Y" desde el 30 de noviembre de 2020, lo que condujo a un agravamiento y al fallecimiento posterior. Respecto al manejo de la necrosis pancreática, explica ampliamente sus características y gravedad y la evolución de su tratamiento en las últimas décadas, poniendo de relieve la preferencia actual por las opciones terapéuticas conservadoras, con una tendencia restrictiva en la utilización de la cirugía en esta enfermedad. Así, advierte que los estudios recientes confirman que la necrosectomía precoz no es beneficiosa para los pacientes con necrosis estéril (no infectadas) y que la demora en la cirugía, para permitir la demarcación del proceso en el crítico del tejido sano y viable, da como resultado mejores resultados, incluida una menor mortalidad quirúrgica. Aclara que, en contra de lo manifestado en la reclamación, el seguimiento realizado al paciente fue exhaustivo y acorde a las recomendaciones y guías de práctica clínica, y que no cabe afirmar que "desde el inicio" se tratase de una pancreatitis aguda necrotizante sobreinfectada, dado que "todos los cultivos del líquido abdominal realizados (...) fueron negativos y/o estériles".

Concluye que "la actuación de todos los profesionales que han atendido y seguido de forma estrecha y continuada al paciente ha sido correcta y ajustada a la *lex artis ad hoc*, sin poder establecer ninguna inobservancia del deber de cuidado ni retraso diagnóstico y/o terapéutico. La toma de decisiones, en todo momento, ha sido correcta y avalada por la literatura científica publicada al respecto".

**6.** Mediante oficio notificado a la reclamante el 27 de enero de 2022, la Jefa de la Sección de Apoyo del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándole una copia de los documentos obrantes en el expediente.

No consta en este que se hayan formulado alegaciones.

**7.** El día 14 de enero de 2022, la interesada presenta un escrito en el que indica que “a pesar del tiempo transcurrido” no ha tenido “noticia alguna sobre el estado del expediente”, por lo que solicita “una copia de todo lo actuado”.

**8.** El día 2 de marzo de 2022, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y del Registro de Instrucciones Previas formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella, tras exponer los antecedentes del caso, concluye que “la actuación de los profesionales que han atendido y seguido de forma estrecha y continuada al paciente ha sido correcta y ajustada a la *lex artis ad hoc*, sin poder establecer ninguna inobservancia del deber de cuidado ni retraso diagnóstico y/o terapéutico. La toma de decisiones, en todo momento, ha sido correcta y avalada por la literatura científica publicada al respecto. No hay ninguna pérdida de oportunidad terapéutica atribuible al supuesto retraso o demora en la cirugía realizada, y no existe nexo causal entre el fallecimiento (...) y la actuación de los profesionales que han visto y seguido al paciente durante todo el proceso asistencial”.

**9.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 29 de marzo de 2022, 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 las interesadas activamente legitimadas para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron. Tratándose del daño sufrido por ambas y siendo una de ellas menor de edad, ostenta la representación legal de esta su madre, en cuanto titular de la patria potestad, tal y como ha quedado debidamente acreditado en el expediente, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 162 del Código Civil.

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 8 de julio de 2021, y el fallecimiento del perjudicado se produce el día 23 de diciembre de 2020, por lo que es claro que se acciona dentro del plazo de un año legalmente determinado.

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

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

Sin embargo, se 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 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21 y 24.3, letra b), de la referida Ley.

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

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

efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 34 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Solo 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 las interesadas reclaman una indemnización por los daños sufridos como consecuencia del fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, que atribuyen a una deficiente actuación sanitaria, concretada en el erróneo mantenimiento de un tratamiento conservador y la demora en la práctica de una intervención quirúrgica cuando

el paciente se encontraba en una situación de extrema gravedad, entendiéndose que de haberse llevado a cabo antes se hubiera evitado el deceso.

La documentación obrante en el expediente acredita la defunción del enfermo en la fecha indicada en un hospital público, por lo que cabe presumir el daño sufrido por su esposa e hija.

Ahora bien, 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 *per se* 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 las interesadas no tuvieran el deber jurídico de soportar.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo (por todos, Dictamen Núm. 227/2021), 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 las 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, 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 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. Esto es, ha de constatarse tanto el reproche culpabilístico como el engarce fáctico entre el tratamiento dispensado u omitido y el resultado dañoso.

En este sentido, y con carácter preliminar, debemos advertir que a pesar de que incumbe la carga de la prueba a las reclamantes, no desarrollan una actividad probatoria idónea al respecto. En consecuencia, este Consejo Consultivo ha de formar su convicción sobre la base de los informes técnico-médicos especializados que obran en el expediente.

En el supuesto analizado, las interesadas sostienen que concurre mala praxis por un inadecuado manejo del cuadro clínico -pancreatitis aguda-, con falta de control y adopción de medidas a pesar del progresivo empeoramiento del paciente que justificaba la necesidad de una temprana intervención quirúrgica. Objetan además que no se realizó una extracción y cultivo de líquido intraabdominal peripancreático.

Tras exponer las distintas situaciones por las que fue pasando el enfermo desde que en el mes de agosto -según consta- presenta reflujo y diversas

molestias hasta que es atendido en el Hospital "X" y, finalmente, en el Hospital "Y", el reproche se centra en considerar que se ha producido un retraso en el tratamiento y una falta de control evolutivo del paciente, causantes en último término de su muerte. Entre las medidas que consideran necesarias figura la no realización de un cultivo del líquido intraabdominal peripancreático que presentaba el paciente.

Debe aclararse que la muerte se produce a las 5:45 horas del día 23 de diciembre de 2020 "por fallo multiorgánico en el contexto de shock séptico secundario a pancreatitis aguda necrotizante".

Centrándonos en el cuadro general que mostraba el paciente, si bien constan diversas consultas en el centro de salud, algunas telefónicas dada la situación generada por la pandemia de COVID-19, motivadas por molestias y, después, vómitos, con pérdida de peso desde finales de agosto de 2020 y durante el mes de septiembre, queda acreditada en el expediente la realización de distintas pruebas y la valoración y justificación por parte del personal sanitario de las decisiones adoptadas. Así, el Médico de Familia del Consultorio ..... informa que tras la consulta telefónica de 24 de septiembre atiende al paciente personalmente, encontrándolo "totalmente asintomático, con una exploración normal y todos los análisis (...) normales. Dados los síntomas que refería solicita una ecografía de modo preferente".

El día 27 de septiembre es atendido en el Hospital "X" y, si bien en la reclamación se afirma que en ese momento se le realiza una ecografía abdominal que confirma "el diagnóstico de colestiasis" al que se había llegado el 31 de agosto por parte de su médico de Atención Primaria, este aclara en su informe que "en la historia clínica figura (el) diagnóstico de `colelitiasis`, este diagnóstico lo añadí posteriormente cuando se confirmó el mismo, previamente figuraba como `pendiente`", lo que coincide con lo informado por la Jefa del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital "X", que explica que el paciente estaba "ingresado a cargo de Cardiología para estudio y tratamiento de un bloqueo auriculoventricular 2:1" cuando, el 27 de septiembre del 2020, se tramita una petición de interconsulta ambulatoria, citándosele en la consulta de Cirugía General el 9 de noviembre de 2020", y que se hace

“constar en la nota de curso clínico que (...) refiere dolores epigástricos de 2 meses de evolución, casi a diario, con vómitos que alivian el dolor. No otros síntomas de alarma”, y que es tras la práctica de diversos estudios que se llevan a cabo en ese momento cuando se alcanza el diagnóstico de “colecistitis múltiple, sin hallazgos ecográficos concluyentes de colecistitis aguda”.

En los informes obrantes en el expediente se acredita un control constante del paciente a lo largo de todo el proceso objeto de análisis, con la realización de numerosas pruebas. El día 16 de noviembre de 2020 se le efectúa una gastroscopia que da como resultado gastritis crónica, el día 24 un TAC abdominal y el día 27 ingresa a cargo del Servicio de Cirugía General por un cuadro de dolor abdominal de veinticuatro horas de evolución. El diagnóstico es de pancreatitis litiásica aguda, colecistitis y reacción leucemoide, practicándosele un TAC abdominal urgente que muestra colecistopancreatitis aguda. En este momento se inicia un tratamiento con fluidoterapia intravenosa y antibiótico de amplio espectro y se solicita una interconsulta al Servicio de Cardiología para activar la colocación de marcapasos dada la situación. Puesto que la evolución del paciente “no es buena, presentando insuficiencia renal” y “acidosis metabólica y shock séptico”, se plantea su traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital “Y”.

El paciente ingresa en dicha Unidad el día 30 de noviembre de 2020 con el diagnóstico de shock séptico secundario a colecistopancreatitis en situación de fallo multiorgánico, y presentaba “bloqueo auriculoventricular completo, precisando la implantación de un marcapasos provisional monocameral./ Fracaso renal anúrico, precisando soporte renal externo./ Insuficiencia respiratoria que precisó de ventilación mecánica”.

La reclamación parece centrar su reproche en la actuación sanitaria llevada a cabo desde este ingreso señalando, por una parte, que “durante todo este tiempo y a pesar de conocerse la gravedad del cuadro, así como la presencia de abundante líquido libre (...), no se realiza una punción diagnóstica de este líquido para valorar la posible infección del mismo y, en tal caso, proceder a su drenaje (...). Estaba indicada tal comprobación”. Sin embargo, tal imputación no se corresponde con la realidad, pues en el expediente consta

acreditado que se practicó un cultivo de líquido peritoneal con resultado negativo el día 10 de diciembre de 2020, momento en el que, a tenor de las circunstancias concurrentes, se revelaba como idóneo. Tras ello, el día 12 se efectúan hemocultivos cuyo resultado es también negativo. Debe señalarse que los informes médicos indican que "si el material aspirado (...) es estéril se debe continuar el tratamiento conservador durante cuatro a seis semanas, no recomendándose ninguna actuación quirúrgica ni de drenaje percutáneo, puesto que no aumenta la supervivencia y se corre el riesgo de sobreinfección de las colecciones líquidas peripancreáticas".

En segundo lugar, y como cuestión central, en la reclamación se indica que a la luz de los resultados de las pruebas realizadas el día del ingreso en el Hospital "Y" -30 de noviembre-, en particular lo mostrado por el TAC, cuando estas pruebas se repiten el día 9 de diciembre y después el día 16, mostrando un empeoramiento en la situación del paciente, no se adoptan cambios en el tratamiento, que sigue siendo conservador, lo que es interpretado como mala praxis y determinante del fallecimiento, llegando a sugerirse la idoneidad de intervenir quirúrgicamente en ese momento. Sin embargo, en ninguno de esos tres controles radiológicos se realizan hallazgos que indiquen la necesidad de efectuar un drenaje percutáneo ni quirúrgico (al respecto, no se puede obviar que el paciente había ingresado, además, con bloqueo auriculoventricular, fracaso renal e insuficiencia respiratoria).

Es ante el deterioro hemodinámico brusco con empeoramiento de la situación hemodinámica y acidosis láctica cuando el equipo médico decide realizar un nuevo TAC abdominopélvico y, a la vista de su resultado, llevar a cabo una intervención quirúrgica de urgencia el 22 de diciembre, falleciendo el paciente en la madrugada del día 23.

Los informes médicos incorporados al expediente, y que no han sido contradichos por las reclamantes, justifican razonadamente la adopción de las sucesivas decisiones que se fueron tomando durante todo el tiempo en que el paciente es atendido en la UCI del Hospital "Y" por el personal sanitario con base en criterios contrastados, que se revisan a diario por dicho personal. Consta además en el expediente, sin acreditación técnica de contrario, que "las

guías actuales para el tratamiento de pacientes con pancreatitis aguda necrotizante recomiendan que la intervención invasiva para la necrosis pancreática se posponga a 4 o más semanas desde el inicio de la enfermedad”, incidiendo en que “incluso se considera que en pacientes con pancreatitis aguda necrotizante y necrosis infectadas la cirugía puede evitarse sin comprometer el pronóstico y el resultado”, añadiendo que “la ausencia de colecciones organizadas y de abscesificación”, con base en los conocimientos actuales, “representa una contraindicación para la cirugía por su elevada mortalidad”. En el caso concreto, los hallazgos que se obtienen a través de las distintas pruebas y analíticas, en particular, los controles radiológicos y los hemocultivos, no avalaban ni la cirugía inmediata ni el drenaje invasivo, que podían comprometer la situación del paciente. De hecho, cuando en el TAC que se realiza el día 22 de diciembre se aprecian colecciones peripancreáticas con signos radiológicos de sobreinfección (presencia de gas) y pasa a resultar indicada la intervención esta se lleva a cabo ese mismo día.

En definitiva, las periciales incorporadas al expediente permiten concluir que durante todo el periodo asistencial que sigue al diagnóstico de una primera dolencia el paciente fue sometido a diversas pruebas y a tratamientos acordes a la sintomatología y al resultado de aquellas, que se evaluaban en cada momento, acordándose su ingreso al constatarse la gravedad de su dolencia. Consta debidamente acreditado que durante su ingreso en el Hospital “Y” el enfermo fue visto y seguido de forma continuada y estrecha por el Servicio de Cuidados Intensivos y de Cirugía General y del Aparato Digestivo, existiendo anotaciones médicas diarias describiendo el plan terapéutico más adecuado acorde a su situación clínica compleja, y ponderando de manera razonada la práctica de intervenciones invasivas que podían poner en riesgo al paciente, quien, desafortunadamente, fallece a causa de la enfermedad que padecía, de elevada mortalidad.

En conclusión, queda justificado que 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 la reclamante, quien ni a lo largo del procedimiento ni en el

trámite de audiencia -al que no comparece- ha acudido al derecho que la ley le confiere para presentar pericias que acrediten que el daño padecido guarda relación con una mala praxis médica.

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,