

Dictamen Núm. 216/2023

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 11 de octubre de 2023, 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 23 de mayo de 2023 -registrada de entrada el día 31 de ese 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 esposa y madre, respectivamente, como consecuencia de la asistencia prestada por el servicio de salud.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 15 de noviembre de 2022 una abogada, en nombre y representación de los interesados, presenta en una oficina de correos una reclamación de responsabilidad patrimonial -dirigida al Servicio de Salud del Principado de Asturias- por los daños derivados del fallecimiento de su familiar, que atribuyen a una negligente actuación del servicio público sanitario.

Con base en el informe pericial que aportan, consideran que los facultativos encargados del seguimiento y tratamiento de su familiar incurrieron

en graves infracciones de la *lex artis ad hoc* por retraso en la instauración del tratamiento quirúrgico de la estenosis carotídea, con la consiguiente pérdida de oportunidad y falta de administración del tratamiento adecuado, lo que provocó una cetoacidosis diabética que, a su juicio, desembocó en el fallecimiento de la perjudicada.

Cuantifican el daño sufrido en ciento cincuenta y cinco mil setecientos veintiséis euros con noventa y cuatro céntimos (155.726,94 €), de los cuales 112.097,55 € corresponderían al cónyuge viudo y 21.492,37 € y 22.137,02 €, respectivamente, a cada uno de los hijos. No obstante, advierten que “la pérdida de oportunidad” de la paciente “no sería inferior al 95 %”, por lo que “de estimarse una pérdida de oportunidad terapéutica deberían minorarse las indemnizaciones descritas en un 5 % sobre las cantidades (...) reseñadas”, resultando entonces una cuantía de 106.492,67 € para el cónyuge y de 20.417,75 € y 21.030,17 €, respectivamente, para cada uno de los hijos.

Por medio de otrosí, solicitan que se incorpore al expediente la historia clínica completa de la paciente y se remita la misma a los reclamantes.

Adjuntan copia, entre otros, de los siguientes documentos: a) Informe pericial elaborado el 9 de octubre de 2022 por un especialista en Medicina Interna, Neumología y Cuidados Intensivos y Medicina Legal y Forense. b) Certificado de defunción. c) Libro de familia. d) Documento nacional de identidad de los interesados. e) Poder general para pleitos. f) Factura de los gastos de sepelio. g) Escritos dirigidos al Hospital, a la Gerencia del Área Sanitaria V, al Centro de Salud y a la Fundación solicitando la historia clínica de la paciente. h) Diversa documentación médica relativa al proceso de referencia.

2. Mediante oficio de 21 de diciembre de 2022, la Jefa de la Sección de Apoyo del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica a la representante de los interesados la fecha de recepción de su reclamación en el referido Servicio, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. Previa petición formulada por la Instructora del procedimiento, el 2 de febrero de 2023 el Gerente del Área Sanitaria V le remite un CD que contiene una copia de la historia clínica de la paciente, así como los informes librados por los Servicios intervinientes.

El informe suscrito por la Jefa del Servicio de Medicina Intensiva se limita a reproducir la evolución clínica de la paciente durante su ingreso en este Servicio.

Por su parte, el Jefe de la Sección de Angiología y Cirugía Vascolar informa que “se han seguido las recomendaciones de las guías internaciones y los protocolos habituales para el tratamiento de esta patología, y se han decidido las actuaciones de acuerdo con el Servicio de Neurología de referencia (Fundación). Las complicaciones han sido típicas, descritas en el documento firmado de consentimiento informado y clínicamente no relevantes”.

El Facultativo Especialista del Área de Neurología del Hospital señala en su informe que la perjudicada era paciente de la Sección de Neurología de la Fundación, habiendo tenido contacto con ella únicamente el día 23 de noviembre de 2021 durante la hospitalización en el Servicio de Traumatología por “fractura de ramas pélvicas”. Explica que “los hallazgos y la evolución sugerían que el coma de la paciente es de origen metabólico en relación con acidosis metabólica y shock hipodinámico, descartándose la presencia de patología estructural del sistema nervioso central./ Ante esta situación (...) ingresa en (la Unidad de Cuidados Intensivos) para continuidad de cuidados y tratamientos, no precisando nuevas intervenciones por nuestra parte”.

El informe librado por la Directora del Área de Gestión Clínica de Medicina Interna indica, respecto a la asistencia dispensada el día 16 de noviembre de 2021, que la cifra de glucemia capilar elevada y los hallazgos del análisis de orina “se justifican por la situación de ayuno, pero no establecen un diagnóstico de cetoacidosis diabética”. Añade que la paciente presentó “cifras de glucemia estables durante los siguientes días de hospitalización, con buen control glucémico con antidiabéticos orales sin precisar insulina, ya que no todos los pacientes que usan insulina en domicilio la precisan durante una hospitalización”.

4. Obra en el expediente, a continuación, el informe pericial elaborado a instancias de la compañía aseguradora de la Administración el 21 de marzo de 2023 por dos especialistas, uno de ellos en Medicina Interna y el otro en Cirugía General y del Aparato Digestivo. En él formulan, en primer lugar, una serie de consideraciones médicas sobre la estenosis carotídea, la acidosis metabólica, la acidosis láctica, la cetoacidosis diabética, la isquemia intestinal, los cuerpos cetónicos en orina, la Metformina y el Clopidogrel. Tras analizar detalladamente la documentación aportada, concluyen que “el desarrollo de acidosis láctica, shock y fallo multiorgánico no es debido a cetoacidosis diabética (inexistente) ni a la administración de Metformina, sino secundario a isquemia mesentérica severa provocada por aterosclerosis de la circulación esplácnica, con interrupción del flujo sanguíneo a nivel del tronco celíaco, imposible de prever./ La causa fundamental del fallecimiento es la isquemia mesentérica por trombosis arterial del tronco celíaco y sus consecuencias por la interrupción del flujo sanguíneo y aporte de oxígeno a los órganos digestivos./ El pronóstico de este proceso es infausto, con una mortalidad del 80 %”.

5. Concluida la fase de instrucción, el 17 de abril de 2023 la Instructora del procedimiento comunica a los interesados la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

El día 2 de mayo de 2023, presentan éstos un escrito de alegaciones en el que se ratifican “en el contenido íntegro” de su reclamación, y muestran su oposición a las consideraciones médicas formuladas en el informe pericial emitido a instancias de la compañía aseguradora de la Administración, aportando a tales efectos una ampliación del informe pericial que acompañaban a su escrito inicial.

Adjuntan, además del referido informe, un artículo de Internal Medicine 61: 1125-1132, 2022, “Clinical Characteristics Associated with the Development of Diabetic Ketoacidosis in Patients with Type 2 Diabetes” y la ficha técnica de la Metformina y del Clopidogrel.

6. Con fecha 10 de mayo de 2023, la Instructora del procedimiento elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. Con base en lo razonado por los especialistas que informan a instancias de la entidad aseguradora, afirma que “el desafortunado fallecimiento de la paciente ha sido consecuencia de la sepsis y fallo multiorgánico secundarios a la isquemia mesentérica aguda, entidad patológica con mortalidad en torno al 80 %, sin relación causal con la actuación de los profesionales sanitarios, la cual ha sido acorde a la *lex artis ad hoc*”.

7. En este estado de tramitación, mediante escrito de 23 de mayo de 2023, 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 -en tanto que esposo e hijos de la perjudicada- se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron, pudiendo actuar por medio de representante con poder bastante al efecto, a tenor de lo establecido en el artículo 5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC).

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 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 15 de noviembre de 2022 y, habiendo tenido lugar el fallecimiento de la perjudicada el día 24 de noviembre de 2021, cabe concluir que ha sido formulada 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.

Sin embargo debemos recordar, tal y como hemos señalado en ocasiones anteriores a esa misma autoridad consultante (por todas, Dictamen Núm. 179/2019), que la finalidad de la instrucción del procedimiento no es otra que la de proporcionar al órgano competente para resolver los elementos de juicio

imprescindibles para dictar una resolución acertada. Con este propósito, la tramitación debe integrar la aportación de elementos de decisión, tanto por el propio órgano instructor -de acuerdo con los principios de impulso de oficio e inquisitivo- como por otros órganos administrativos, mediante la incorporación de informes, preceptivos o necesarios, y por parte de los interesados, quienes, en aras de la ineludible preservación del principio de contradicción, podrán adjuntar cuantos datos consideren pertinentes en defensa de sus derechos e intereses y desplegar la actividad probatoria que estimen suficiente para demostrar la veracidad de los hechos alegados. Al término de la instrucción deberán estar claros tanto los hechos y las circunstancias en las que se produjo el daño que da lugar a la reclamación como los fundamentos con arreglo a los cuales habrá de pronunciarse la resolución.

Al respecto, este Consejo ya estimó necesario subrayar, dentro del capítulo de "Observaciones y sugerencias" de la Memoria correspondiente al año 2019, la relevancia de que los informes de los servicios sanitarios a los que se imputa el daño resulten minuciosos, razonados -y no descriptivos- y referidos singularmente a los daños y nexo causal invocados por los reclamantes.

En el caso examinado entendemos que la instrucción realizada no ha satisfecho plenamente dicha finalidad, pues tras analizar la documentación remitida no es posible concluir si el fallecimiento de la paciente fue consecuencia de una cetoacidosis diabética y la suspensión del Clopidogrel (antiagregante plaquetario) -como sostienen los reclamantes- o si, por el contrario, se produjo por una sepsis y fallo multiorgánico secundarios a la isquemia mesentérica aguda, sin relación causal con la actuación de los profesionales sanitarios -como defiende la propuesta de resolución-.

En primer lugar, los interesados afirman que hubo un retraso en la instauración del tratamiento quirúrgico -endarterectomía carotídea-, puesto que la paciente "desde 2015 presentaba claros síntomas neurológicos por la severidad de las estenosis carotídeas detectadas ya el 11-02-2016". Sustentan esta tesis sobre el informe pericial elaborado por un especialista en Medicina Interna, Neumología y Cuidados Intensivos y Medicina Legal y Forense, según el

cual, "puesto que (...) había tenido un ictus menor (...) en mayo del 2015, y al tener una estenosis del 65 % izquierda y de cerca del 100 % (pero no oclusiva) de la carótida derecha, tenía indicación de cirugía en aquel entonces".

En cambio, el Jefe de la Sección de Angiología y Cirugía Vascul ar señala que la enferma fue diagnosticada en un principio "como asintomática", por lo que se decidió mantener tratamiento médico y remitir a Neurología para continuar estudios y seguimiento. Por otra parte, reseña que "presentaba en el TAC inicial signos de ateromatosis calcificante en las carótidas en sus trayectos intrapetrosos y severa ateromatosis en los segmentos intracavernosos, circunstancia ésta que aconseja una mayor prudencia en la indicación quirúrgica, porque las lesiones en tándem (severas en este caso) aumentan el riesgo de complicaciones y comprometen el éxito de la cirugía".

Pues bien, en la ampliación del informe pericial de parte se pone de manifiesto que la paciente tuvo varios episodios de accidente isquémico transitorio desde febrero de 2015 hasta diciembre de 2016 (folio 231), y que en ninguno de ellos se la derivó a un Servicio de Urgencias como indica el Código Ictus, lo que evidencia que era una enferma sintomática en la que estaba indicada la endarterectomía. Además, refiere que "en el angioTAC de septiembre de 2020 se menciona que presenta afectación del trayecto intrapetroso e intracavernoso, hallazgo que no se menciona con anterioridad y que constituye un factor de riesgo". Estas alegaciones no han sido debidamente analizadas en la propuesta de resolución, por lo que procede aclarar si la gestión del accidente isquémico transitorio que sufrió en febrero de 2015 fue acorde al Código Ictus o si, por el contrario, hubo un retraso en el diagnóstico y tratamiento de la patología isquémica cerebral como sostienen los reclamantes (folio 246). También debe despejarse si es cierto que de haberse practicado la endarterectomía carotídea desde el comienzo de los síntomas en 2015 -cuyo pronóstico el perito de parte asocia a la edad de la paciente y progresión de la enfermedad- la evolución habría sido distinta.

Por otra parte, consta en el expediente que la paciente fue sometida a una endarterectomía el 4 de noviembre de 2021, y que con fecha 16 de

noviembre acude nuevamente al Servicio de Urgencias tras sufrir una caída. El perito de parte sostiene que “el día del ingreso (...) con fractura de pelvis el 16-11-2021 se cumplían los criterios diagnósticos de hiperglucemia (...) y de alta sospecha de cetoacidosis diabética, pues la glucemia era de 288 mg/dL (...) y los cuerpos cetónicos en orina eran de 3 cruces (muy elevados) (...). Por lo tanto, se debería haber realizado una gasometría arterial para determinar la gravedad del cuadro (...). La mera presencia de leucocitosis, hiperglucemia y cuerpos cetónicos en orina debía haberse seguido de cultivos de sangre y orina, así como una radiografía de tórax el mismo día del ingreso (...). Se debió iniciar tratamiento antibiótico a la espera de los resultados de los cultivos”. Afirma que “la insulina no debió ser suspendida nunca (...). Según las recomendaciones, y sólo por el hecho de presentar una glucemia > 200 se debió iniciar tratamiento en Urgencias con insulina intravenosa (...), se debió aumentar la dosis de insulina rápida”. Y añade que “se debía haber hidratado enérgicamente a la paciente (...). Dicha hidratación no se realizó, lo que contribuiría al desarrollo de una insuficiencia renal y concentración de la sangre que aumentaría el riesgo de desarrollo de trombos y/o hipoperfusión/isquemia de tejidos”.

En contraposición a ello, la Directora del Área de Gestión Clínica de Medicina Interna del Hospital explica que la cifra de glucemia capilar elevada y los hallazgos del análisis de orina “se justifican por la situación de ayuno, pero no establecen un diagnóstico de cetoacidosis diabética. Las analíticas posteriores realizadas a la paciente y su situación clínica, con buena tolerancia oral durante los días posteriores, van en contra de este diagnóstico./ La paciente presenta cifras de glucemia estables durante los siguientes días de hospitalización, con buen control glucémico con antidiabéticos orales sin precisar insulina, ya que no todos los pacientes que usan insulina en domicilio la precisan durante una hospitalización”.

Al respecto, el perito de los reclamantes advierte en su informe que hasta el día antes del fallecimiento las glucemias eran superiores a 110 mg/dL, e insiste en que nunca se debe dejar de administrar insulina mientras haya cuerpos cetónicos presentes. Además, subraya que en el paciente con

cetoacidosis diabética lo que determina la necesidad de insulina no es el nivel de glucemia, sino la persistencia de acidosis. Pone de manifiesto que la paciente no permaneció estable, en contra de lo que se indica por los Servicios implicados, pues presentó insuficiencia renal, tensiones bajas, taquicardia, estreñimiento y vómitos (folio 240). Y en todo caso niega que administrar insulina a un paciente con glucemias normales precipitase una hipoglucemia para el cerebro.

Nuevamente, estas consideraciones médicas tampoco han sido confrontadas en el informe de los servicios intervinientes ni en la propuesta de resolución, por lo que subsisten dudas sobre si la paciente presentó o no una cetoacidosis diabética y si la decisión de suspender la administración de insulina fue adecuada. También debe darse una respuesta a lo cuestionado en la ampliación del informe pericial de parte explicando por qué, si la paciente estaba a tratamiento con insulina y antidiabéticos orales y al ingresar en Urgencias el día 16 de noviembre de 2021 tenía una glucemia ≥ 250 mg/dL (folio 100 de la historia Selene) y cuerpos cetónicos en la orina -criterios propios de una cetoacidosis diabética-, no se valora el estado metabólico con gasometría arterial y seguimiento de la acetonuria hasta que entra en coma el 23 de noviembre de 2021.

Respecto a las causas de la isquemia mesentérica que sufrió la paciente, en el informe pericial de la compañía aseguradora se indica la trombosis arterial por enfermedad aterosclerótica persistente, mientras que el perito de parte lo niega puesto que en el tac no se ve trombo en las arterias, y sostiene que la única posibilidad es la isquemia mesentérica no oclusiva por hipoperfusión.

Finalmente, el autor del informe pericial de parte critica que se mantuviese el tratamiento con Metformina, que "debe suspenderse en situaciones de cetoacidosis o deshidratación (ambas presentes en el presente caso), pues se corre el riesgo de producir una acidosis láctica de extrema gravedad". Los peritos de la entidad aseguradora defienden su administración porque "la paciente no presenta al ingreso circunstancias que contraindiquen su uso", ni tampoco "insuficiencia renal durante el ingreso que aconseje su suspensión".

En cuanto a la suspensión del Clopidogrel (antiagregante), el perito de parte señala que su uso era obligatorio por la cirugía de endarterectomía y la patología vascular de base, cuya retirada favorecería la producción de eventos trombóticos e isquémicos, mientras que el Servicio implicado guarda silencio sobre la suspensión de este fármaco y los peritos de la entidad aseguradora manifiestan desconocer el motivo por el que se suspendió su administración, si bien “el episodio de trombosis se produce 5 días más tarde, dentro del período de eficacia del fármaco”. No obstante, en el informe pericial que aportan los reclamantes se indica que “la vida media del Clopidogrel son 6 horas (...). De hecho, la ficha técnica (...) afirma que `en general, la agregación plaquetaria y el tiempo de sangría vuelven gradualmente a los valores basales en los 5 días posteriores a la suspensión del tratamiento´ (...). De no haber suspendido el Clopidogrel, la paciente podía haberse librado del desenlace fatal, causado en última instancia por la isquemia mesentérica”.

En definitiva, lo expuesto evidencia la complejidad médica del caso y exige por parte de los Servicios implicados un análisis en profundidad para dar respuesta a las cuestiones planteadas -en los informes que obran en el expediente ni siquiera abordan que se mantuviese el tratamiento con Metformina y se suspendiese el Clopidogrel-, así como una respuesta razonada a las tesis planteadas por los reclamantes con ocasión del trámite de audiencia.

Por ello, estimamos que procede completar la instrucción del procedimiento con la emisión de cuantos informes sean necesarios para resolver todas las cuestiones de índole técnica, que en síntesis consisten en determinar si el manejo de los síntomas que la paciente refería desde 2015 fue adecuado y si debió realizarse la endarterectomía con anterioridad, como propugnan los interesados. También ha de aclararse si la paciente sufrió una cetoacidosis diabética y si el mantenimiento de la Metformina y la suspensión de Clopidogrel y del tratamiento insulínico tuvieron una incidencia directa en el fallecimiento, conforme se argumenta en los informes periciales aportados por los reclamantes. A tales efectos, se estima oportuno recabar el criterio al respecto

de especialistas en Cirugía Vascul ar, Neurología, Medicina Interna y Endocrinología ajenos al centro hospitalario implicado.

Una vez evacuado el correspondiente trámite de audiencia y formulada otra propuesta de resolución habrá de instarse nuevamente el dictamen de este órgano.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no es posible un pronunciamiento sobre el fondo de la consulta solicitada, debiendo retrotraerse el procedimiento en los términos que hemos señalado.”

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.