

Dictamen Núm. 66/2024

**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 abril de 2024, 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 enero de 2024 -registrada de entrada el día 2 del mes siguiente-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por los daños derivados del fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, como consecuencia de la asistencia prestada por el servicio de salud.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** Con fecha 1 de junio de 2023 un letrado, en nombre y representación de los interesados, presenta en el Registro Electrónico de la Administración del Estado 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 la incorrecta asistencia recibida en el servicio público sanitario.

Exponen que el paciente “acudió al Servicio de Urgencias del Hospital ..... (...) el día 12 de diciembre de 2022” con “un cuadro de vómitos y estado nauseoso de unos 6 días de evolución que le impedía la tolerancia para la

ingesta oral". Señalan que los datos de la analítica reflejaban "un fracaso renal agudo", así como otros indicadores que enuncian; que "en el hemograma existían datos compatibles con una poliglobulia", y que la "ecografía abdominal urgente" realizada evidenció "un estómago distendido, con abundante líquido en su interior".

Acordado el ingreso, se detectó una "desaturación de oxígeno del 90 % (...), valor que indica que el paciente estaba afecto de una insuficiencia respiratoria", lo que -a su juicio- "obligaba al médico responsable (...) a confirmar la presencia de una insuficiencia respiratoria a través de una gasometría arterial y aclarar la causa" de la misma.

Detallan las pruebas realizadas y solicitadas al día siguiente (entre ellas, un tac abdominal), y consideran que la persistencia de la cifra de "Sat O<sub>2</sub>" constituye un "hecho de gran importancia ya que, a pesar de un incremento de la fracción inspirada de oxígeno, no era posible aumentar la saturación, manteniendo" el paciente "datos de una insuficiencia respiratoria", así como "varios episodios de vómitos durante la tarde./ A las 23:31 horas, su compañero de habitación avisa al personal de enfermería" de que estaba cambiando su coloración, hallándole la enfermera "con intensa cianosis y en parada cardíaca", que no pudo remontar pese a las maniobras de reanimación practicadas, produciéndose el fallecimiento el día 13 de diciembre de 2022. Explican que la autopsia determinó como causa de la muerte "una broncoaspiración masiva de líquido procedente de la cavidad gástrica" relacionada con una "dilatación gástrica aguda".

Tras exponer diversas consideraciones médicas sobre esta última, señalan que la radiografía de abdomen simple permite su sospecha diagnóstica y el tac su determinación, facilitando la adopción de medidas terapéuticas, pero que "en ningún momento se consideró la posibilidad" de esa patología "a pesar de los datos ecográficos" y de otros indicadores (poliglobulia y fracaso renal). Afirman, por ello, la existencia de mala praxis en el manejo del paciente.

Solicitan una indemnización total de sesenta y cinco mil novecientos cuarenta euros con treinta y ocho céntimos (65.940,38 €) para el único hijo y

de ciento veintitrés mil setenta y dos euros con sesenta y un céntimos (123.072,61 €) para la viuda del fallecido.

Acompañan copia de diversa documentación entre la que se encuentra el poder notarial acreditativo de la representación del letrado actuante, el libro de familia y el informe pericial suscrito por un especialista en Aparato Digestivo y Medicina Interna, máster en Valoración del Daño Corporal, en el que se razona la existencia de mala praxis en la asistencia prestada.

**2.** Mediante oficio de 11 de julio de 2023, la Gerente del Área Sanitaria VII remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia del informe de autopsia, de varios informe médicos y del informe emitido el 5 de julio de 2023 por el Jefe de la Sección del Aparato Digestivo del hospital en el que fue atendido el paciente.

**3.** Con fecha 5 de agosto de 2022 dos especialistas, una en Medicina Interna y otro en Cirugía General y del Aparato Digestivo, ambos máster en Peritaje Médico, elaboran un informe a instancia de la compañía aseguradora. En él realizan diversas consideraciones médicas en relación con la broncoaspiración en adultos y la distensión gástrica aguda, concluyendo -según cuanto razonan- la inexistencia de mala praxis en la atención dispensada.

**4.** Mediante oficio notificado al representante de los interesados el 17 de noviembre de 2023, la Instructora del procedimiento les confiere trámite de audiencia.

**5.** El día 11 de diciembre de 2023, el representante de los reclamantes presenta un escrito de alegaciones en el que cuestiona aspectos concretos del informe emitido por el servicio responsable y del elaborado a instancia de la compañía aseguradora, cuyas conclusiones no rebaten, a su juicio, las expuestas por el perito de parte.

6. Con fecha 18 de diciembre de 2023, la Instructora del procedimiento formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio con base en la fundamentación expuesta en los informes incorporados al expediente a instancia de la Administración.

7. En este estado de tramitación, mediante escrito de 29 de enero de 2024, 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, 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 de los servicios públicos sanitarios frente a los que se formula reclamación.

**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 1 de junio de 2023, situándose el *dies a quo* en la fecha de fallecimiento del familiar de los reclamantes, que tuvo lugar el día 13 de diciembre de 2022, por lo que es claro 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 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 21.1 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 “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 por los daños derivados del fallecimiento de un paciente que se atribuye al retraso diagnóstico y falta de adopción de medidas terapéuticas adecuadas a la sintomatología que sufría, lo que habría impedido un correcto tratamiento de la patología que finalmente lo desencadenó.

Del examen del expediente resulta acreditado el óbito, producido en un hospital público, por lo que cabe presumir que el mismo ha causado a los interesados un daño moral cierto.

Ahora bien, la mera constatación de un perjuicio 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.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo (por todos, Dictamen Núm. 80/2020), el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse sin más a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados favorables en relación con la salud del paciente.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por los reclamantes y cuya efectividad ha sido acreditada 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 ordinaria requerida.

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 estos 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.

Asimismo, y puesto que se reprocha, aun de forma indirecta, un retraso diagnóstico, debemos recordar que el servicio público sanitario no tiene la obligación de determinar la naturaleza de la enfermedad antes de la manifestación de sus signos clínicos típicos, ciñéndose el deber médico a la aplicación de los medios precisos en función de los síntomas mostrados por los pacientes. En otras palabras, como venimos señalando de forma constante (entre otros, Dictámenes Núm. 213/2019 y 66/2021), 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.

Debemos subrayar, asimismo, que el hecho de que sea la clínica la que determina el alcance de la obligación de medios conlleva que quien persiga una indemnización por mala praxis en la fase de diagnóstico deba acreditar que los síntomas o signos existentes al tiempo de recibir la asistencia que reputa deficiente eran sugestivos de la patología finalmente evidenciada -al menos en un grado de probabilidad suficientemente significativo, ya que existen patologías 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 el caso examinado, los reclamantes sostienen que la "dilatación gástrica aguda", patología que -según reveló la autopsia- habría provocado una broncoaspiración desencadenante del fallecimiento, debió considerarse como posible diagnóstico a partir de los "datos ecográficos" que conducían a la realización de "una radiografía de abdomen simple" -prueba que sugieren a título de "ejemplo"-, y razonan que su práctica "habría puesto sobre la pista la existencia del diagnóstico" al apreciarse una "descompresión gástrica (...) inmediata en el propio Servicio de Urgencias" que "habría evitado el riesgo de una broncoaspiración masiva que horas después del ingreso se produjo". Consideran, por tanto, que "el sondaje nasogástrico" constituía una "actuación médica de obligado cumplimiento", sin perjuicio de señalar otras pruebas como necesarias "a mayor abundamiento" (en concreto, una "gasometría arterial" que confirmara la insuficiencia respiratoria sufrida por el paciente).

En apoyo de su razonamiento aportan el informe pericial suscrito por un especialista en Aparato Digestivo y Medicina Interna, cuyo contenido parcialmente transcriben, frente al cual se alza el emitido por otros dos especialistas, uno de ellos en Cirugía General y del Aparato Digestivo (cuyas experiencias profesionales y docentes sí se detallan) a instancia de la compañía aseguradora de la Administración, obligando a una confrontación analítica de su respectiva argumentación en cuanto a las conclusiones opuestas que alcanzan -existencia o no de mala praxis en la atención dispensada-.

Como punto de partida conviene destacar, en todo caso, que ambos peritajes coinciden -y así lo asumen los reclamantes- en que la patología que padecía el paciente, "dilatación gástrica aguda", constituye -según refleja el informe de autopsia- "un cuadro de etiología y patogenia poco conocidas". Así, el informe pericial de parte constata que su "incidencia" es "rara en comparación con otras patologías gástricas", pronunciándose prácticamente en idénticos términos el informe pericial elaborado a instancias de la entidad aseguradora; característica que no cabe ignorar al examinar la necesidad y adecuación de las pruebas acordadas en relación con el estado del paciente.

Por otra parte, tal como hemos manifestado en ocasiones precedentes a propósito de la confrontación de las pruebas periciales (por todos, Dictamen Núm. 216/2021), "la jurisprudencia viene razonando de forma constante que la fuerza probatoria de los informes periciales reside en gran medida en su fundamentación y coherencia interna, en la mayor especialización de quien los formula y en la independencia o lejanía del perito respecto a los intereses de las partes pues, `naturalmente, en la ponderación no es suficiente la mera constatación del criterio cuantitativo´, debiendo acudirse a `un criterio valorativo´ que conduce a postergar la pericial que omite el análisis `de todo el conjunto de datos que contextualizaban la situación´ del paciente (Sentencia del Tribunal Supremo de 4 de abril de 2019 -ECLI:ES:TS:2019:1135-, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 5.ª). Por ello no cabe atribuir mayor fuerza de convicción a lo reseñado por las periciales construidas *ex post facto* que a lo dictaminado por los técnicos que se detienen en las circunstancias concurrentes al tiempo del diagnóstico".

En el supuesto que nos ocupa, advertimos que concurre en ambos peritos (tanto en el de parte como en uno de los de la compañía aseguradora de la Administración) la condición de especialista en Aparato Digestivo, si bien sus informes difieren sustancialmente en cuanto a aspectos claves del proceso asistencial. En este contexto, resulta de utilidad recurrir al criterio expresado en la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 14 de octubre de 2022 -ECLI:ES:TSJAS:2022:2870- (Sala de lo Contencioso-

Administrativo, Sección 2.<sup>a</sup>), en la que el Tribunal advierte que “ante estos informes” periciales “discrepantes, la especialidad y experiencia (...) en este tipo de patologías, la extensión y claridad expositiva, las referencias científicas y bibliográficas y, de forma relevante, la coherencia con otros elementos probatorios que aparecen en la historia clínica” resultan decisivas para alcanzar convicción y “otorgar mayor credibilidad y relevancia” a una de las dos periciales, atendiendo, en su caso, a la existencia de afirmaciones contradictorias con el “propio contenido de las pruebas objetivas de la historia clínica” y a la mayor o menor “consistencia científica” en las apreciaciones. En idéntico sentido, la Sentencia de la misma Sala y Tribunal de 21 de diciembre de 2023 - ECLI:ES:TSJAS:2023:2990- reitera que “ante pericias en cierto modo contrapuestas (...) ha de prevalecer” aquella que “ofrece una explicación más lógica de lo acaecido, según criterios racionales, y (...) que se adecúa en mayor medida a lo que figura en la historia clínica y a los acontecimientos y circunstancias anteriores, concomitantes y posteriores. Es decir, hay que atender a la firmeza y estabilidad de lo razonado y a la racionalidad de los argumentos que apoyan el dictamen”.

Sentado lo anterior, el análisis detallado de la imputación efectuada exige asumir que el planteamiento del perito de parte se formula en términos hipotéticos en sus principales afirmaciones, adoleciendo incluso de un puntual grado de contradicción. Así, por un lado considera que el “sondaje nasogástrico con aspiración” se erige en una “actuación médica de obligado cumplimiento”, pero la anuda al “cuadro clínico que presentaba el paciente”, mientras que por otro vincula la exigida consideración del diagnóstico de la dilatación gástrica con la realización de una prueba de imagen que -como hemos señalado- se menciona a título ejemplificativo, prescindiendo del estudio de su ventaja frente a otras (aspecto que sí realiza el informe elaborado a instancia de la compañía aseguradora en relación con la que fue solicitada, tac abdominal). Es decir, el necesario orden expositivo en la argumentación se resiente al aludir, primero, a la radiografía simple como medio que “habría puesto sobre la pista” de la dilatación -obviando que ya se encontraba determinada por la ecografía- e

indicando a su vez el uso del sondaje, para señalar a continuación que era el cuadro clínico (en cuanto afectaba al aparato digestivo, con presencia de náuseas y vómitos, principalmente) el que determinaba la indicación del sondaje para proceder a una descompresión inmediata, al considerar que existió una "minusvaloración del estado nauseoso acompañado de vómitos una vez ingresado en la planta de Digestivo (...) que obligaba a descomprimir el estómago aspirando su gran contenido de líquidos a través de un sondaje nasogástrico". En definitiva, se advierte una precisión insuficiente en el enunciado del orden lógico de pruebas y medidas terapéuticas invocadas, que se refieren de forma un tanto confusa e incluso incoherente en cuanto al momento de su realización, pues, tal y como observamos, el informe indica que el sondaje debió realizarse ya en "la planta de Digestivo" (folio 59) para afirmar después que debió practicarse de forma inmediata en el Servicio de Urgencias (folio 60).

En todo caso, la referencia al sondaje obvia una cuestión de suma relevancia destacada en el informe pericial de la compañía aseguradora, que si bien reconoce que la sonda es una "opción de tratamiento" posible ante la dilatación gástrica que evidenciaba la ecografía abdominal efectuada en el Servicio de Urgencias -lo que implica que la radiografía no era imprescindible para su realización, como parece entender, aun con la señalada imprecisión el perito de parte- la normalidad de la exploración abdominal no permitía sospechar "una dilatación gástrica relevante". Al respecto, frente a la afirmación del perito de parte de que la "cavidad gástrica (...) se encontraba enormemente dilatada como lo confirmó la ecografía abdominal", el informe de esta última prueba refleja como hallazgos tanto el de "estómago distendido con abundante líquido", como que "no se observa líquido libre en la cavidad abdominal", lo que no permite afirmar con certeza la entidad de la distensión señalada por el perito de parte. Tampoco puede orillarse que la complejidad diagnóstica derivaba de la confirmación de otras evidencias clínicas como la "esteatosis hepática" y el "barro biliar vesicular", así como la incidencia de las cifras de hematocrito que condujeron a recabar la opinión del Servicio de Hematología por probable poliglobulia, acordándose a la vista de la pruebas y análisis practicados el

ingreso del paciente, “priorizando en el momento actual terapia encaminada a resolver la insuficiencia renal y estudio de la etiología del cuadro. Recomendando descartar eventos trombóticos. Solicitaremos estudio de biología molecular”. De hecho, se acuerda el ingreso el día 12 de diciembre de 2022, a las 20:36 con la impresión diagnóstica de síndrome emético con alteración de pruebas de función hepática, “(hipertransaminasemia, hiperbilirrubinemia mixta) y dilatación cavidad gástrica./ Barro biliar./ (Insuficiencia) renal de predominio prerrenal secundaria./ Poliglobulia no conocida”.

De especial relevancia consideramos, además, el silencio en la prueba pericial de parte sobre los riesgos que la sonda nasogástrica representaba, precisamente en relación con la broncoaspiración, y del que advierten los especialistas de la compañía aseguradora, con cita de bibliografía concreta que sustenta tal afirmación. Ello implica que, aunque los reclamantes omitan cualquier consideración al respecto, no pueda sostenerse con la pretendida rotundidad que el sondaje era de “obligado cumplimiento”, máxime ante un posterior episodio de broncoaspiración que precisamente fue el detonante inmediato de la parada cardiorrespiratoria. Contundencia también desproporcionada, en fin, del reproche de que “en ningún momento se consideró la posibilidad de que el paciente estuviese afecto de una dilatación gástrica aguda”, dada la dificultad diagnóstica que entrañaba la patología por su propia rareza y la presencia de otra clínica renal preocupante, que reconocen todos los informes y se refleja en la autopsia.

Frente a ello, el representante de los interesados manifiesta en su escrito de alegaciones que “colocar o no una sonda nasogástrica al paciente en su ingreso en el hospital (...) no es discutible a nuestro juicio”, sin aportar una justificación médica que sustente dicho criterio o contradiga el señalado por los peritos que informan a instancia de la compañía aseguradora; tampoco se objeta en modo alguno la afirmación de que los restantes datos clínicos del paciente (fracaso renal con cifras de urea elevadas, alteración de pruebas hepáticas) orientaban “a patología de la vía biliar”, caracterizada también por la “presencia de vómitos”.

Despejada, por tanto, la insuficiente fundamentación médica de la obligatoriedad del sondaje para la descompresión gástrica, debemos detenernos nuevamente en la procedencia de la prueba de imagen que el perito de parte cita, la radiografía abdominal; mención realizada en todo caso -como ya hemos señalado- en términos de probabilidad y que no excluye la idoneidad de la ecografía abdominal urgente realizada, a la que él mismo atribuye la detección de que "la cavidad gástrica (...) se encontraba enormemente dilatada", y que se acompañó de una radiografía de tórax urgente. Pues bien, los especialistas de la compañía aseguradora explican que, "identificada la dilatación gástrica en la ecografía, y sin distensión abdominal a la exploración física", se solicitó tac abdominal -cuya realización estaba prevista para el día siguiente-, prueba que aportaría más información (en particular sobre la causa) que la radiografía. De hecho, así lo reconocen los propios reclamantes al indicar en su escrito inicial que "el tac abdominal (...) confirma y establece el diagnóstico", afirmación que determina, a su vez, la incoherencia de la repetida referencia a la radiografía. Ello implica, en definitiva, que el medio diagnóstico insistentemente señalado a la vista de la clínica del paciente no revestía la idoneidad pretendida, como tampoco la medida terapéutica reiterada (el sondaje).

Finalmente, procede reseñar la restante argumentación expuesta por los especialistas que informan a instancia de la compañía aseguradora, que no resulta refutada en las alegaciones formuladas con ocasión del trámite de audiencia, pese a aportar datos nada despreciables fundados tanto en el informe de autopsia -que el perito de parte invoca solo parcialmente- como en la propia historia clínica. En primer lugar, indican que "los hallazgos descritos en los pulmones en la autopsia" revelaban "aspiración previa al ingreso hospitalario", pues la evidencia de "proceso de neumonitis química, de origen aspirativo", indica un inicio "antes del ingreso hospitalario". Ello es relevante porque el hecho de que el daño pulmonar se iniciara antes del ingreso se relaciona, según los datos que refleja el informe de autopsia e interpretan estos especialistas, con el fallecimiento. Así, se explica que pese a "la rápida aspiración del contenido líquido (de probable origen gástrico) al iniciar las maniobras de reanimación

cardiopulmonar no se obtiene mejoría clínica”; circunstancia indicativa de que “la obstrucción mecánica de la vía aérea, por tanto, no es la causa principal del fallecimiento; por el contrario”, este “se produce más bien de forma secundaria a la alteración del intercambio de gases por las lesiones inflamatorias producidas en el pulmón por las aspiraciones, probablemente inadvertidas, ya que no se refería disnea (...), previas al ingreso en Urgencias”.

En segundo lugar, también exponen la incidencia de “las maniobras de reanimación cardiopulmonar” en “la marcada dilatación gástrica”, ya que la insuflación de aire inicial “antes de proceder a aislar la vía respiratoria con la intubación orotraqueal” implica la introducción de aire en la cavidad oral, pasando a su vez a las vías aérea y digestiva. Circunstancia que explicaría, aun no siendo concluyente, la evolución y entidad de la dilatación gástrica.

Asimismo, no se alcanza a comprender la alegación relativa a la prueba citada en el informe pericial de parte -gasometría arterial- para el diagnóstico de la causa de la insuficiencia respiratoria padecida por el paciente, toda vez que obra en la historia clínica una analítica con “gasometría venosa” y ciertamente no se aporta una explicación adicional sobre la pertinencia de la misma frente a la realizada (desconociendo si ha sido tenida en cuenta por el perito). Pero, además, consta en la documentación clínica la práctica de radiografía de tórax urgente en la que “aparentemente no se visualiza patología cardio-pulmonar aguda”, y que se administraron gafas nasales de oxígeno, sin que el perito demande la aplicación de otra medida terapéutica ni justifique, en fin, la oportunidad de efectuar la prueba indicada (“gasometría arterial”) para determinar la relación entre la sintomatología respiratoria y la gravedad de la patología digestiva cuya anticipación diagnóstica se insta.

Por último, no puede obviarse que en una valoración conjunta de la praxis asistencial prestada el paciente queda ingresado con un diagnóstico complejo en el que se prioriza, como hallazgo médico más relevante, la insuficiencia renal, con pauta de seguimiento de la etiología del cuadro clínico (síndrome emético con alteración de pruebas de función hepática -“hipertransaminasemia, hiperbilirrubinemia mixta- y dilatación cavidad gástrica./

Barro biliar./ (Insuficiencia) renal de predominio prerrenal secundaria./ Poliglobulia no conocida”). Tampoco puede ignorarse que, acordado el ingreso en la planta de Digestivo a las 20:36 horas del 12 de diciembre de 2022, consta en las notas de enfermería que a las 21:20 horas el paciente llega “a planta, HD estable, sin dolor./ STP (2000x24h) + Dieta blanda (pte. tolerar)./ No refiere náuseas ni vómitos./ Mañana A/S”; que se solicita tac torácico-abdomino pélvico para descartar patología tumoral subyacente y que es valorado el 13 de diciembre a las 9:15 por el médico de planta refiriendo mejoría, aunque nauseoso al principio del turno de la mañana. Tras apreciarse empeoramiento de la función renal e intolerancia a dieta, así como desaturación de oxígeno a 90 %, se aumenta el aporte de sueros, se coloca sondaje vesical y se mantiene oxígeno suplementario, siendo a las 23:31 horas del mismo día cuando el cuadro clínico se precipita, se produce una parada cardiorrespiratoria que no se logra revertir y acontece el exitus por probable broncoaspiración. La asistencia clínica descrita revela que el seguimiento del paciente fue constante, que se pautaron las pruebas adecuadas y pertinentes en atención a la mayor gravedad diagnóstica de los hallazgos y exploraciones físicas realizados, sin que la colocación de una sonda gástrica resultara exenta de riesgo en un contexto de progresiva insuficiencia respiratoria ni la dilatación gástrica relevante fuera sospechable.

En definitiva, este Consejo estima que el informe pericial de parte no funda sus conclusiones con la necesaria claridad técnica y la debida atención al conjunto de circunstancias concurrentes, detalle que sí advertimos en el elaborado por los especialistas que informan a instancia de la compañía aseguradora de la Administración, cuyo contenido atiende además a los resultados del informe de autopsia, en cuanto pueden añadir datos que no cabe omitir en un examen *ex post* del proceso sufrido por el paciente. Advertida la singularidad de la patología (cuya “etiología y patogenia” se califican como “poco conocidas”), sorprende que el informe pericial de parte nada observe sobre la orientación diagnóstica que refleja la historia clínica, en la que se consigna la priorización de “terapia encaminada a resolver la insuficiencia renal y estudio de

la etiología del cuadro”, y que no se ponderen tampoco los riesgos de la prueba diagnóstica cuya ausencia reclama como fundamento de su pretensión.

Lo señalado permite alcanzar una convicción razonada sobre la corrección de la atención prestada, que se ajustó a los signos y síntomas que presentó el paciente en cada momento, sin que se haya acreditado que las concretas medidas diagnósticas y terapéuticas propuestas hubieran permitido anticipar el diagnóstico de dilatación gástrica en la dimensión evidenciada en la autopsia pero no reflejada en la prueba de imagen realizada en el hospital en el momento del ingreso, y que presentó una evolución desfavorable en un corto período de tiempo.

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.