

Dictamen Núm. 226/2024

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 extraordinaria celebrada el día 30 de diciembre de 2024, 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 28 de octubre de 2024 -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 familiar, que atribuyen a la falta de realización de pruebas diagnósticas suficientes y a haber sido dado de alta prematuramente.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 8 de noviembre de 2023, un abogado en representación de los interesados -esposa e hijos del paciente fallecido- presenta en una oficina de correos una reclamación de responsabilidad patrimonial frente al Servicio de Salud del Principado de Asturias, por los daños derivados del fallecimiento de su familiar, que atribuyen a la falta de realización de pruebas diagnósticas suficientes y a haber sido dado de alta prematuramente.

Expone que el fallecido, "un paciente sin antecedentes (...) de interés, (...) desde finales de octubre de 2022 empezó a padecer un cuadro de vómitos biliosos a diario como consecuencia de la ingesta de un vaso de leche en mal estado, que además le generó pirosis e intolerancia a la ingesta de alimentación oral y estreñimiento que se prolongó durante 10 días", lo que motivó que acudiera el día 1 de noviembre de 2022 al Servicio de Urgencias del Hospital Presenta en su exploración "constantes vitales normales, salvo taquicardia de 114 l/m (...), con abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación y sin defensa muscular". La analítica "constató la existencia de un ligero grado de anemia, leucocitosis con neutrofilia y aumento de la urea y la creatinina y disminución del filtro glomerular", mientras que la "radiografía de tórax (...) no constató la existencia de condensaciones neumónicas", también se le practicó un ECG, que "reflejó ritmo sinusal de 75 l/m sin alteración de la repolarización". Se acordó su ingreso "en observación a fin de pautarle medicación, hidratación intravenosa, y dieta absoluta con la que se consiguió controlar los vómitos y (...) mejoró los parámetros indicativos del padecimiento de una insuficiencia renal, por lo que al día siguiente se concedió el alta (...) con el diagnóstico de síndrome emético y fracaso renal agudo de origen prerrenal en relación con el síndrome emético". Subraya "el hecho de que a pesar de que (...) acudió al Servicio de Urgencias (...) por el padecimiento desde hace 10 días de un persistente síndrome emético, sorprendentemente no se llegó a practicar (...) una simple radiografía de abdomen".

Indica que "a pesar del tratamiento pautado", su estado "no solo no mejoró, al persistir el síndrome emético (...), junto con la intolerancia oral y el prolongado cuadro de estreñimiento, sino que, además, se le agregó el padecimiento de un persistente dolor abdominal que motivó que (...) acudiese el día 5 de noviembre al Centro de Salud en donde se procedió a su exploración abdominal constatando abdomen blando, depresible, difusamente doloroso a la palpación, no masas ni megalias palpables, no signos de irritación peritoneal y ruidos hidroaéreos positivos, acordándose su derivación al Servicio de Urgencias del Hospital", donde se reseña que el motivo de

la consulta es el mismo que la de la anterior, “por persistir dolor abdominal vómitos, intolerancia oral y estreñimiento de 10 a 15 días, procediéndose a la exploración del abdomen (...) que estaba blando, depresible, doloroso a la palpación de forma generalizada, sin masas ni megalias y con peristaltismo conservado, practicándose así mismo nueva analítica con datos similares a los de la anterior consulta y nueva radiografía de tórax normal, acordándose así mismo una radiografía de abdomen que constató la dilatación de asas de intestino delgado (...) sugestiva de una suboclusión intestinal”. Se le realiza “un tacto rectal que constató la existencia de heces duras en ampolla rectal que se extraen manualmente de forma parcial, administrándole un enema que tan solo consiguió la salida escasa de heces (...), acordándose mantener al paciente en observación con sueroterapia, antieméticos, analgesia y nuevos enemas, acordándose su alta al día siguiente con el diagnóstico de suboclusión intestinal en el contexto de estreñimiento, pautándole nuevo tratamiento médico y recomendación de ingesta abundante de líquidos y dieta rica en residuos, así como revisión en 5 días por su médico de cabecera./ Llegados a este punto debemos reseñar el hecho de que a pesar de que se le diagnosticó (...) una suboclusión intestinal en el contexto de un cuadro de estreñimiento prolongado, por el contrario no se completó el estudio (...) mediante (...) pruebas de imagen de mayor resolución como (...) una ecografía o un tac abdominal que confirmase las características de la suboclusión intestinal (...), ni tampoco se acordó el ingreso hospitalario (...) a fin constatar la evolución del mismo y confirmar la resolución de la suboclusión intestinal”.

Refiere que “a pesar del nuevo tratamiento” su estado de salud “se fue agravando, motivando que el día 8 de noviembre se realizara una nueva consulta en el Centro de Salud en el que se confirmó la persistencia tanto de la suboclusión intestinal, como del dolor epigástrico como de la intolerancia de líquidos y sólidos y los vómitos incoercibles por lo que se acordó nuevamente la derivación (...) al Servicio de Urgencias del Hospital”. Una vez allí, “ante la persistencia y progresivo incremento de la sintomatología padecida (...), se procedió a realizar una nueva exploración física (...) que reflejó un abdomen blando depresible doloroso a la palpación en

hemiabdomen superior con timpanismo a la percusión a ese nivel con bultoma inguino-crural derecho no reducible discretamente doloroso, que motivó que (...) se acordase la práctica de un tac abdominal que constató la 'dilatación del intestino delgado con pared de grosor normal y realce normal con el contraste, las asas están dilatadas hasta gran extensión de ilion distal el cual se introduce en una hernia inguinal derecha observándose pequeña cantidad de líquido en saco herniario e hiperrealce del asa de intestino delgado con signos de sufrimiento. No líquido intraperitoneal'. Asimismo, una nueva analítica "confirmó la persistencia de la leucocitosis con neutrofilia, así como las cifras elevadas de urea y creatinina, practicándose también una nueva radiografía de tórax que constató aumento de densidad de características alveolares en segmento anterior de lóbulo superior derecho, valorar patología inflamatoria/infecciosa sin poder descartar broncoaspirado".

Tras la confirmación de "una obstrucción intestinal por una hernia inguinal derecha incarcinada se acordó intervenir quirúrgicamente de urgencia (...), se accedió a la hernia (...) y al intentar reducir el saco herniario se abrió parcialmente, constatando la salida de abundante material fecaloide, realizándose resección de unos 7 cm de intestino delgado con anastomosis L-L mecánica y lavado de la cavidad abdominal./ Tras la intervención (...) comenzó a presentar tendencia a la hipotensión, requiriendo soporte hemodinámico con noradrenalina". Se confirma "neumonía en lóbulo superior derecho, probablemente en relación con broncoaspiración, deteriorándose más la función renal y apareciendo fibrilación auricular, practicándose el día 10 de noviembre un tac de control que descartó la existencia de isquemia intestinal y de complicaciones postquirúrgicas relevantes". El día 11 de noviembre se agrava su estado, precisando "múltiples bolos de morfina, persistiendo la inestabilidad hemodinámica y la fibrilación auricular a pesar del tratamiento antiarrítmico pautado presentando saturaciones de oxígeno ajustadas de 94-90 % con escasa respuesta diurética, fiebre elevada e importante acidosis, complicaciones todas ellas que se hicieron refractarias al tratamiento lo que unido al gran *discomfort* que presentaba el paciente motivó que se decidiese

conjuntamente con la familia iniciar la sedación”, produciéndose su fallecimiento día 11 de noviembre de 2022.

Sostiene que “la desatención” del paciente “durante las consultas (...) en el Hospital (los días 1 y 5 de noviembre de 2022) al no realizar a tiempo las pruebas diagnósticas precisas así como la falta de internamiento del paciente para el control de la evolución y resolución del cuadro subobstructivo intestinal (...), impidió el diagnóstico y tratamiento quirúrgico precoz de la obstrucción intestinal sufrida finalmente (...), como consecuencia de la incarceration de una hernia inguino-crural, falta de actuación (...) que impidió constatar a tiempo la tórpida evolución que (...) padeció durante dicho intervalo de tiempo e imposibilitó en consecuencia la practica en tiempo y forma correcta de aquellas pruebas diagnósticas precisas para confirmar o descartar fehacientemente una posible complicación intraabdominal”.

En cuanto a la cuantía indemnizatoria, manifiesta que “ha de establecerse como indeterminada, por cuanto, al no tener esta parte el historial médico (...), no disponemos de elementos de criterio suficientes para poder determinar el alcance de la gravedad de las actuaciones que produjeron el daño por lo que nos es imposible actualmente proceder a su cuantificación”.

Al escrito se adjunta documentación acreditativa del parentesco invocado.

2. Mediante oficio de 23 de noviembre de 2023, el Inspector de Prestaciones Sanitarias comunica a los interesados la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios, las normas con arreglo a las cuales se tramitará el procedimiento y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa; asimismo, les requiere para que procedan “a la cuantificación económica del daño o, en su defecto, indicar las causas que motivan la imposibilidad de realizarla” y a la acreditación de la representación.

3. El día 12 de enero de 2024, presentan en una oficina de correos un escrito en el que cuantifican la indemnización en un total de ciento treinta y nueve mil

ochenta euros (139.080 €) y aportan un poder general para pleitos en favor del letrado que les representa.

4. Previa solicitud formulada por la Instructora del procedimiento, el día 10 de abril de 2024, la Gerente del Área Sanitaria V le remite copia de la historia clínica del paciente y los informes de los Jefes de los Servicios de Urgencias y de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital

El informe del Jefe del Servicio de Urgencias tras describir las tres asistencias prestadas al paciente durante el mes de noviembre de 2022, concluye que “en la primera ocasión que (...) acude a nuestro servicio (1 de noviembre), se interpreta como un cuadro de vómitos sin sospecharse en ningún momento que sea secundario a una suboclusión intestinal por lo que entiendo no se le solicita una radiografía abdominal. Se deja al paciente en observación y dada la mejoría se decide alta recomendándose una nueva valoración por su médico en 3 semanas. Es verdad que el presentar más de un motivo de consulta pudo hacer que enmascarara ligeramente la causa fundamental de la patología por la que (...) acudió a nuestro servicio”. El 5 de noviembre, vuelve a Urgencias “con la misma clínica y en esta ocasión se diagnostica de un cuadro de suboclusión intestinal que se atribuye a estreñimiento crónico. A pesar de que sí se indica en la exploración que el peristaltismo abdominal está presente y la evolución clínica es favorable, creo que en esta ocasión sí hubiera estado indicado descartar causas de una suboclusión puesto que el paciente no presentaba ningún tipo de patología ni intervención quirúrgica abdominal previa. Creo que se podría haber solicitado una prueba de imagen que justificara la causa de la suboclusión intestinal./ En la tercera ocasión (...) (el día 8 de noviembre) no considero que haya nada que alegar a la actuación asistencial de los facultativos que atienden al paciente”.

El informe del Jefe del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo indica que “el día 8-11-2022 acude de nuevo al Servicio de Urgencias donde se le realiza un TC” y “se nos pide valoración” tras la realización mismo. Añade que “con el diagnostico de obstrucción intestinal por hernia inguinal derecha

incarcerada, se lleva de manera diligente a quirófano y es intervenido de forma urgente”. Concluye que “la actuación del equipo de guardia de Cirugía General fue rápida e impecable”.

5. El día 31 de mayo de 2024, el Jefe del Servicio Jurídico del Servicio de Salud del Principado de Asturias solicita al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia del expediente administrativo, al haberse interpuesto por los interesados recurso contencioso-administrativo contra la desestimación presunta de la reclamación patrimonial.

6. A continuación obra incorporado al expediente un informe pericial librado el 10 de julio de 2024 a instancias de la compañía aseguradora de la Administración, suscrita por una especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

En él expone que “respecto a la asistencia sanitaria prestada” al paciente en el Servicio de Urgencias del Hospital “el día 01-11-22, se actuó de manera diligente acorde a la *lex artis ad hoc*, según los síntomas, signos y hallazgos en pruebas complementarias, que presentaba (...) en ese momento./ En esta visita, no consta en la historia clínica que el paciente refiriera estreñimiento ni presentara ningún signo que hiciera sospechar obstrucción intestinal. Con buen criterio, se trató el fallo renal de origen prerrenal, secundario a los vómitos y al mejorar la función renal fue dado de alta con la clara recomendación de seguir control por su médico de Atención Primaria y volver a Urgencias en caso de empeoramiento./ De la misma manera, el día 05-11-22, se actuó de manera diligente, acorde a la *lex artis*, tratando el fecaloma como causa de obstrucción intestinal, y sólo tras asegurar que el cuadro se resolvía, que se conseguía expulsión de heces y que el paciente presentaba buena tolerancia oral, fue dado de alta con la recomendación expresa de seguir control por su médico de Atención Primaria y volver a Urgencias en caso de empeoramiento”. Asimismo, “se volvió a tratar con éxito el fallo renal que presentaba el paciente debido a los vómitos”.

Recuerda que “la calificación de una praxis asistencial como buena o mala no debe realizarse por un juicio *ex post*, sino *ex ante*, es decir si con los datos disponibles en el momento en que se realiza un tratamiento o el diagnóstico, puede considerarse que tal práctica fue adecuada a las necesidades del paciente y en este caso concreto, sin duda, lo fue./ El día 08-11-22 (...), ya presentaba síntomas relacionados con obstrucción intestinal como eran dolor abdominal, ausencia de deposición e intolerancia oral a sólidos y líquidos, a pesar de haberse evacuado el fecaloma dos días antes en Urgencias./ La exploración física, también objetivaba en este momento signos de obstrucción como el timpanismo en piso abdominal superior y un bultoma inguino-crural derecho compatible con hernia inguinal. Esta sospecha clínica fue confirmada mediante la radiografía de abdomen y el tac abdominal (...). Entre las pruebas complementarias se solicita también Rx tórax que muestra un infiltrado neumónico en el lóbulo superior derecho. Se trata de una asistencia también correcta y adecuada a la *lex artis ad hoc*. (...), ese mismo día (...) es intervenido quirúrgicamente mediante herniorrafia inguinal. Intervención que cursa sin complicaciones”. Tras la misma, “sufrir una evolución muy desfavorable, evolucionando a shock séptico y finalmente éxitus el día 11-11-22, a pesar del énfasis en el tratamiento con antibioterapia de amplio espectro (...), expansión de volumen y drogas vasoactivas (...). Durante este ingreso la asistencia sanitaria fue correcta y adecuada a la *lex artis*”.

Considera que “no se puede asegurar que el fallecimiento (...) fuera secundario a la hernia inguinal ni a la intervención quirúrgica”, y que, “probablemente, la causa del shock séptico y del éxitus fuera la neumonía que ya presentaba antes de la intervención quirúrgica, ya que las pruebas complementarias que se realizaron durante el ingreso, mostraban ausencia de complicaciones postquirúrgicas y, en cambio, empeoramiento del infiltrado neumónico”.

7. Mediante oficio notificado a, los interesados el 23 de julio de 2024, la Instructora del procedimiento les comunica la apertura del trámite de

audiencia por un plazo de quince días, adjuntándoles una copia de los documentos obrantes en el expediente.

No consta su comparecencia en este trámite.

8. El día 24 de octubre de 2024, la Instructora del procedimiento formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella expone que “tras el análisis de la documental obrante en el expediente, la asistencia prestada (...) entre los días 1 y 11 de noviembre de 2022, fue realizada aplicando todos los medios disponibles al alcance del paciente para el diagnóstico y tratamiento, según los datos clínicos *ad hoc*”.

9. En este estado de tramitación, mediante escrito de 28 de octubre 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. RP, 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, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que motivaron la reclamación, pudiendo actuar por medio representante con poder bastante al efecto, a tenor de lo establecido en el artículo 5 de la Ley 39/2015, de 10 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 8 de noviembre de 2023 y el fallecimiento del paciente tiene lugar el día 11 de noviembre de 2022, por lo que es notorio que al interponerse aquella no había transcurrido el 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.

No obstante, 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, aunque 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.

Por último, puesto que de la documentación obrante en el expediente se deduce la presentación de un recurso contencioso-administrativo, sin que conste formalmente que dicho procedimiento haya finalizado, deberá acreditarse tal extremo con carácter previo a la adopción de la resolución que se estime procedente, dado que en ese caso habría de acatarse el pronunciamiento judicial. Observación esta que tiene la consideración de esencial a efectos de lo dispuesto en el artículo 3.6 de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, y en el artículo 6.2 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo del Principado de Asturias

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

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

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

estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

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

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

SEXTA.- Se somete a nuestra consideración un procedimiento de responsabilidad patrimonial en el que los interesados reclaman una indemnización por el fallecimiento de su familiar, que consideran derivado de la falta de realización de pruebas diagnósticas suficientes y de haber sido dado de alta prematuramente.

A la vista del fallecimiento del paciente, queda acreditada la efectividad de un daño; no obstante, 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 automáticamente la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si aquél se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio sanitario y si ha de reputarse antijurídico, en el sentido de que los interesados no tuvieran el deber jurídico de soportarlo.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo (por todos, Dictamen Núm. 182/2019), el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que eventualmente pueda sufrir el paciente con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados concretos.

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

Este criterio opera no solo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles, de acuerdo con los conocimientos científicos del momento. El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que un defectuoso diagnóstico ni un error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes.

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

En el supuesto analizado, los interesados sostienen que el paciente no habría sido debidamente atendido por los servicios del Hospital en las consultas de los días 1 y 5 de noviembre de 2022, al no realizarse “las pruebas diagnósticas precisas encaminadas al control de la evolución y resolución del cuadro subobstructivo intestinal inicialmente diagnosticado” y a haberse procedido a su alta médica antes de tiempo.

Vista la posición de los reclamantes, procede ahondar en la restante documentación que figura en el expediente.

El informe del Jefe del Servicio de Urgencias señala que cuando el paciente acude a la consulta del día 1 de noviembre “es valorado en triaje (14:51) en donde refiere presentar dolor abdominal, náuseas y estreñimiento tras haber tomado leche en mal estado”, que “refiere, a su vez, traumatismo en costado derecho hace 5 días y aparición de bulto en ingle derecha y cuello derecho” y que “el resultado del triaje según el programa informático Manchester es amarillo” (segunda prioridad), por lo que “es valorado por el médico asignado”, constatándose que se halla “con buena coloración y bien perfundido”, que “no presenta lesiones cutáneas y no hay crepitación ni resalte óseo a palpación costal aunque tiene dolor con la misma” y que “el abdomen se describe como blando y depresible e indoloro y sin defensa”; asimismo, indica que “en el hemograma cabe destacar una discreta anemia (...) y leucocitosis”, y en “la bioquímica se objetiva un fracaso renal”. Seguidamente expone que “tras completar estudios (...) se decide dejar al paciente en observación en el box de Urgencias” y “dado que se produce un control de los vómitos con la medicación y una ligera mejoría de la función

renal tras hidratación endovenosa y ante la ausencia de signos de alarma se decide proceder al alta hospitalaria recomendándose acudir a su médico de cabecera en 3 semanas para revisar evolución de la función renal". En cuanto a la consulta del día 5 de noviembre, señala que "en la exploración física queda registrado abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación de forma generalizada", que "no se palpan masas ni megalias y la peristalsis está conservada", que "en el tacto rectal se objetivan heces duras en ampolla sin palpase fecaloma" y que "se realizan pruebas complementarias objetivando asas de intestino delgado dilatadas"; ante este cuadro, "se comenta con Rayos pues no ven indicado realizar radiografía en bipedestación ya que con la dilatación y la clínica es sugestivo de suboclusión" y "se realiza tacto rectal con heces duras que se extraen de forma manual y se pauta enema con salida de heces (...) escasas", señalando que "se decide dejar en boxes para sueroterapia, antiemético, analgesia, enemas y repetir analítica y probar tolerancia al día siguiente" y que "durante su estancia (...) presenta buena evolución clínica, conserva la tolerancia oral y los enemas (...) son efectivos", por lo que "se solicita una analítica de control en la que ha mejorado la insuficiencia renal" y, "dada la favorable evolución, se decide dar el alta con tratamiento ambulatorio". Por último, en relación con el ingreso del día 8 de noviembre, indica que en la exploración física se palpa "una hernia inguinal derecha, no reductible y dura", solicitándose tac abdominal "con diagnóstico de obstrucción de intestino delgado por hernia inguinal derecha" y que (...) se decide avisar al cirujano. Concluye el informante que "en la primera ocasión que el paciente acude a nuestro Servicio, se interpreta como un cuadro de vómitos sin sospecharse en ningún momento que sea secundario a una suboclusión intestinal" y que cuando "acude nuevamente con la misma clínica (...) se diagnostica de un cuadro de suboclusión intestinal que se atribuye a estreñimiento crónico", a pesar de "que sí se indica en la exploración que el peristaltismo abdominal está presente y la evolución clínica es favorable, creo que en esta ocasión sí hubiera estado indicado descartar causas de una suboclusión".

El informe del Jefe del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo indica que “el día 8-11-2022 (...) se nos pide valoración tras la realización del TC” y que “con el diagnóstico de obstrucción intestinal por hernia inguinal derecha incarcerada, se lleva de manera diligente a quirófano y es intervenido de forma urgente”.

La pericial incorporada a instancias de la compañía aseguradora de la Administración -suscrita por una especialista en Medicina Familiar y Comunitaria- señala que “respecto a la asistencia sanitaria prestada” en Urgencias del Hospital “el día 01-11-22 (...), no consta en la historia clínica que el paciente (...) presentara ningún signo que hiciera sospechar obstrucción intestinal. Con buen criterio, se trató el fallo renal de origen prerrenal, secundario a los vómitos y al mejorar la función renal fue dado de alta con la clara recomendación de seguir control por su médico de Atención Primaria y volver a Urgencias en caso de empeoramiento”. De seguido, manifiesta que “el día 05-11-22, se actuó de manera diligente, acorde a la *lex artis*, tratando el fecaloma como causa de obstrucción intestinal, y solo tras asegurar que el cuadro se resolvía, que se conseguía expulsión de heces y que el paciente presentaba buena tolerancia oral, fue dado de alta con la recomendación expresa de seguir control por su médico de Atención Primaria”. Finalmente, indica que “no se puede asegurar que el fallecimiento (...) fuera secundario a la hernia inguinal ni a la intervención quirúrgica, de hecho, probablemente, la causa del shock séptico y del éxitus, fuera la neumonía que ya presentaba antes de la intervención quirúrgica ya que, las pruebas complementarias que se realizaron durante el ingreso, mostraban ausencia de complicaciones postquirúrgicas y en cambio, empeoramiento del infiltrado neumónico”.

Planteada en tales términos la controversia, cabe descender al fondo de la cuestión, no sin antes advertir que, correspondiendo a quien reclama la prueba de sus alegaciones, los interesados no han desarrollado en vía administrativa actividad probatoria alguna, sin haber comparecido tampoco en el trámite de audiencia para formular alegaciones, por lo que el único sustento de las afirmaciones que vierten radica en su particular interpretación de los hechos. En tales circunstancias, y dado que este Consejo únicamente puede

formar su convicción con base en los datos obrantes en el expediente, nos vemos compelidos a abordar las cuestiones de índole técnica a tenor de la documentación médica incorporada por la Administración y su compañía aseguradora.

Entrando en el análisis del proceso asistencial, procede recordar que este Consejo viene insistiendo en 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 otros términos, y como venimos señalando de forma constante, el hecho de que sea la clínica la que determina el alcance de la obligación de medios excluye que pueda proyectarse *ex post facto* al juicio sobre la corrección de la actuación sanitaria el estado de situación ignorado al momento de la atención y conocido al formularse la reclamación (por todos, Dictamen Núm. 269/2023). Parafraseando la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 16 de marzo de 2009 -ECLI:ES:TSJAS:2009:1386- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.^a), el juicio que debe efectuarse no es el juicio *ex post*, una vez conocido todo el desarrollo posterior, sino un juicio *ex ante* para, en función de los datos y circunstancias conocidas en ese momento, saber si la decisión hubiera sido o no correcta.

Pues bien, teniendo presente que la obligación de determinar la naturaleza de la enfermedad se vincula a la manifestación de sus signos clínicos típicos y la sintomatología mostrada por los pacientes, no puede obviarse que en el informe clínico de Urgencias, fechado a 2 de noviembre de 2022, puede leerse: “paciente que acude a Urgencias con varias quejas. Tiene vómitos desde hace 10 días que aparecieron a raíz de tomar leche en mal estado. Nota pirosis y vomita a diario desde entonces, según dice no tolera alimentación oral ni realizó deposiciones en este tiempo. Los vómitos son biliosos sin sangre. Además, hace unos 5 días se golpeó en el costado derecho (...). Nota dolor en el costado con los movimientos. No dificultad respiratoria ni tos, no tuvo hematoma externo ni tomó analgésicos, dice que cree tener

fiebre. También notó hace unos días un bulto retroauricular derecho que ya se quitó sin tratamiento”. Por otra parte, en “evolución y comentarios” se refiere que “en analítica presenta un deterioro de la función renal en comparación con previas, no más alteraciones significativas. Se pauta medicación, dieta absoluta y se pasa a box de observación./ Control de los vómitos con la medicación y ligera mejoría de la función renal tras hidratación IV, con BQ de orina compatible con FRA perenal en contexto de síndrome emético. Repetir analítica” por su médico de Atención Primaria “en 3 semanas para revisar evolución de la función renal./ Dado lo anterior y la ausencia de signos de alarma, junto a la mejoría de la clínica doy alta a domicilio”; como “diagnóstico principal” se indica “síndrome emético./ FRA perenal en relación con síndrome emético”.

Así las cosas, en la atención prestada entre los días 1 y 2 de noviembre el paciente refería un variopinto elenco de síntomas (vómitos, imposibilidad de alimentación oral, ausencia de deposiciones, dolor en el costado, fiebre y bulto retroauricular derecho), atribuyendo el propio enfermo los principales a la ingesta de leche en mal estado y a un golpe en el costado derecho. Tras practicar la analítica correspondiente, se concluye que el paciente “presenta un deterioro de la función renal en comparación con previas, no más alteraciones significativas” y ante el “control de los vómitos con la medicación y ligera mejoría de la función renal tras hidratación” y “la ausencia de signos de alarma, junto a la mejoría de la clínica” se procede a darle de alta con el diagnóstico de “FRA perenal en relación con síndrome emético”. En definitiva, en la asistencia prestada en tales fechas no se le diagnosticó un “cuadro subobstructivo intestinal”, el diagnóstico que consta es de un “deterioro de la función renal en comparación con previas”, sencillamente porque ni de la anamnesis ni de las pruebas podían extraerse otras conclusiones.

Centrando nuestra atención ahora en el día 5 de noviembre, el informe clínico de Urgencias, en el que constan la fecha de ingreso el día 5 de noviembre (16:23 horas) y de alta el 6 de noviembre (14:21 horas), señala en el apartado “historia actual”: “paciente valorado el día 1/11 (hace 4 días en Urgencias) por dolor abdominal y vómitos. Se dejó en box de observación por

intolerancia oral y FRA. Tras mejoría se dio alta con Motilium. A pesar de ello, (...) continúa con intolerancia oral, vómitos y dolor abdominal. Última deposición hace 10-15 días. No fiebre”. Asimismo, en el apartado dedicado a “evolución y comentarios” refiere que “se realizan pruebas complementarias objetivando asas de intestino delgado dilatadas. Se comenta con Rayos pues no ven indicado realizar Rx en (bipedestación) ya que con la dilatación y la clínica es sugestiva de suboclusión. Se realiza tacto rectal con heces duras que se extraen de forma manual y se pauta enema con salida de heces duras escasas./ Se decide dejar en box para sueroterapia, antiemético, analgesia, enemas y repetir analítica y probar tolerancia mañana”, figurando, posteriormente, la siguiente nota: “boxes observación (6-11-2022; 14:00 horas): Buena evolución. Enemas efectivos. Tolerancia oral conservada. (...) Dada la favorable evolución doy alta con tratamiento ambulatorio”. Como diagnósticos constan “suboclusión intestinal en el contexto de estreñimiento” e “insuficiencia renal leve”.

Así pues, es el marco de la atención prestada en esas fechas cuando se diagnostica la suboclusión y únicamente ante la buena evolución, la efectividad de los enemas y la tolerancia oral demostrada por aquél se resuelve darle de alta, con “control y revisión por su médico de (Atención) Primaria en 5 días”; de esta forma, las opiniones vertidas en el informe de Urgencias incorporado al expediente acerca de que “sí hubiera estado indicado descartar causas de una suboclusión” y que “se podría haber solicitado una prueba de imagen que justificara la causa de la suboclusión intestinal” se muestran como reveladoras de una posibilidad retrospectiva, pero no como manifestación de que no se hubiesen practicado todas las pruebas que la sintomatología y circunstancias de paciente aconsejaban en ese momento. El informe tampoco anuda a esta circunstancia ninguna consecuencia o efecto que hubiera podido afectar al curso clínico del paciente, más allá de conocer y/o descartar el origen de la suboclusión intestinal, que no debe obviarse, mejora abiertamente con el tratamiento aplicado en la atención de Urgencias los días 5 y 6 de noviembre.

Asimismo cabe referir que en las notas de curso clínico (páginas 27 a 34 de la historia Selene) se indica un posoperatorio “con tendencia a la

hipotensión”, precisando noradrenalina. Además, presenta “neumonía en lóbulo superior derecho en probable relación con broncoaspiración” fracaso renal agudo y fibrilación auricular. Tac abdominal 11/11: “sin evidencia de isquemia intestinal ni de complicaciones postquirúrgicas relevantes”. Es decir, de una parte, se constata que la cirugía solventó la suboclusión intestinal, de lo que puede deducirse que la realización, en la asistencia de 5 de noviembre, de pruebas de imagen adicionales no hubiera tenido una incidencia determinante en el tratamiento y evolución de la suboclusión intestinal que debe insistirse que fue favorable. De otra parte, que se produjo un agravamiento de la neumonía detectada en la radiografía hecha el 9 de noviembre, en la que por comparación a la hecha el día anterior se constata, en lo que aquí interesa, “un aumento de la consolidación parenquimatosa en lóbulo superior derecho. Leve derrame pleural izquierdo”. Y debe reseñarse que hasta ese momento no se había detectado ningún signo patológico, puesto que en la radiografía de tórax hecha en la asistencia de Urgencias el día 5 de noviembre es normal (“Rx tórax: no condensaciones. Cardiopulmonar normal”), es decir, que el proceso infeccioso se inicia con posterioridad; lo que debe conectarse a la conclusión a la que llega la pericial de la compañía aseguradora, según la cual “probablemente, la causa del shock séptico y del éxitus, fuera la neumonía que ya presentaba antes de la intervención quirúrgica ya que, las pruebas complementarias que se realizaron durante el ingreso, mostraban ausencia de complicaciones postquirúrgicas y en cambio, empeoramiento del infiltrado neumónico”. En definitiva, de los datos obrantes en la documentación clínica a disposición de este Consejo se constata que la actuación del servicio público sanitario se acomodó a la clínica que presentaba el paciente adoptándose todos los medios de diagnóstico y terapéuticos idóneos, lo que no ha impedido que debido a las complicaciones padecidas se produjera el luctuoso desenlace.

Llegados a este punto, debemos recordar que en la tarea este órgano consultivo -encaminada a elucidar si procede o no la responsabilidad de los servicios sanitarios- lo trascendental no es si la realización de una prueba, a la vista del resultado final del proceso, hubiese facilitado un diagnóstico certero,

sino si su ausencia resultó contraria a la *lex artis ad hoc* porque las circunstancias concurrentes hubiesen exigido su realización dada la sintomatología que presentaba el paciente en aquél momento. En tal tesitura, entendemos que en este caso no ha quedado acreditada una falta de diligencia, puesto que la información clínica a que ha tenido acceso este Consejo evidencia la adecuación de la atención sanitaria desplegada en cuanto a la suficiencia de pruebas y medios empleados en función de la clínica del paciente y de su respuesta a los tratamientos pautados.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que, una vez atendida la observación esencial contenida en el cuerpo del presente dictamen, 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.