

Dictamen Núm. 146/2025

V O C A L E S :

Baquero Sánchez, Pablo
Presidente
Díaz García, Elena
Menéndez García, María Yovana
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
Santiago González, Iván de

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 4 de septiembre de 2025, 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 2 de junio de 2025 -registrada de entrada el día 9 de ese mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por, por los daños derivados del fallecimiento de su esposa y madre, respectivamente, que atribuyen a una negligente actuación del servicio público sanitario.

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 a la Consejería 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 el 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, del informe pericial elaborado el 9 de octubre de 2022 por un especialista en Medicina Interna, Neumología y Cuidados Intensivos y Medicina Legal y Forense; del certificado de defunción; del Libro de Familia; del documento nacional de identidad de los interesados; del poder general para pleitos; de la factura de los gastos de sepelio; de los escritos dirigidos al Hospital, a la Gerencia del Área Sanitaria V, al Centro de Salud y a la Fundación Hospital solicitando la historia clínica de la paciente y, en suma, 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 los interesados la fecha de recepción de su reclamación en el referido Servicio, el nombramiento de instructora y su régimen de recusación, 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 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 Sección de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital informa que “se han seguido las recomendaciones de las guías internacionales 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 Hospital). 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 fallecida era paciente de la Sección de Neurología de la Fundación Hospital, 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. A continuación, obra incorporado al expediente el informe pericial elaborado el 21 de marzo de 2023 a instancias de la compañía aseguradora de la Administración por dos especialistas, uno de ellos en Medicina Interna y el otro en Cirugía General y del Aparato Digestivo. En él formulan 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 notifica a los interesados la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

El día 2 de mayo de 2023, presentan 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. Mediante escrito de 23 de mayo de 2023, esa Presidencia solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento seguido.

8. El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el 11 de octubre de 2023, dictamina que no es posible un pronunciamiento debidamente motivado sobre el fondo de la cuestión planteada y que debe retrotraerse el procedimiento, al objeto de “completar la instrucción”, 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 Vascular, Neurología, Medicina Interna y Endocrinología ajenos al centro hospitalario implicado”.

Practicados los anteriores actos de instrucción y “evacuado el correspondiente trámite de audiencia y formulada otra propuesta de resolución, habrá de instarse nuevamente el dictamen de este órgano”.

9. Mediante oficio de 3 de noviembre de 2023, la Instructora del procedimiento solicita a la compañía de seguros la emisión de los informes necesarios por parte de especialistas en Cirugía Vascular, Neurología, Medicina Interna y Endocrinología sobre los extremos indicados por el Consejo Consultivo.

10. Figuran incorporados al expediente dos informes periciales librados por cuenta de la compañía aseguradora de la Administración.

En el informe emitido el 19 de junio de 2024 por una especialista en Neurología, se señala que cuando la paciente fue valorada por cirugía vascular en el año 2016 “ya habían transcurrido más de 6 meses desde el episodio de debilidad hemicorporal, que había tenido lugar en febrero de 2015, por lo que la estenosis carotídea se consideraba asintomática (...). El tratamiento recomendado para la estenosis carotídea moderada-severa asintomática es la optimización del tratamiento médico, no estando indicado en este caso la cirugía de revascularización carotídea (...). En las sucesivas consultas médicas (...) refería síntomas de diversas topografía y naturaleza, inespecíficos y atípicos para tratarse de ictus de repetición (...), por lo que seguía sin existir una indicación quirúrgica clara”. Por otra parte, en relación con las complicaciones presentadas tras la cirugía de endarterectomía derecha practicada en noviembre de 2021, considera que “son inherentes a la técnica quirúrgica, imposibles de predecir o de evitar y aparecen recogidas en el consentimiento informado. Su aparición no guarda relación con el grado de estenosis ni con el

tiempo de evolución de la misma". Y concluye que "no existe negligencia, culpa y/o mala praxis en la asistencia prestada".

El informe elaborado por un especialista en Angiología y Cirugía Vascular el 21 de junio de 2024 precisa que, a su juicio, "la documentación analizada no evidencia retraso diagnóstico y terapéutico" y afirma que "todas las actuaciones médicas se realizaron en tiempo y forma correctos (...), desde la pericia vascular y conforme a la cronología de los acontecimientos médicos, la causa fundamental de la muerte es muy clara: una isquemia intestinal y visceral masiva de rápida evolución. Como siempre sucede, las alteraciones metabólicas son secundarias a este hecho. En este sentido, el escáner abdominal muestra un resultado inequívoco./ Estamos ante un desenlace mortal típico en este tipo de pacientes (...). No encuentro en todo el proceso médico ni una infracción de la *lex artis ad hoc*".

11. Con fecha 29 de octubre de 2024, se registra de entrada un escrito de la representante de los interesados, por medio del cual solicita copia de "todo lo actuado" en el expediente. Esta petición es atendida el 7 de noviembre de 2024, fecha en la que la Jefa de Sección de Apoyo envía una copia íntegra del expediente.

12. Fechado a 8 de enero de 2025, la Instructora del procedimiento elabora una nueva 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 constatada en el escáner abdominal, la cual presenta una mortalidad entorno al 80 %, y no guarda relación causal alguna con la actuación de los profesionales sanitarios, la cual ha sido acorde a la *lex artis ad hoc*".

13. Mediante escrito de 17 de enero de 2025, esa Presidencia solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento seguido.

14. El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el 12 de marzo de 2025, dictamina que no es posible un pronunciamiento debidamente motivado sobre el fondo de la cuestión planteada y que debe retrotraerse el procedimiento, al objeto “de que se realice el preceptivo trámite de audiencia” en relación a los nuevos informes médicos incorporados al expediente con posterioridad a la retroacción del procedimiento. A continuación, “tras analizar las alegaciones que, en su caso, hubiesen formulado los reclamantes, habrá de elaborarse una nueva propuesta de resolución y recabarse, entonces, el preceptivo dictamen de este Consejo”.

15. El 29 de abril de 2025 se registra de entrada un escrito suscrito por la letrada de los reclamantes interesando que “se proceda a dar el oportuno impulso al expediente y se nos informe del estado de la tramitación con remisión de copia de lo actuado”.

16. Con la misma fecha la Instructora les comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de 15 días.

El 16 de mayo de 2025 se registra de entrada un escrito de los interesados, asistidos por su abogada, por medio del cual se ratifican en el contenido de sus escritos anteriores e insisten en que la paciente “presentó múltiples episodios de focalidad neurológica que concurrían (...) con una importante estenosis carotídea, por lo que no es cierto que no resultara posible determinar con exactitud la naturaleza y etiología”. Por otra parte, insisten en que su familiar sufrió “una isquemia mesentérica no oclusiva por hipoperfusión” y lo relacionan con la existencia de un cuadro de cetoacidosis diabética.

17. Con fecha 20 de mayo de 2025, la Instructora del procedimiento elabora una nueva propuesta de resolución en sentido desestimatorio, asumiendo los razonamientos expuestos en distintas periciales elaboradas por los Servicios médicos implicados y a instancias de su compañía aseguradora.

18. En este estado de tramitación, mediante escrito de 2 de junio de 2025, 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 fallecida- 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 procedimiento 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 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 ha 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 “Solo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que este 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 aquellos, 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 ser indemnizados por el fallecimiento de su familiar que imputan a la negligente actuación del servicio público sanitario.

Acreditada la realidad del óbito y los vínculos familiares entre quienes ejercitan la acción y la persona fallecida, cabe presumir la existencia del daño cuya indemnización se pretende.

Ahora bien, como venimos reiterando, 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 el mismo se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio público 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 directamente 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 la reclamante -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 normal requerida.

También ha subrayado este Consejo (entre otros, 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, en esencia, 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; exigencia legal y jurisprudencial que recuerda la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 22 de diciembre de 2021 -ECLI:ES:TSJAS:2021:3949- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.ª).

Asimismo, y puesto que se reprocha un error de diagnóstico, hemos de 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 reiterando (por todos, 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, igualmente, 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 analizado, resulta que la perjudicada sufría síntomas neurológicos desde 2015, con diagnóstico confirmado de estenosis carotídea bilateral, calificada inicialmente como asintomática. Posteriormente, en octubre de 2021, ante la aparición de nuevos síntomas se realiza una endarterectomía, pero presentó un cuadro que evolucionó desfavorablemente y falleció el 24 de noviembre de 2021.

Respecto a la demora en la instauración de tratamiento quirúrgico (endarterectomía carotídea), los interesados afirman que hubo un retraso en la indicación quirúrgica, 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 Vascular señala que la enferma fue diagnosticada en un principio como “asintomática”, por lo que se decidió mantener el tratamiento médico y remitir a Neurología para continuar los estudios y el 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 esta 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 fallecida 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.

Tras la retroacción de las actuaciones para aclarar, entre otras, esta cuestión, se ha incorporado al expediente un informe pericial suscrito por un especialista en Angiología y Cirugía Vascular de fecha 21 de junio de 2024 que discrepa firmemente de la pericial de parte y asevera que “desde la pericia vascular y según el estado del conocimiento médico y las guías vigentes en ese momento, hubiera podido indicarse en los 6 meses posteriores al episodio isquémico una cirugía de endarterectomía de la carótida izquierda, nunca derecha (como se hizo 6 años después). Siempre y cuando se hubiese podido determinar dicho diagnóstico. Cosa que no sucedió hasta febrero de 2016”. Y recuerda que “el neurólogo en mayo de 2015, solicitó un eco-doppler que no era concluyente, pidiendo posteriormente un angiotac que no se llegó a hacer por un problema de notificación por cambio de domicilio de la paciente”. Refiere que es habitual ver en consulta a pacientes remitidos por otros especialistas “por cuadros de isquemia cerebrovascular (definitivos o transitorios) en los que la indicación de tratar está sobrepasada cronológicamente”. Y añade que, en estas situaciones, “el manejo ajustado a las guías de nuestra especialidad es el de una estenosis carotídea asintomática, tal y como se hizo de forma correcta en este caso”. De igual forma, se muestra tajante cuando afirma que “no hubo retraso en la instauración del tratamiento quirúrgico de esta paciente”.

Por otra parte, el referido perito considera que, contrariamente a lo señalado por el perito de parte, no hubo ningún peregrinaje médico por parte de la perjudicada, pues “desde 2015 hasta el 14 de octubre de 2021, los síntomas reflejados en la documentación médica revisada no eran sugestivos de síntomas carotídeos hemisféricos. En ese periodo, siempre se consignaron en la historia clínica síntomas inespecíficos, algunos de los cuales se documentó con certeza diagnóstica absoluta, que eran secundarios a patologías concurrentes. Solo se evidencia en la historia clínica la aparición de síntomas carotídeos específicos y claros durante la consulta del 14 de octubre de 2021, ante el neurólogo que estaba atendiendo a la paciente. En ese momento se pone en marcha el mecanismo diagnóstico y terapéutico correcto que indica la cirugía de endarterectomía carotídea derecha realizada de forma muy diligente solo 20 días después del diagnóstico, el 4 de noviembre de 2021”. Por lo que asegura que “la intervención se realizó correctamente en tiempo y forma”.

A su juicio, el perito de la parte reclamante “parece obviar que la estenosis carotídea de la paciente sí siguió el pertinente tratamiento conservador farmacológico durante los seis años previos con un seguimiento médico constante e impecable. Y que se pasó al tratamiento quirúrgico cuando dicha estenosis se volvió sintomática, es decir, cuando se alcanzó una indicación correcta”. Y concluye que “la documentación analizada no evidencia retraso diagnóstico ni terapéutico. Puedo afirmar que todas las actuaciones médicas se realizaron en tiempo y forma correctos”.

También figura, entre la nueva documentación remitida, un informe suscrito por una especialista en Neurología, de fecha 19 de junio de 2024, que insiste en que “cuando la paciente fue valorada por Cirugía Vascular ya habían transcurrido más de 6 meses desde el episodio de debilidad hemicorporal (...) por lo que la estenosis carotídea se consideraba asintomática”. En pacientes con estenosis carotídea moderada-severa asintomática la recomendación “es la optimización del tratamiento médico, no estando indicado en este caso la cirugía de revascularización carotídea”. Por otra parte, subraya que la afectada refería “síntomas de diversa topografía y naturaleza, inespecíficos y atípicos

para tratarse de un ictus de repetición en relación a su patología carotídea, por lo que seguía sin existir una indicación quirúrgica clara”. Y advierte que este procedimiento quirúrgico tiene “alto riesgo de complicaciones perioperatorias asociadas a la revascularización, por lo que su indicación debe estar siempre justificada”. Debemos tener en cuenta que los angiotac de troncos supraaórticos realizados entre septiembre de 2019 y septiembre de 2020 “no mostraron cambios significativos ni empeoramiento en el grado de estenosis”, la resonancia magnética realizada en enero de 2021 “no mostró lesiones isquémicas” y los facultativos del Servicio de Cirugía Vascular que analizaron el caso de la paciente tampoco consideraron que sus síntomas fuesen sugestivos de una clínica hemisférica justificada por la estenosis carotídea, por lo que recomendaron mantener el tratamiento médico.

Por tanto, conforme a lo expuesto, el manejo de los síntomas que la afectada refería desde 2015 fue adecuado, ya que inicialmente la estenosis fue considerada asintomática, motivo por el cual se optó por tratamiento médico conservador conforme a las guías clínicas vigentes. El seguimiento neurológico y vascular realizado en el periodo 2015-2021 no evidenció síntomas claros y específicos compatibles con isquemia hemisférica justificada para intervención quirúrgica inmediata. Y la endarterectomía carotídea se realizó tras la aparición de síntomas sugestivos y confirmación diagnóstica, con un tiempo de respuesta de 20 días desde la valoración especializada, ajustado a los estándares médicos.

En suma, se pusieron a disposición de la enferma los medios adecuados a la sintomatología referida en cada momento, siguiéndose los protocolos establecidos para el manejo de una estenosis carotídea asintomática. Como venimos reiterando (por todos, Dictamen Núm. 77/2020), este Consejo entiende que no es posible exigir a los profesionales médicos un diagnóstico precoz e indubitado antes de que aparezcan los síntomas, o los signos, que lo evidencien con certeza y que no cabe la valoración retrospectiva de la sintomatología una vez que se conoce el diagnóstico final. Así pues, no

observamos un retraso injustificado en la indicación ni en la realización del tratamiento quirúrgico.

Respecto a las complicaciones posquirúrgicas que refieren los reclamantes (dificultad para mover la lengua y parálisis facial leve), el Jefe de Sección de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital informa que las mismas “constan en el apartado de riesgos típicos del documento de consentimiento informado” y las califica como “moderadas” y “clínicamente no relevantes”. En efecto, obra entre los documentos de la historia clínica el “documento de consentimiento informado para endarterectomía carotídea derecha”, firmado por la paciente el 3 de noviembre de 2021, que incluye entre los riesgos específicos de esta intervención la posibilidad de “irritarse o lesionarse alguno de los nervios que pasan por el cuello, y aparecer ronquera, afonía, dificultad para mover la lengua o masticar”. Coincide con esta conclusión la especialista en Neurología que informa por cuenta de la compañía aseguradora, al señalar que “estas complicaciones son inherentes a la técnica quirúrgica, imposibles de predecir o de evitar y aparecen recogidas en el consentimiento informado”.

Tampoco se evidencian indicios de relación causal entre dichas complicaciones y un retraso en la cirugía. En el referido informe pericial la neuróloga afirma que “su aparición no guarda relación con el grado de estenosis ni con el tiempo de evolución de la misma” y “descarta que exista nexo causal entre el momento de la indicación de la endarterectomía carotídea y la aparición de las complicaciones que finalmente ocasionaron el fallecimiento”. Por último, el especialista en Angiología y Cirugía Vascular que informa por cuenta de la compañía aseguradora indica que “no existe relación causal entre la debilidad propia que se sufre tras cualquier tipo de intervención quirúrgica y el momento en el que esta se realiza”, si no que “es la cirugía la que puede causar debilidad, no su supuesto retraso”.

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. Sin embargo, en los diversos informes periciales que aporta la Administración sanitaria, se pone de relieve que el episodio de trombosis se produce 5 días más tarde de la suspensión, es decir, dentro del período de eficacia del fármaco. Y, en cualquier caso, no ha quedado acreditada la tesis de los interesados, según la cual, de no haber suspendido el clopidogrel, se habría evitado el fatal desenlace.

También critica el autor del informe pericial de parte que se mantuviese el tratamiento con metformina, el cual “debe suspenderse en situaciones de cetoacidosis o deshidratación” -condiciones que considera existentes 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”.

Finalmente, respecto a la interrupción del tratamiento insulínico durante el ingreso en noviembre de 2021, el perito de parte afirma que “la insulina no debió ser suspendida nunca (...). Según las recomendaciones, y solo 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”. Añade que “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”. Señala que se ajustó el “tratamiento con fluidoterapia ante una situación de insuficiencia renal aguda y se suspende tratamiento antihipertensivo por tendencia a la hipotensión”. Y en el informe pericial de la compañía aseguradora, de fecha 21 de marzo de 2023, se destaca que, durante el ingreso de noviembre de 2021, la paciente permaneció “estable, con glucemias controladas” y se advierte que “la administración de insulina en un paciente con glucemias normales precipitará hipoglucemia, que puede tener efecto muy perjudicial sobre el cerebro”. Los autores de este informe defienden que “no existe evidencia de cetoacidosis diabética en ningún momento del ingreso; no es admisible relacionar la presencia de cuerpos cetónicos en orina el día 16-11-21 con el desarrollo de acidosis el 23-11-21, en el caso de cetoacidosis diabética, la progresión es rápida, en horas, no en 7-8 días”. Y apuntan como “causa fundamental del fallecimiento” a “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”. Al respecto, destacan que el pronóstico de este proceso “es infausto, con una mortalidad del 80 %”.

Acordada la retroacción de las actuaciones para aclarar, entre otros, estos aspectos, el perito en Angiología y Cirugía Vascular que informa por cuenta de la compañía aseguradora manifiesta que el resultado del escáner abdominal realizado el 23 de noviembre de 2021 es “revelador (y de una certeza diagnóstica absoluta) y determina la causa fundamental del fallecimiento de la paciente: una extensa isquemia intestinal y visceral. Es la necrosis visceral la que provoca un gravísimo y rápido empeoramiento del estado general de la paciente y su nivel de conciencia, debido a un *shock* metabólico que incluye acidosis láctica refractaria y cetoacidosis diabética” y no al revés como defiende el informe pericial de la parte actora. Manifiesta que “la isquemia intestinal grave es, con elevada frecuencia, una de las principales causas de muerte de los pacientes (sobre todo mujeres) con patología arterial de origen arterioscleroso. Y que puede surgir como complicación aguda y

devastadora, en cualquier momento evolutivo”, en pacientes tratados por “isquemia en otros sectores anatómicos (coronario, carotídeo, aórtico o de miembros inferiores)”.

Como corolario a estas consideraciones médicas, concluye que “desde la pericia vascular y conforme a la cronología de los acontecimientos médicos, la causa fundamental de la muerte es muy clara: una isquemia intestinal masiva de rápida evolución. Como siempre sucede, las alteraciones metabólicas son secundarias a este hecho. En este sentido, el escáner abdominal muestra un resultado inequívoco./ Estamos ante un desenlace mortal típico en este tipo de pacientes”. Finalmente, no observa ninguna infracción de la *lex artis ad hoc*.

Estas consideraciones médicas no han sido confrontadas pericialmente por los reclamantes durante el trámite de audiencia, pues se limitan a presentar un escrito de alegaciones insistiendo en las imputaciones y razonamientos expuestos con ocasión de escritos anteriores, pero no son suficientes por sí solas para desvirtuar las nuevas periciales que ha aportado la Administración sanitaria.

En definitiva, a la vista de todos los informes médicos incorporados al expediente podemos concluir que el manejo clínico, diagnóstico y terapéutico de la estenosis carotídea fue conforme a la *lex artis* y a las guías clínicas vigentes, sin retraso injustificado en la indicación de la endarterectomía. Las complicaciones posquirúrgicas fueron inherentes al procedimiento y no atribuibles a demora alguna. Tampoco ha quedado acreditada la existencia de nexo causal entre la suspensión de clopidogrel o la insulina ni el mantenimiento de la metformina, con la evolución clínica o el fallecimiento de la paciente. A lo anterior debe sumarse que, de lo actuado, se revela que la causa del fatal desenlace fue una isquemia mesentérica severa, consecuencia de enfermedad aterosclerótica sistémica avanzada y no imputable a la atención sanitaria recibida.

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
EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.