

Dictamen Núm. 147/2025

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 del Principado de Asturias formulada por, por los daños que asocia a la asistencia sanitaria recibida y la ausencia de consentimiento informado.

De los antecedentes que obran en el expediente, resulta:

1. El día 29 de julio de 2024, los interesados, el paciente y su esposa, presentan en la oficina de registro telemático SITE de la Administración del Principado de Asturias, un escrito por el que interponen una reclamación de responsabilidad patrimonial frente al Servicio de Salud del Principado de Asturias, por los daños que atribuyen a la errática e inadecuada asistencia sanitaria recibida y los derivados de la ausencia de consentimiento informado sobre las medidas finalmente adoptadas.

Refieren, como antecedentes, que al paciente “en el año 2015 se le diagnostica diverticulosis sigmoides./ En el año 2022 (...) mieloma múltiple, del que está en tratamiento (...), siendo candidato a trasplante (de progenitores hematopoyéticos), THP./ El 28 de junio de 2022 padece una peritonitis por perforación de un divertículo intestinal (...). El 27 de enero de 2023 es intervenido (...) para reconstrucción del tránsito colorrectal./ Padeció, asimismo, episodios de gota, rinitis crónica, dermatitis, COVID-19, infecciones respiratorias, hiperlipemia, gastritis, acúfenos, hipertensión arterial no complicada y otras afecciones leves”.

Seguidamente, hacen un relato detallado de las atenciones dispensadas en el Hospital “X”, con carácter previo a las que son objeto de la reclamación, en un contexto pluripatológico en el que se le trataba hipertensión arterial, mieloma múltiple IgA Kappa R, diverticulitis aguda sigmoidea que precisó intervención quirúrgica y posterior reconstrucción del tránsito colorrectal y antecedentes urológicos de megauréter. La reclamación señala, como precedentes más directos de la misma, que “el 25 de enero de 2023 el Servicio de Radiodiagnóstico practica una ‘ecografía de abdomen completo (incluye renal)’, en el que ‘valora vía urinaria’, constatando que ‘persiste hidronefrosis derecha grado 3’ (...). El día 27 de enero (...) es intervenido para reconstrucción de tránsito colorrectal. En el informe clínico de alta, de 3 de febrero de 2023, se deja constancia de que ante ‘el empeoramiento de la dilatación uretral derecha con repercusión funcional (...) se presenta por parte de Hematología en sesión clínica con Urología, decidiendo realizar pielografía y colocación de catéter doble J (...) previo a la intervención quirúrgica’. Al resumir las pruebas complementarias practicadas, el informe recoge” que el 2 de febrero de 2023 “se practica una nefrostomía derecha, ya que ‘persiste severa hidronefrosis a pesar de doble J cuyo extremo proximal se encuentra en tercio superior del uréter. Uréter tortuoso y dilatado en el segmento visible, se coloca nefrostomía 8F bajo guía ecográfica, escópica, y anestesia local sin complicaciones inmediatas’. Se hace constar asimismo que queda (...) ‘pendiente completar estudios y consulta por parte del Servicio de Urología’”.

En cuanto a los “exámenes, hallazgos y tratamientos pautados por el Servicio de Urología” del Hospital “X” “hasta la práctica de una nefrostomía el 2 de febrero de 2023”, los reclamantes enfatizan que “el 21 de septiembre de 2022, el paciente acude a consulta en el Servicio de Urología” y que “el informe se limita a reseñar ‘megauréter dcho. en sto. creatinina 1,3 mg (...) CND leve en pte. con megauréter dcho.’ y revela que el valor (...) del filtrado glomerular como índice (de) la función renal, ha sido solicitado por el Servicio de Hematología, no por el de Urología”.

En relación con el “seguimiento del paciente tras la nefrostomía de 2 de febrero de 2023”, destacan que, tras varias consultas, el 5 de abril “acude al Servicio de Urgencias” del Hospital “X” “y es remitido al Servicio de Cirugía General y Digestivo por suboclusión intestinal. El informe deja constancia de que el paciente tuvo problemas la víspera ‘con el catéter de urostomía que tuvo que ser manipulado en el centro de salud’”.

Por lo que atañe al “episodio crítico desencadenante inmediato de los daños reclamados”, señalan que en el informe “de 26 de abril del Servicio de Radiodiagnóstico, figurando como provisor de servicios, el de Urología” se “recoge una ‘exploración por nefrostomía percutánea derecha’ (...) y los siguientes datos clínicos: (...) ‘Dado que la cirugía está muy próxima dejamos ingresado de cara a vigilancia, por si pudiera aguantar hasta el viernes sin colocarse. Hoy 20.000 leucocitos con neutrofilia, empeoramiento de la FR’”, advirtiendo también que “determinadas decisiones (...) relativas al abordaje de los padecimientos urológicos (...) se adoptaron a iniciativa del Servicio de Hematología”.

Con posterioridad al relato descriptivo del curso clínico, advierten que el afectado “es un enfermo pluripatológico, pero los daños que se reclaman guardan exclusiva relación con el servicio (...) prestado por el Servicio de Urología del Hospital ‘X’ (...). Y en ese proceso se ha producido una clara violación de la *lex artis*, que instaura una relación de causalidad mediata e inmediata con los daños efectivos alegados”. En este sentido, mantienen que “el seguimiento de tal padecimiento y las decisiones adoptadas por el Servicio

de Urología-Nefrología” del Hospital “X” “sí constituyen una clara infracción de la *lex artis*, por su carácter negligente y errático./ Baste invocar para probarlo (...) que la detección de la hidronefrosis, el deterioro progresivo de la función renal e incluso la decisión de realizar una pielografía y la colocación de catéter doble J, y posteriormente optar por una nefrostomía, se producen en el transcurso de pruebas realizadas por el Servicio de Hematología para control y tratamiento de un mieloma múltiple y se instan por tal Servicio, y no por el Servicio de Urología./ Todo ello acredita palmariamente el seguimiento negligente y la omisión de puesta a disposición (...) de los medios técnicos disponibles para controlar y procurar la curación del paciente por parte del Servicio de Urología”.

Sostienen, igualmente, que existe una “clara conexión de causalidad” entre los daños por los que se reclama y “la atención -más bien falta de atención, es decir con la omisión y mala praxis- padecida por el enfermo bajo la responsabilidad del Servicio de Urología desde su ingreso” en el Hospital “X” “el día 24 de abril a las 22:19 (horas) y (a) una hora indeterminada de la madrugada del 27, momento en el que, ya en un estado muy grave, ingresa en Medicina Intensiva./ La ausencia de información sobre el periodo de más de dos días en que (...) está ingresado al cuidado del Servicio de Urología es total. Solo constan varios intentos, desacertados, de colocación de la nefrostomía, y un traslado” al Hospital “Y”, “del que se desconocen las condiciones en que se decide./ Por el contrario, sí constan las condiciones en que (...) ingresa en Medicina Intensiva tras su estancia hospitalaria bajo control del Servicio de Urología: ‘llega de nuevo al (Hospital <X>) con mal estado general e hipotensión mantenida, muy mala perfusión, palidez cutánea, livideces generalizadas y sudoración por lo que se decide ingreso en la Unidad y realización de nueva prueba de imagen para descartar sangrado activo’ (...). ‘En la mañana de 27 de abril (...), PCR presenciada en asistolia, se procede a IOT + conexión a ventilación mecánica’ ./ Las decisiones terapéuticas adoptadas por el Servicio de Urología -más bien la ausencia de ellas- durante la noche del 24 al 25 de abril, durante todo el día 25 y parte del 26, las revela y prueba uno de los

escasos informes del propio Servicio, el de 26 de abril, de modo que los hechos hablan por sí mismos: 'paciente de 70 años con NPC derecha por megauréter. Pendiente de reimplante ureteral derecho este viernes (se estaría refiriendo al día 28 de abril), ingresa ayer (*sic*, en realidad fue el día 24) por pérdida de NPC. Dado que la cirugía está muy próxima dejamos ingresado de cara a vigilancia, por si pudiera aguantar hasta el viernes sin colocarse. Hoy 20.000 leucocitos con neutrofilia, empeoramiento de la FR' (...). La omisión de los medios disponibles para procurar la curación del paciente es palmaria y con ello se constata la grave vulneración de la *lex artis*. Los daños finales que esta infracción desencadena y que finalmente se producen en el proceso mórbido (...) hasta su alta el 27 de julio son (...) de tal gravedad que pueden calificarse jurídicamente de daños desproporcionados, lo que nos exime de probar el proceso médico-clínico que los origina, trasladando dicha obligación a la Administración sanitaria por inversión de carga de la prueba. Y se causan pese a la atención sanitaria, entre el 27 de abril y el 27 de julio, prestada por los demás servicios implicados, cuya conducta no es objeto de reproche jurídico".

En otro orden de cosas, afirman que también se ha producido una lesión del derecho de autodeterminación del paciente, puesto que "no hay rastro en la historia clínica que acredite que en las intervenciones a las que fue sometido (...) se haya prestado el consentimiento informado exigible legalmente y una vez tenidas en cuenta, obviamente, las circunstancias en que se produjeron a lo largo de los tres meses de estancia hospitalaria los actos médicos que lo requirieran".

En relación con los daños causados a la esposa del enfermo, señalan que esta sufre "una depresión que precisa asistencia psicológica sostenida por parte de facultativo, atención que aún persiste, por lo que nos reservamos su cuantificación definitiva al trámite de alegaciones".

A la hora de cuantificar el montante indemnizatorio, manifiestan que "en una estimación tentativa, pendiente, como se ha dicho, la curación de los daños físicos causados (al paciente) y de la aportación del pertinente informe de valoración de daños corporales, pendiente asimismo el alta del padecimiento

psicológico de (su esposa), cuyo coste definitivo se acreditará oportunamente, valoramos el daño causado” en cuatrocientos mil euros (400.000 €).

Adjuntan a su escrito copia del informe de alta expedido por un centro médico privado -fechado a 1 de julio de 2024, en el que consta que el paciente fue sometido a una “limpieza quirúrgica de lechos infectados y se le instaura tratamiento antibiótico intravenoso dirigido”, como consecuencia de una “infección de tejidos blandos de lechos de amputaciones”- y del documento nacional de identidad de los reclamantes.

2. Mediante oficio de 12 de agosto de 2024, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica a los interesados la fecha de recepción de su reclamación, las normas con arreglo a las cuales se tramitará el procedimiento, la designación de la instructora y su régimen de recusación, y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. Previa petición formulada por la Instructora del procedimiento, el 11 de septiembre de 2024 la Gerencia del Área Sanitaria V le remite copia de la historia clínica del interesado y los informes de los Servicios de Hematología, Urología y Medicina Intensiva del Hospital “X”.

El informe del Servicio de Medicina Intensiva, de 22 de agosto de 2024, señala que el paciente ingresa en el Servicio de Urología “por ausencia de débito a través de nefrostomía derecha y molestias en zona de inserción de la nefrostomía desde 48 h antes. La revisión del catéter y la exploración radiológica confirman la pérdida de la misma. En ese momento sin signos de infección. En primeras horas en planta (...) se mantiene con dolor y se objetiva deterioro de función renal. Se decide realizar nueva nefrostomía a través de calices inferiores sin poder progresar la guía, en un segundo intento por grupos calicales medios el paciente empieza con cuadro de tiritona por lo que se suspende el procedimiento y se inicia cobertura antibiótica de amplio espectro con piperacilina-tazobactam. Se solicita al (Hospital “Y”) nefrostomía, realizada por el Servicio de Radiología Intervencionista con control ecográfico. Se realiza

punción de un grupo calicial medio derecho, grupo calicial inferior con hallazgos sugestivos de coágulos. Se obtiene sangre hematúrica por lo que se realiza angiotac que objetiva correcta colocación de la nefrostomía y sin sangrado activo, con coágulos en el interior de la vía excretora. El paciente retorna al Servicio de Urología” del Hospital “X”, “presentando tras su llegada mal estado general e hipotensión mantenida, acidosis metabólica, lactato elevado, coagulopatía y aumento de reactantes de infección. En la exploración destaca muy mala perfusión periférica, livideces generales y sudoración por lo que se decide ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). En las primeras horas en la UCI situación de *shock* profundo que precisa dosis muy altas de drogas vasoactivas (noradrenalina y vasopresina), presentando parada cardiorrespiratoria, recuperando pulso tras 5-6 minutos de soporte vital avanzado con intubación orotraqueal y conexión a ventilación mecánica. Tras monitorización con sistema PICCO se añade soporte inotrópico con dobutamina. Ante la situación clínica de *shock* profundo y el fallo renal se inician técnicas de reemplazo renal continuas./ En los siguientes días se observa progresiva estabilización hemodinámica, se suspende dobutamina y también la vasopresina tras observarse datos de isquemia digital en dedos de las manos y pies, en el contexto de su cuadro séptico y drogas vasopresoras, imprescindibles (...) para el mantenimiento de la hemodinámica. Se realiza interconsulta a (Cirugía) Vascular, recomiendan tratamiento con prostaglandinas y seguimiento./ Desde el momento del ingreso en UCI cobertura antibiótica de amplio espectro con piperacilina-tazobactam, linezolid, amikacina y fluconazol, en hemocultivos crece *Enterococo faecium*, *Klebsiela oxitoca*, y *Pseudomina aeruginosa*, con ajuste de antibióticos según antibiograma, quedando con ceftazidima y linezolid./ Durante toda la evolución en la Unidad, presenta como interurrencias: plaquetopenia severa, dos episodios de taquiarritmia (fibrilación auricular) que se trata con amiodarona y un episodio de movimientos clónicos a nivel de miembro superior derecho, nistagmus y desviación de la mirada, se consulta a Neurología que le impresiona de crisis focal, en tac craneal no se aprecia patología aguda significativa. Episodio de anemización, se realiza tac

abdominal que muestra un voluminoso hematoma subcapsular renal derecho con efecto masa sobre el parénquima renal, se consulta con Urología y (Cirugía) Vascular para valorar posible embolización, pero tras transfusión de hemoderivados (2 concentrados de hematíes y 2 *pool* de plaquetas), se estabiliza y se decide tratamiento conservador./ El paciente evoluciona finalmente de forma favorable y, al no precisar más soportes de UCI, se da alta al (Servicio) de Urología”.

El informe del Servicio de Hematología-Hemoterapia, de 28 de agosto de 2024, refiere que “se trata de un paciente de 71 años con un mieloma múltiple IgAK R ISS1, que está en respuesta completa actualmente./ Recibe, en consulta del Hospital de Día Oncohematológico tratamiento de segunda línea, esquema daratumumab sin bortezomib, por los eventos neuropáticos previos. Próximo tratamiento programado 02-09-2024./ En líneas generales, los pacientes previos a considerarlos para trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos deben ser valorados globalmente (incluyendo edad y comorbilidades) para decidir si son o no candidatos a este procedimiento. Los pacientes de hasta 70 años sin comorbilidades deben ser considerados candidatos a trasplante autólogo (recomendación I-A)./ Nuestro paciente presentó comorbilidades durante el tratamiento inicial de primera línea, fundamentalmente la peritonitis purulenta perforada, aconsejando modificar la pauta de tratamiento y vigilar la evolución (...). Dada la buena respuesta al tratamiento de inducción inicial, alcanzando respuesta completa con EMR (enfermedad mínima residual) negativa, puede considerarse no someter al paciente al procedimiento de trasplante de médula ósea, dado el incremento de toxicidades que lleva parejo el procedimiento y que no se va obtener mayor beneficio clínico por estar (...) en la mejor respuesta posible./ Actualmente continúa en respuesta completa./ En cuanto a la presencia del *shock* séptico de origen urinario con fallo hemodinámico renal metabólico, asociando coagulopatía, se desarrolló en el contexto del manejo de la nefrostomía derecha”.

El informe del Servicio de Urología, de 30 de agosto de 2024, indica que "el paciente está diagnosticado de un megauréter, con la consecuente ureterohidronefrosis derivada del mismo, desde al menos el año 2015, pero que probablemente sea congénito. Inicialmente seguía controles en el (Hospital 'Y')./ Desde 2018 en seguimiento en consulta de Urología del (Hospital 'X', manteniéndose estable hasta 2022 (en) que presenta cierto empeoramiento de la función renal, también probablemente, en el contexto de ingreso por peritonitis purulenta secundaria a diverticulitis aguda sigmoidea que requirió de varias intervenciones quirúrgicas./ Dado que (...) presenta un mieloma múltiple y está pendiente de TPH, el Servicio de Hematología lo presenta en sesión clínica con Urología para valorar derivación de la vía urinaria en el mismo acto que la cirugía abdominal, finalmente se decide colocación de catéter doble J, pero se observa persistencia de la ureterohidronefrosis, por lo que se retira el catéter ureteral y se coloca nefrostomía, para además poder estudiar la vía urinaria mediante pruebas de imagen. El Servicio de Urología presenta el caso en sesión clínica y se valoran los beneficios o inconvenientes que le pueden causar al paciente la realización de una cirugía larga con anestesia general y no exenta de riesgos intra y posoperatorios, en relación a la patología crónica que presenta, tras dicha valoración se decide realizar reimplante ureteral derecho, dado que el paciente lo precisa para poder hacer el TPH, con fecha prevista de la misma el 28-4-2023./ El 24-4-2023 a las 22 h ingresa en el (Servicio) de Urología por ausencia de débito a través de nefrostomía, con molestia a nivel de la zona de punción de la misma, sin dolor abdominal, con puño-percusión renal bilateral negativa, afebril, sin náuseas ni vómitos, con analítica de sangre normal, sin leucocitosis que indicara infección y con función renal normal, además el paciente refiere aumento de la diuresis por uretra tras el cese del débito por la nefrostomía, lo que va en relación con que existe paso de orina del riñón a la vejiga, dado que se trata de un proceso crónico. Como (...) se encuentra asintomático y los parámetros analíticos también son normales, se decide ingresarlo con profilaxis antibiótica para observación y, si es posible evitar (...) un procedimiento invasivo añadido, que además puede conllevar

riesgos (...) (infecciones, sangrado...) que, en su caso, además, podrían retrasar la cirugía que tiene prevista. Al día siguiente (...) continúa asintomático, afebril y con función renal muy levemente disminuida, por lo que se puede continuar con el mismo planteamiento, se reevalúa (...) y se mantiene sin cambios./ El día 26-4-24 (...) continúa asintomático, aunque presenta analítica con signos infecciosos y ligero empeoramiento de la función renal respecto al día anterior, por lo que se decide colocación de nefrostomía urgente, que en nuestro hospital realiza el Servicio de Radiodiagnóstico. No se logra colocación de catéter de nefrostomía y el paciente comienza con tiritona, por lo que avisan al urólogo de guardia, a las 15:11 h, que le inicia inmediatamente antibioterapia de amplio espectro y se pone en contacto con Radiología Intervencionista" del Hospital "Y", "que es el servicio de referencia, para colocación de nefrostomía", asimismo se informa al paciente y a sus familiares, "todo ello ya realizado a las 15:35, según se refleja en la historia clínica. Esa misma noche, a las 00:00" llega del Hospital "Y" "tras colocación de nefrostomía, con informe de haber realizado" un angiotac "por sospecha de sangrado tras la punción, que finalmente se descarta. El paciente presenta tendencia a hipotensión, sangrado a través de catéter de nefrostomía y signos que indican que puede estar comenzando una sepsis, por lo que se habla con UCI para que lo valoren (...) ante la duda se realiza" nuevo angiotac "en nuestro hospital, que indica que no hay cambios significativos respecto al del (Hospital "Y")./ El paciente pasa a cargo de UCI, con múltiples diagnósticos reflejados en informe de dicho Servicio, y tras buena evolución hasta no precisar medidas intensivas, se decide traslado de nuevo a planta (...) de Urología y se realiza reimplante ureteral derecho el 26-5-2023; se le mantiene sonda vesical y nefrostomía durante 1 mes y se solicita TC de control en 2 meses. En el posoperatorio (...) evoluciona satisfactoriamente desde el punto de vista urológico, pero permanece ingresado, inicialmente a cargo de Cirugía Vascular porque precisa amputaciones y posteriormente a cargo de Hematología para completar estudios y reevaluar enfermedad hematológica./ Todos estos datos se encuentran reflejados por escrito en la historia clínica (...).

En el Servicio de Urología se ha mantenido un estrecho seguimiento del paciente en todo momento, siempre valorando las acciones a seguir indicadas en todas las guías clínicas de la especialidad y teniendo en cuenta al propio paciente, con sus comorbilidades y riesgos añadidos, para evitar complicaciones derivadas de procedimientos innecesarios”.

4. Previa solicitud formulada por la Instructora del procedimiento, el 31 de octubre de 2024, la Gerencia del Área Sanitaria IV le remite la documentación relativa a la asistencia prestada en el Hospital “Y”, comprensiva de la Historia Millennium y de los informes de los Servicios de Hematología y Hemoterapia y de Radiodiagnóstico.

En el informe del Servicio de Hematología y Hemoterapia, de 18 de septiembre de 2024, se expone que se “tuvo conocimiento de este paciente cuando fue presentado en el Comité Clínico Patológico de Terapia Celular (...). Dicha valoración fue realizada el 12-08-2022. En dicho Comité se aceptó para consolidación con trasplante autólogo (...). El día 08-11-2022 se hizo la extracción de células progenitoras con vistas a la realización del trasplante autólogo sin incidencias./ Tras esta extracción, el Servicio de Hematología (...) no ha tenido ninguna otra relación con (el paciente) ya que no se llegó a realizar el trasplante autólogo”.

El informe del Servicio de Radiodiagnóstico, de 30 de septiembre de 2024, expone que al enfermo “se le realizó nefrostomía derecha de guardia” el 26 de abril de 2023 “por sepsis obstructiva de origen urinario, a petición de Urología” del Hospital “X”. Explica que “parece claro que estaba indicada. Procedimiento difícil ya que ya lo habían intentado (se entiende que por parte de Rayos `X´), sin éxito. Por prudencia se le realiza TC al terminar, comprobando correcta colocación y ausencia de sangrado activo (...). Además, se compara con previo del 29-03-24, sin observar cambios significativos./ La decisión de volver a trasladarlo” al Hospital “X” “cabe al Servicio de Urgencias (...) y (al) de Urología” del Hospital `Y´. Aclara que, “habitualmente cuando un paciente acude (...) para (...) cualquier procedimiento de radiología vascular

intervencionista, siempre existe un Servicio responsable que disponga de camas que tiene que conocer el traslado (...) y en el que el paciente ingresaría en caso de no estar en condiciones de retornar a su hospital de origen./ Se han realizado las intervenciones oportunas por parte de Radiología Vascular del (Hospital `Y´). Nada hace suponer mala praxis./ Hay un TC” realizado en el Hospital “X” “el 27-04-24 en el que tampoco se describe sangrado activo y se confirma correcta posición de la nefrostomía derecha colocada en el (Hospital `Y´)./ Llama la atención que hayan pasado 3 días desde que se pierde la nefrostomía hasta que se intenta nueva colocación./ Al colocar una nefrostomía por sepsis urinaria obstructiva si hay mucho contenido hemático se forman coágulos y la nefrostomía es menos eficaz drenando hacia afuera el contenido purulento. Este hecho (además de cuadro de larga evolución), puede relacionarse con que la evolución de la situación de sepsis no haya sido del todo favorable”.

5. A continuación obran incorporados al expediente dos informes periciales de fecha 23 de diciembre de 2024 y 5 de febrero de 2025, respectivamente, emitidos a instancias de la compañía aseguradora de la Administración.

El primero de ellos, elaborado por una especialista en Medicina Intensiva, expone que “la actuación de los clínicos encargados de su asistencia en Urología, Radiología Intervencionista y Medicina Intensiva fue acorde a la *lex artis ad hoc* y a las guías de práctica clínica habituales, incluyendo las recomendaciones de la *Surviving Sepsis Campaign* (2021) y las guías de la *European Association of Urology* (EAU)”. Considera que “el manejo inicial del paciente al ingreso el 24 de abril de 2023 fue adecuado y ajustado a la situación clínica presentada en ese momento, sin datos analíticos o clínicos que indicaran infección activa, lo que justificó un abordaje conservador inicial con profilaxis antibiótica y monitorización estrecha para evitar intervenciones invasivas innecesarias” y que “ante la evolución clínica con deterioro progresivo, incluyendo fiebre, tiritonas y signos analíticos de infección, se actuó con celeridad, priorizando la recolocación urgente de la nefrostomía” en el Hospital

“Y” “por Radiología Intervencionista, una medida imprescindible para el drenaje del foco infeccioso y la estabilización del paciente, conforme a las guías internacionales”. Explica que “la evolución hacia un cuadro de *shock* séptico urológico con disfunción multiorgánica es una complicación inherente al contexto clínico (...), agravada por su historial de obstrucción urinaria crónica, hidronefrosis y comorbilidades como mieloma múltiple, hipertensión arterial y nefropatía crónica” y que “las complicaciones derivadas, como la isquemia digital en manos y pies y el hematoma subcapsular renal, son eventos fisiopatológicamente inevitables en pacientes con *shock* séptico grave tratados con vasopresores e inmersos en un estado de coagulopatía inducida por sepsis. Estas complicaciones se manejaron conforme a la *lex artis*, incluyendo la reducción progresiva de vasopresores, el uso de prostaglandinas y un enfoque conservador en el caso del hematoma renal”. Afirma que “la parada cardiorrespiratoria (...) fue manejada con maniobras avanzadas de reanimación cardiopulmonar e intubación orotraqueal, logrando la recuperación del pulso sin evidencias de daño neurológico posterior, lo que refleja una actuación diligente y efectiva del equipo médico”. Asimismo, asevera que “las decisiones terapéuticas en la UCI, incluyendo la administración de noradrenalina, vasopresina, dobutamina, y el inicio de técnicas de reemplazo renal continuo (...), estuvieron justificadas por la gravedad del cuadro y se implementaron conforme a las mejores prácticas clínicas, salvaguardando la vida del paciente en un contexto de elevada complejidad clínica” y que “la cobertura antibiótica ajustada por antibiograma, junto con la coordinación multidisciplinar entre Urología, Medicina Intensiva, Radiología Intervencionista y Cirugía Vascular, garantizó un manejo integral y adecuado del paciente durante todo el proceso asistencial”. Por todo ello, estima que “las actuaciones realizadas permitieron estabilizar un cuadro crítico y salvar la vida del paciente, minimizando en la medida de lo posible las complicaciones inevitables inherentes a su patología y gravedad clínica”.

Finalmente, valora que “en relación con el consentimiento informado, consta documentalmente que el paciente fue debidamente informado y aceptó

los procedimientos realizados, incluyendo la recolocación de nefrostomía y el manejo anestésico. Los documentos revisados evidencian que se explicaron los riesgos inherentes a las intervenciones, como hemorragias, infecciones y complicaciones posoperatorias, de manera ajustada a la normativa vigente (Ley 41/2002). Además, aun no siendo el caso concreto, en situaciones críticas donde se priorizó la intervención urgente para preservar la vida del paciente, las decisiones estuvieron respaldadas por la jurisprudencia (...) que permite actuar en beneficio del paciente en contextos de riesgo vital./ En conclusión, no se identifican elementos de mala praxis en la atención prestada, siendo las complicaciones y secuelas presentadas consecuencia esperada del contexto clínico extremo y manejadas de forma adecuada y conforme a la *lex artis ad hoc*”.

El segundo informe pericial, librado por un especialista en Urología, señala que “la pérdida de nefrostomía se atendió con el retraso provocado por la demora en acudir a Urgencias (por parte del paciente) y no por la asistencia médica./ Un cuadro de *shock* séptico depende de múltiples factores (...) (del paciente, de la bacteria y de circunstancias propias) y únicamente es evitable si no existe la complicación infecciosa que es consustancial a todos los procedimientos médicos intervencionistas, pese a uso de profilaxis y tratamientos dirigidos./ (El paciente) recibió información en relación con riesgo aumentado de infecciones desde el diagnóstico inicial de mieloma múltiple (p. e. diverticulitis aguda) y posteriormente con cada procedimiento realizado (nefrostomía percutánea, amputaciones menores, reimplante ureteral, diversos de anestesia, etc.)./ El manejo del megauréter, su descompensación y posterior desarrollo de *shock* séptico y de sus complicaciones fue siempre adecuado a las necesidades de cada momento, sin que pueda haberse identificado demora en la toma de decisiones clínicas que pudieran haber condicionado pérdida de oportunidad./ En todo momento las medidas fueron proporcionadas a la extrema gravedad de las patologías que sufrió”.

6. Mediante oficio notificado a los interesados el día 20 de marzo de 2025, la Instructora del procedimiento les comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntando una copia, en formato electrónico, de los documentos obrantes en el expediente.

Con fecha 11 de abril de 2025, el primero de los reclamantes (el paciente) presenta un escrito por el que solicita una ampliación del plazo otorgado para cumplimentar el trámite de audiencia.

Mediante oficio fechado a 16 de abril de 2025, la Instructora del procedimiento comunica a los interesados que se les concede la ampliación del plazo solicitada por un total de ocho días.

7. El día 8 de mayo de 2025, el primer reclamante presenta en el registro electrónico de la Administración del Principado, un informe pericial elaborado por un especialista en Valoración Médica del Daño Corporal.

Tras una sucinta referencia a los principales hitos del proceso clínico, el facultativo efectúa una valoración de las secuelas “según baremo para accidentes de circulación establecido en la Tabla 2.A.1. y 2.A.2. del anexo del Real Decreto Legislativo 8/2004, del 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor en su redacción dada por la Ley 35/2015, 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación”, considerando procedente otorgar un total 117 puntos para aquellas.

Ya en el apartado de conclusiones, señala el facultativo que “como consecuencia de una actuación negligente por parte de los Servicios de Urología” del Hospital “X” “a partir de una primera intervención para colocarle una nefrostomía externa en el uréter derecho que empezó a provocarle disfunción urinaria./ Es sometido a diversos tratamientos antibióticos y colocación y retirada de nefrostomía a lo largo de 10 ingresos hospitalarios en tres meses de evolución. Provocándose un cuadro de sepsis/septicemia cuyas consecuencias llevaron a la amputación de 4 dedos de mano izda. y 4 dedos

mano derecha (salvo los pulgares) y una amputación desde medio pie (articulación de Lisfrank) del pie derecho y una amputación transmetatarsiana del pie izdo., convirtiéndose en un gran invalido, precisando ayuda para la mayoría de las actividades de la vida diaria durante toda la jornada./ Damos por estabilizado el proceso a fecha 18 de junio de 2024, lo que no descarta que esta situación de estabilización se vuelva a complicar en el futuro volviendo a precisar reapertura de muñones con tratamiento local sobre hueso y tejidos blandos lo que provocaría una nueva revisión y valoración de días y secuelas, situación que persistía en la última revisión realizada por este servicio médico a fecha 24 de marzo de 2025”.

8. El día 15 de mayo de 2025, la Instructora del procedimiento formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella expone que “tras el análisis de la documentación obrante en el expediente constan los antecedentes diagnósticos de mieloma y megauréter (malformación congénita) conocida desde el año 2015, con seguimientos médicos” en el Hospital “Y”, inicialmente, y después en el Hospital “X”. “Durante el ingreso hospitalario para intervención quirúrgica de reconstrucción de la continuidad intestinal, por resección intestinal y derivación derivadas de una peritonitis purulenta, presentó una descompensación de la obstrucción de la vía urinaria y, ante la situación de paciente inmunocomprometido, por su mieloma, se indicó de forma urgente la realización de derivación urinaria para resolver la obstrucción, inicialmente mediante catéter ureteral ‘doble J’ e, inmediatamente después, con una nefrostomía percutánea. Un mes y medio después es atendido y tratado de una infección urinaria y mes y medio más tarde, acudió a Urgencias sin el tubo de nefrostomía en las 48 horas previas. Fue diagnosticado de sepsis grave que precisó asistencia en UCI y sufrió complicaciones de parada cardiorrespiratoria, coagulación intravascular diseminada, isquemia acral y hematoma renal, que devienen fisiopatológicamente inevitables en pacientes con *shock séptico* grave tratados con vasopresores e inmersos en un estado de coagulopatía inducida por sepsis. Estas complicaciones se manejaron conforme a la *lex artis*,

incluyendo la reducción progresiva de vasopresores, el uso de prostaglandinas, y un enfoque conservador en el caso del hematoma renal./ En definitiva, en base a la documental y a falta de pericial de parte que la contradiga, (el paciente) recibió información sobre el elevado riesgo de infecciones derivado de su mieloma múltiple. El manejo del megauréter y de sus complicaciones fue adecuado a las necesidades de cada momento, sin que pueda haberse identificado demora en la toma de decisiones clínicas que pudieran haber condicionado pérdida de oportunidad. La asistencia sanitaria ha sido en todo momento acorde a la *lex artis ad hoc*, no objetivando relación de causalidad alguna entre la misma y las secuelas actuales”.

9. 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.

Dicho lo anterior, conviene precisar que se reclama aquí, de forma conjunta, por los daños sufridos por dos sujetos: de un lado, el paciente -por los daños físicos derivados de la atención sanitaria- y de otro, su esposa -por el padecimiento psicológico derivado de la situación su marido y que exigió un tratamiento que continuaría siendo preciso en el momento en el que se presentó la reclamación-. Así pues, se someten a nuestra consideración dos reclamaciones de responsabilidad patrimonial, que se deducen formalmente en un mismo escrito, pero no estamos ante una pluralidad de interesados con una única pretensión, sino ante dos interesados con dos pretensiones distintas. En consecuencia, como ya señalamos en los Dictámenes Núm. 290/2022 y 61/2023, aunque las pretensiones se ejerciten conjuntamente o se acuerde su acumulación a la vista de lo establecido en el artículo 57 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC), ello no puede alterar su carácter individual, teniendo la acumulación como solo efecto que aquellas sean examinadas en un único procedimiento y también resueltas en un único acto administrativo. En cualquier caso, la acumulación en un único procedimiento no puede suponer el cambio del que resulte legalmente aplicable, ni la alteración de las reglas de competencia de los órganos que han de intervenir, con carácter preceptivo, en el mismo, puesto que ello significaría aceptar que una decisión de los particulares -formalizar acumuladamente sus pretensiones- o un simple acuerdo del órgano administrativo que inicie o tramite el procedimiento, pueda dejar sin efecto lo dispuesto en una norma de atribución competencial con rango de ley.

Pues bien, a la hora de cuantificar el montante indemnizatorio, los reclamantes efectúan una estimación del daño causado en 400.000 euros, si bien advierten que la cuantía definitiva quedaría pendiente de “la curación de los daños físicos causados” al paciente “y de la aportación del pertinente informe de valoración de daños corporales”, así como del “alta del padecimiento psicológico” de su esposa. En tal tesitura, no cabe orillar que la valoración conjunta efectuada impide la concreción individual, *ab initio*, de la cuantía de cada una de las dos reclamaciones que, acumuladamente, se han formulado y,

en consecuencia, también confirmar la competencia de este Consejo -fijada cuantitativamente para los procedimientos de responsabilidad patrimonial en 6.000 euros, según dispone el referido artículo 13.1, letra k) de la precitada Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, por lo que no procedería dictaminar con carácter preceptivo aquellas que no excedan de ese importe-respecto a ambas. Dicho lo anterior, es obvio que, al menos una de las dos reclamaciones forzosamente superará la cuantía de los 6.000 euros, razón por la cual estimamos que procede entrar sobre el fondo del asunto que se somete a nuestro dictamen, con independencia de que los consiguientes pronunciamientos no llegasen, en su caso, a extenderse a ambas.

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), los interesados están activamente legitimados, por cuanto sus esferas jurídicas se han visto directamente afectadas por los hechos que motivaron la reclamación.

El Principado de Asturias se halla legitimado pasivamente, como titular del servicio público sanitario a cuyas concretas actuaciones se atribuye el daño por el que se reclama.

TERCERA.- En lo relativo 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 aquí examinado, el escrito inicial se presenta con fecha 29 de julio de 2024 y los interesados aportan, junto a la reclamación, un informe de alta de un centro médico privado, fechado a 1 de julio de 2024, en el que consta que el paciente fue sometido a una “limpieza quirúrgica de lechos infectados y se le instaura tratamiento antibiótico intravenoso dirigido”, como consecuencia de una “infección de tejidos blandos de lechos de amputaciones”.

A la vista de lo antedicho, cabe concluir que la reclamación resulta tempestiva, por haberse interpuesto dentro del plazo de un año legalmente determinado.

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

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

Dicho esto, 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 “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 una indemnización por los daños que atribuyen a una errática e inadecuada asistencia sanitaria recibida y los derivados de la ausencia de consentimiento informado sobre las medidas finalmente adoptadas.

La documentación incorporada al expediente evidencia la efectividad de unos daños; no obstante, hemos de reparar en que la mera constatación de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica atribuible

a la actividad del servicio público sanitario no implica automáticamente la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si aquel 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 directamente 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 dispensado a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en este contexto, 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, *per se*, 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 asunto sometido a nuestra consideración, los reclamantes, tras un profuso relato del curso clínico, centran su reclamación en las actuaciones del “Servicio de Urología-Nefrología del Hospital ‘X’”, afirmando que “constituyen una clara infracción de la *lex artis*, por su carácter negligente y errático” y que, para evidenciar tal afirmación, bastaría con tener en cuenta “que la detección de la hidronefrosis, el deterioro progresivo de la función renal e incluso la decisión de realizar una pielografía y la colocación de catéter doble J, y posteriormente optar por una nefrostomía, se producen en el transcurso de pruebas realizadas por el Servicio de Hematología para control y tratamiento de un mieloma múltiple y se instan por tal Servicio y no por el (...) de Urología”, haciendo también hincapié en la ausencia de decisiones por parte de este último Servicio “durante la noche del 24 al 25 de abril, durante todo el día 25 y parte del 26”, concluyendo que “todo ello acredita palmariamente el seguimiento negligente y la omisión de puesta a disposición del paciente de los medios técnicos disponibles” para controlar y procurar su curación. Asimismo, y teniendo en cuenta la situación en la que ha quedado el afectado, mantienen que nos hallaríamos ante lo que puede “calificarse jurídicamente de daños desproporcionados”. Por último, sostienen los reclamantes que “no hay rastro

en la historia clínica que acredite que en las intervenciones a las que fue sometido (...) se haya prestado el consentimiento informado”.

En cuanto a la pericial aportada por los interesados en trámite de audiencia -elaborada por un especialista en Valoración Médica del Daño Corporal-, en el apartado de conclusiones, señala que el reclamante “como consecuencia de una actuación negligente por parte de los Servicios de Urología” del Hospital “X”, “a partir de una primera intervención para colocarle una nefrostomía externa en el uréter derecho que empezó a provocarle disfunción urinaria”, es “sometido a diversos tratamientos antibióticos y colocación y retirada de nefrostomía a lo largo de 10 ingresos hospitalarios en tres meses de evolución” y que todo ello le provoca “un cuadro de sepsis/septicemia cuyas consecuencias llevaron a la amputación de 4 dedos de mano izquierda y 4 dedos de la mano derecha (salvo los pulgares) y una amputación desde medio pie (articulación de Lisfrank) del pie derecho y una amputación transmetatarsiana del pie izquierdo, convirtiéndose en un gran inválido”.

Visto el argumentario de quien reclama, procede ahondar en lo más relevante de la restante documentación que figura en el expediente.

El informe del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital “X” refiere que el interesado “ingresa en el Servicio de Urología por ausencia de débito a través de nefrostomía derecha y molestias en zona de inserción de la nefrostomía desde 48 horas antes”, que “la revisión del catéter y la exploración radiológica confirman la pérdida de la misma” y que, en aquellos momentos, el afectado permanecía “sin signos de infección”; seguidamente, indica que “en (las) primeras horas en planta (...) se mantiene con dolor y se objetiva deterioro de función renal”, razón por la cual “se decide realizar nueva nefrostomía (...) sin poder progresar la guía, en un segundo intento (...) el paciente empieza con cuadro de tiritona, por lo que se suspende el procedimiento y se inicia cobertura antibiótica de amplio espectro”, solicitándose al Hospital “Y” “nefrostomía, realizada por el Servicio de Radiología Intervencionista con control ecográfico”. Tras esto el enfermo “retorna al Servicio de Urología del

Hospital 'X', presentando tras su llegada mal estado general e hipotensión mantenida, acidosis metabólica, lactato elevado, coagulopatía y aumento de reactantes de infección", mientras que "en la exploración destaca muy mala perfusión periférica, livideces generales y sudoración por lo que se decide ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos".

El informe del Servicio de Urología del Hospital "X" recuerda, primeramente, que el reclamante "está diagnosticado de un megauréter, con la consecuente ureterohidronefrosis derivada del mismo, desde al menos el año 2015, pero que probablemente sea congénito", que "inicialmente seguía controles" en el Hospital "Y" y que, desde 2018, se encuentra "en seguimiento en consulta de Urología del Hospital 'X', manteniéndose estable hasta 2022 (en) que presenta cierto empeoramiento de la función renal, también probablemente, en el contexto de ingreso por peritonitis purulenta secundaria a diverticulitis aguda sigmoidea que requirió de varias intervenciones quirúrgicas". Con posterioridad, señala que, "dado que el paciente presenta un mieloma múltiple y está pendiente de TPH, el Servicio de Hematología lo presenta en sesión clínica con Urología para valorar derivación de la vía urinaria en el mismo acto que la cirugía abdominal, finalmente se decide colocación de catéter doble J, pero se observa persistencia de la ureterohidronefrosis, por lo que se retira el catéter ureteral y se coloca nefrostomía, para además poder estudiar la vía urinaria mediante pruebas de imagen". Asimismo, explica que "el Servicio de Urología presenta el caso en sesión clínica y se valoran los beneficios o inconvenientes que le pueden causar (...) la realización de una cirugía larga, con anestesia general y no exenta de riesgos intra y posoperatorios, en relación a la patología crónica que presenta, tras dicha valoración se decide realizar reimplante ureteral derecho, dado que el paciente lo precisa para poder hacer el TPH, con fecha prevista de la misma el 28-4-2023" y que "el 24-4-2023 a las 22:00 horas ingresa en el Servicio de Urología por ausencia de débito a través de nefrostomía, con molestia a nivel de la zona de punción de la misma, sin dolor abdominal, con puño-percusión renal bilateral negativa, afebril, sin nauseas ni vómitos, con analítica de sangre normal, sin leucocitosis que

indicara infección y con función renal normal”, concretando luego que, como el enfermo “se encuentra asintomático y los parámetros analíticos también son normales, se decide ingresarlo con profilaxis antibiótica para observación y si es posible evitar (...) un procedimiento invasivo añadido, que además puede conllevar riesgos para el paciente (infecciones, sangrado...)”. Continúa relatando que al día siguiente permanece “asintomático, afebril y con función renal muy levemente disminuida, por lo que se puede continuar con el mismo planteamiento, se reevalúa durante la tarde de ese día y se mantiene sin cambios” y que el día 26-4-24 sigue “asintomático, aunque presenta analítica con signos infecciosos y ligero empeoramiento de la función renal respecto al día anterior, por lo que se decide colocación de nefrostomía urgente, que en nuestro hospital realiza el Servicio de Radiodiagnóstico”, pero que “no se logra colocación de catéter de nefrostomía y el paciente comienza con tiritona, por lo que avisan al urólogo de guardia, a las 15:11 horas, que le inicia inmediatamente antibioterapia de amplio espectro y se pone en contacto con Radiología Intervencionista” del Hospital “Y”, “que es el servicio de referencia, para colocación de nefrostomía allí, así mismo se informa de ello” al enfermo y a sus familiares, “todo ello ya realizado a las 15:35 horas”.

La pericial que suscribe la especialista en Medicina Intensiva, aportada por la compañía aseguradora de la Administración, mantiene que “el manejo inicial del paciente al ingreso el 24 de abril de 2023 fue adecuado y ajustado a la situación clínica presentada en ese momento, sin datos analíticos o clínicos que indicaran infección activa, lo que justificó un abordaje conservador inicial con profilaxis antibiótica y monitorización estrecha para evitar intervenciones invasivas innecesarias” y, que, “ante la evolución clínica con deterioro progresivo, incluyendo fiebre, tiritonas y signos analíticos de infección, se actuó con celeridad, priorizando la recolocación urgente de la nefrostomía” en el Hospital “Y” “por Radiología Intervencionista, una medida imprescindible para el drenaje del foco infeccioso y la estabilización del paciente, conforme a las guías internacionales”. Por otra parte, advierte que “la evolución hacia un cuadro de *shock* séptico urológico con disfunción multiorgánica es una complicación

inherente al contexto clínico (...), agravada por su historial de obstrucción urinaria crónica, hidronefrosis y comorbilidades como mieloma múltiple, hipertensión arterial y nefropatía crónica” y que “las complicaciones derivadas, como la isquemia digital en manos y pies y el hematoma subcapsular renal, son eventos fisiopatológicamente inevitables en pacientes con *shock* séptico grave tratados con vasopresores e inmersos en un estado de coagulopatía inducida por sepsis”.

La pericial elaborada por el especialista en Urología, también promovida por la compañía aseguradora, señala que “la pérdida de nefrostomía se atendió con el retraso provocado por la demora en acudir a Urgencias (por parte del paciente) y no por la asistencia médica” y que “el manejo del megauréter, su descompensación y posterior desarrollo de *shock* séptico y de sus complicaciones fue siempre adecuado a las necesidades de cada momento, sin que pueda haberse identificado demora en la toma de decisiones clínicas que pudieran haber condicionado pérdida de oportunidad”.

Por último, la propuesta de resolución menciona que “durante el ingreso hospitalario para intervención quirúrgica de reconstrucción de la continuidad intestinal, por resección intestinal y derivación, derivadas de una peritonitis purulenta, presentó una descompensación de la obstrucción de la vía urinaria y, ante la situación de paciente inmunocomprometido por su mieloma, se indicó de forma urgente la realización de derivación urinaria para resolver la obstrucción, inicialmente mediante catéter ureteral ‘doble J’ e inmediatamente después con una nefrostomía percutánea”, que “un mes y medio después es atendido y tratado de una infección urinaria, y mes y medio más tarde acudió a Urgencias sin el tubo de nefrostomía en las 48 horas previas” y que “fue diagnosticado de sepsis grave que precisó asistencia en UCI y sufrió complicaciones de parada cardiorrespiratoria, coagulación intravascular diseminada, isquemia acral y hematoma renal, que devienen fisiopatológicamente inevitables en pacientes con *shock* séptico grave tratados con vasopresores e inmersos en un estado de coagulopatía inducida por sepsis”. La propuesta concluye afirmando que “el manejo del megauréter y de

sus complicaciones fue adecuado a las necesidades de cada momento, sin que pueda haberse identificado demora en la toma de decisiones clínicas que pudieran haber condicionado pérdida de oportunidad”, que las complicaciones surgidas a consecuencia de la sepsis “se manejaron conforme a la *lex artis*, incluyendo la reducción progresiva de vasopresores, el uso de prostaglandinas, y un enfoque conservador en el caso del hematoma renal” y que el paciente “recibió información sobre el elevado riesgo de infecciones derivado de su mieloma múltiple”.

Planteada en tales términos la controversia y con carácter previo a cualesquiera otras consideraciones, resulta forzoso no perder de vista que, como el propio escrito de reclamación admite, nos encontramos ante un paciente con múltiples trastornos de salud, que lo sitúan en una compleja situación, desde el punto de vista del tratamiento médico. En efecto, la documentación clínica que figura en el expediente remitido recoge, entre otros, los siguientes antecedentes de interés: hipertensión arterial, dislipemia, hiperuricemia, mieloma múltiple IgA Kappa R, peritonitis purulenta (junio de 2022) secundaria a diverticulitis aguda sigmoidea (que precisó intervención quirúrgica con colostomía, posterior reconstrucción del tránsito colorrectal y eventroplastia, en enero de 2023) y megauréter (a seguimiento en el Hospital “Y” hasta 2018, año en el que se inician los controles en el Hospital “X”).

Sentado lo anterior, cabe descender al fondo de la cuestión. Primeramente, los reclamantes mantienen que, en este caso, se evidenciaría una “ausencia de decisiones por parte del Servicio de Urología” del Hospital “X” y que las medidas para el “control y tratamiento de un mieloma múltiple” parten del Servicio de Hematología y Hemoterapia y no de aquel, de lo que deducen -en relación con el Servicio de Urología- “un seguimiento negligente y la omisión de puesta a disposición del paciente de los medios técnicos disponibles para (...) procurar la curación”. Pues bien, la permanente y preponderante presencia del Servicio de Hematología y Hemoterapia a lo largo del tratamiento de las múltiples dolencias del enfermo se explica con facilidad, tanto en vista del trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) al que iba

a ser sometido -cuya llevanza a dicho servicio compete y no al de Urología- como en la adopción de cualesquiera medidas relativas a otras patologías, que pasaría siempre por la evaluación de su compatibilidad con la presencia del mieloma múltiple que padecía el interesado, puesto que, como los informes médicos razonan, la inmunosupresión en pacientes de mieloma -que se agudiza con la terapia referente a dicha enfermedad- condiciona todo tratamiento. Siendo esto así, en el asunto que nos ocupa resultaba más que justificado el abordaje del tratamiento al paciente desde una perspectiva multidisciplinar -involucrando a diferentes servicios hospitalarios-, en la que el Servicio de Hematología y Hemoterapia habría de tener una obligada y decisiva intervención sobre todas las decisiones médicas finalmente adoptadas.

En segundo lugar, y al margen de la unidad actuante, por lo que atañe a una eventual negligencia y omisión de los medios disponibles para procurar la curación del paciente que sostienen los reclamantes, estos centran su atención en una presunta ausencia de medidas entre los días 24 a 26 de abril de 2023.

La negligencia invocada por los interesados únicamente encontraría apoyatura científica en la opinión del facultativo que elabora la pericia que ellos mismos aportan y en la que se indica literalmente, como ya antes señalamos, que, “como consecuencia de una actuación negligente por parte de los Servicios de Urología” del Hospital “X” “a partir de una primera intervención para colocarle una nefrostomía externa en el uréter derecho que empezó a provocarle disfunción urinaria”.

El informe del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital “X”, tras advertir que “el paciente ingresa en el Servicio de Urología por ausencia de débito a través de nefrostomía derecha y molestias en zona de inserción de la nefrostomía desde 48 horas antes”, señala que “la revisión del catéter y la exploración radiológica confirman la pérdida de la misma”, que, en aquellos momentos, el enfermo permanecía “sin signos de infección” y que es en el instante en el que “se objetiva deterioro de función renal”, cuando “se decide realizar nueva nefrostomía (...) sin poder progresar la guía, en un segundo intento” y al empezar el afectado con cuadro de tiritona “se suspende el

procedimiento”, a la vez que “se inicia cobertura antibiótica de amplio espectro” y se solicita al Hospital “Y” “nefrostomía, realizada por el Servicio de Radiología Intervencionista con control ecográfico”, tras lo cual “el paciente retorna al Servicio de Urología del ‘X’, presentando tras su llegada mal estado general e hipotensión mantenida, acidosis metabólica, lactato elevado, coagulopatía y aumento de reactantes de infección”, y dado que “en la exploración destaca muy mala perfusión periférica, livideces generales y sudoración”, se decide “ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos”.

Acerca del tratamiento inicial por parte del Servicio de Urología (enero de 2023), en su informe se indica que, dado que el enfermo “presenta un mieloma múltiple y está pendiente de TPH, el Servicio de Hematología lo presenta en sesión clínica con Urología para valorar derivación de la vía urinaria en el mismo acto que la cirugía abdominal, finalmente se decide colocación de catéter doble J, pero se observa persistencia de la ureterohidronefrosis, por lo que se retira el catéter ureteral y se coloca nefrostomía, para además poder estudiar la vía urinaria mediante pruebas de imagen” y que “el Servicio de Urología presenta el caso en sesión clínica y se valoran los beneficios o inconvenientes que le pueden causar (...) la realización de una cirugía larga, con anestesia general y no exenta de riesgos intra y posoperatorios, en relación a la patología crónica que presenta, tras dicha valoración se decide realizar reimplante ureteral derecho, dado que el paciente lo precisa para poder hacer el TPH, con fecha prevista de la misma el 28-4-2023”. Sobre la actuación médica de abril de 2023, el mismo informe señala que “el 24-4-2023 a las 22:00 horas ingresa en el Servicio de Urología por ausencia de débito a través de nefrostomía, con molestia a nivel de la zona de punción de la misma, sin dolor abdominal, con puño-percusión renal bilateral negativa, afebril, sin náuseas ni vómitos, con analítica de sangre normal, sin leucocitosis que indicara infección y con función renal normal”, concretando luego que, como “se encuentra asintomático y los parámetros analíticos también son normales, se decide ingresarlo con profilaxis antibiótica para observación y si es posible evitar (...) un procedimiento invasivo añadido, que además puede conllevar riesgos para el paciente (infecciones,

sangrado...)); que al día siguiente permanece “asintomático, afebril y con función renal muy levemente disminuida, por lo que se puede continuar con el mismo planteamiento, se reevalúa durante la tarde de ese día y se mantiene sin cambios” y que el día 26-4-24 sigue “asintomático, aunque presenta analítica con signos infecciosos y ligero empeoramiento de la función renal respecto al día anterior, por lo que se decide colocación de nefrostomía urgente, que en nuestro hospital realiza el Servicio de Radiodiagnóstico”, pero que “no se logra colocación de catéter de nefrostomía y el paciente comienza con tiritona, por lo que avisan al urólogo de guardia, a las 15:11 horas, que le inicia inmediatamente antibioterapia de amplio espectro y se pone en contacto con Radiología Intervencionista” del Hospital “Y”, “que es el servicio de referencia, para colocación de nefrostomía”. Al regreso del enfermo al Hospital “X”, el informe precisa que “presenta tendencia a hipotensión, sangrado a través de catéter de nefrostomía y signos que indican que puede estar comenzando una sepsis, por lo que se habla con UCI para que lo valoren, así mismo, ante la duda se realiza nuevo angiotac en nuestro hospital, que indica que no hay cambios significativos” respecto al del Hospital “Y”, momento en el que ingresa en la UCI.

Por su parte, la pericial promovida por la compañía aseguradora de la Administración suscrita por una especialista en Medicina Intensiva mantiene que “el manejo inicial del paciente al ingreso el 24 de abril de 2023 fue adecuado y ajustado a la situación clínica presentada en ese momento, sin datos analíticos o clínicos que indicaran infección activa, lo que justificó un abordaje conservador inicial con profilaxis antibiótica y monitorización estrecha para evitar intervenciones invasivas innecesarias” y la elaborada por un especialista en Urología, también promovida por la compañía aseguradora, señala que “la pérdida de nefrostomía se atendió con el retraso provocado por la demora en acudir a Urgencias (por parte del paciente) y no por la asistencia médica” y que “el manejo del megauréter, su descompensación y posterior desarrollo de *shock* séptico y de sus complicaciones fue siempre adecuado a las necesidades de cada momento, sin que pueda haberse identificado demora en

la toma de decisiones clínicas que pudieran haber condicionado pérdida de oportunidad”.

En resumen, nos encontramos, pues, ante pareceres médicos divergentes, por lo que este Consejo -obligado, a la hora de formar su convicción, a atender exclusivamente a la documentación que se le presenta- debe acudir, como ya señalamos en el Dictamen Núm. 85/2024, al criterio de especialización médica y a la solidez que presenta el argumentario vertido por los intervinientes. Así las cosas, en cuanto al criterio de la especialización médica, resulta insoslayable la circunstancia de que aquí se confrontan, de una parte, la pericial aportada por los reclamantes -suscrita por un especialista en Valoración Médica del Daño Corporal- y, de otra, la opinión vertida por especialistas en Medicina Intensiva y Urología que suscriben, tanto los informes provenientes del Hospital “X” como las periciales aportadas por la compañía aseguradora.

Por otro lado, en relación con la solidez del argumentario, la pericial que aportan los interesados mantiene, en términos apodícticos, que existe “una actuación negligente por parte de los Servicios de Urología del Hospital “X” a partir de una primera intervención para colocarle una nefrostomía externa en el uréter derecho que empezó a provocarle disfunción urinaria”, pero sin concretar, siquiera indiciariamente, en qué consistió dicha negligencia -más bien, parece basar tal conclusión a la vista del cuadro final que presenta el paciente-, mientras que los restantes informes y pericias obrantes en el expediente razonan con detalle su postura acerca de la corrección de la actuación médica llevada a cabo.

En conclusión, y en vista de todo lo hasta aquí expuesto, no resulta probada la existencia de mala praxis médica por parte de los facultativos del servicio público de salud que atendieron al paciente. En este sentido, merece ser destacado que, en el trámite de audiencia -y, por ende, con toda la documentación a su disposición-, los interesados se limitan a incorporar al procedimiento la pericial antes referida, sin formular alegaciones cuestionando

o contradiciendo las manifestaciones vertidas por los especialistas que intervienen a instancias de la Administración y su compañía aseguradora.

En tercer lugar, sostienen los reclamantes que, como resultado del tratamiento dispensado, nos hallaríamos ante un caso de “daños desproporcionados”. Al respecto, procede recordar, como viene advirtiendo este Consejo (por todos, Dictámenes Núm. 274/2021 y 119/2022), que, en medicina -que no es una ciencia exacta- la mera corrección técnica en el desempeño, con independencia de cualquier otra circunstancia, no conlleva en todo caso un resultado exitoso, puesto que siempre existe un factor de imprevisibilidad, cual es la diferente reacción que diversos pacientes pueden tener ante idéntico tratamiento.

Con relación a la doctrina del daño desproporcionado, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 8 de julio de 2022 -ECLI:ES:TSJAS:2022:2132- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.ª) recuerda, recogiendo la jurisprudencia vertida al respecto por el Tribunal Supremo, que “la doctrina del daño desproporcionado o ‘resultado clamoroso’ significa lo siguiente: / 1.º Que el resultado dañoso excede de lo previsible y normal, es decir, no guarda relación o proporción atendiendo a la entidad de la intervención médica, pues no hay daño desproporcionado, por ejemplo, si el resultado lesivo es un riesgo inherente a la intervención, pero ha habido una errónea ejecución. / 2.º El daño desproporcionado implica un efecto dañoso inasumible -por su desproporción- ante lo que cabe esperar de la intervención médica; es, por tanto, un resultado inesperado e inexplicado por la demandada. / 3.º Ante esa quiebra de lo normal, de lo esperable y lo desproporcionado del efecto dañoso, se presume que el daño es causado por una quiebra de la *lex artis* por parte de la Administración sanitaria, presunción que puede destruir si prueba que la causa está fuera de su ámbito de actuación, es decir, responde a una causa de fuerza mayor. / 4.º Por tanto, para que no se le atribuya responsabilidad por daño desproporcionado, desde el principio de facilidad y proximidad probatoria la Administración debe asumir esa carga de probar las circunstancias en que se produjo el daño. / 5.º De no asumir

esa carga, la imprevisibilidad o la anormalidad del daño causado atendiendo a la entidad de la intervención médica es lo que hace que sea antijurídico, sin que pueda pretextarse un caso fortuito, excluyente de la responsabilidad por el daño causado”.

En el asunto analizado, resulta especialmente significativa, sobre este extremo, la pericial elaborada por la especialista en Medicina Intensiva, aportada por la compañía aseguradora de la Administración. En ella se sostiene que “la evolución hacia un cuadro de *shock* séptico urológico con disfunción multiorgánica es una complicación inherente al contexto clínico del paciente, agravada por su historial de obstrucción urinaria crónica, hidronefrosis, y comorbilidades como mieloma múltiple, hipertensión arterial y nefropatía crónica” y que “las complicaciones derivadas, como la isquemia digital en manos y pies y el hematoma subcapsular renal, son eventos fisiopatológicamente inevitables en pacientes con *shock* séptico grave tratados con vasopresores e inmersos en un estado de coagulopatía inducida por sepsis”. Tales afirmaciones no solo no se contraponen con argumentos vertidos en la pericial que aportan los reclamantes, sino que concuerdan con el panorama general de la situación que se describe en los informes aportados por los restantes facultativos que intervienen en el procedimiento. Siendo esto así, no resulta admisible que nos hallemos ante un resultado “inesperado e inexplicado” y de entidad anormal, atendida la entidad de una intervención médica que debe ser inexcusablemente contextualizada en el marco de la historia clínica y enfermedades que presentaba el afectado.

En cuarto y último lugar, en relación con la ausencia de consentimientos informados, debemos recordar que este Consejo viene señalando, desde hace ya tiempo (por todos, Dictamen Núm. 287/2013), y en la estela de lo también consolidado jurisprudencialmente, que la ausencia del consentimiento informado del paciente en el curso o con ocasión de una concreta asistencia sanitaria lleva aparejada la obligación de resarcir “el resultado dañoso”, con independencia de cualquier otra valoración en relación con la adecuación a la *lex artis* del acto médico enjuiciado. Dicho esto, la documentación a la que

hemos tenido acceso (concretamente el archivo "Consentimiento_Digi", contenido en el CD incorporado al folio 44 del expediente), puesta también a disposición de los interesados, evidencia que las actuaciones médicas que así lo requerían se hallaban debidamente respaldadas por los correspondientes consentimientos informados que firmó el paciente, circunstancia que obliga a descartar su falta de anuencia. Por cuanto a un presunto déficit informativo, los diferentes consentimientos informados (nefrostomía, colocación de catéter ureteral y reimplantación ureteral laparoscópica, entre otros) exponen, sin ambages, los riesgos de las intervenciones a las que se refieren, en particular el de infecciones "de consecuencias imprevisibles, de extrema gravedad", lo que, unido a un diagnóstico de mieloma múltiple (cuya presencia repercute exponencialmente sobre una inmunosupresión que se complica, aún más, con la terapia para su tratamiento) no ignorado por el enfermo, apunta hacia que este no pudo desconocer las contingencias, altamente desfavorables, que rodeaban a las imprescindibles intervenciones médicas a las que fue sometido.

En definitiva, y con base en lo razonado en líneas precedentes, en el asunto objeto de este dictamen no se ha llegado a probar la existencia de error o tardanza en el diagnóstico o en la determinación e implementación del tratamiento, ni tampoco puede considerarse que se haya producido una falta de información al paciente o se hubiese prescindido de su consentimiento para la realización de las diferentes actuaciones médicas a las que fue sometido. Todas estas razones abocan a considerar que la pretensión resarcitoria no debe prosperar.

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.