Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 2 6 1 / 2 0 2 6

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 2 de julio de 2026.

Dictamen solicitado por la Excma. Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), (...), (...), (...) y (...), por el fallecimiento de su causante, (...), como consecuencia según se alega del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 221/2026 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

Objeto y carácter preceptivo del dictamen, facultad de pedirlo

Normas aplicables, competencia para tramitar y resolver el expediente. Plazo

Legitimación de las reclamantes. Tempestividad de su reclamación

1. Se dictamina sobre la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución, formulada por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud (SCS), tras la presentación y tramitación de una reclamación de indemnización por daños que se dicen causados por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La solicitud del Dictamen es preceptiva, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC), en relación con el art. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), pues las interesadas han cuantificado la indemnización que reclaman en 249.447,18 euros. Está legitimada para solicitar el Dictamen la Consejera de Sanidad, de acuerdo con lo previsto en el art. 12.3 LCCC.

---

[*] **Ponente: Sr. Pérez Hernández.**

3. En el análisis de la Propuesta de Resolución son aplicables la citada LPACAP y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP); la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

4. La competencia para tramitar y resolver el procedimiento corresponde a la Administración autonómica, mediante el SCS, prestador del servicio a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

5. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del SCS, según el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias. Pero por Resolución de 23 de diciembre de 2014, de la Directora (BOC n.º 4, 8 de enero de 2015), está delegada en la Secretaría General del SCS la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial derivados de la asistencia sanitaria prestada por el SCS.

6. Se cumple el requisito de legitimación activa, pues la viuda e hijas del fallecido tienen la condición de interesadas, al haber sufrido el daño por el que reclaman [art. 4.1.a) LPACAP].

6.1 En relación con la naturaleza jurídica de la reclamación de los herederos, sucesores o causahabientes de una persona afectada por el hecho lesivo que a ellos haya ocasionado su fallecimiento, este Consejo ha recordado, como se hace en el Dictamen 327/2025, de 23 de julio, emitido precisamente sobre este mismo asunto, la doctrina jurisprudencial y su aplicación a los hechos de este expediente:

« (…) Sin duda el derecho a indemnización originado en el perjuicio moral y material a terceros por consecuencia de la muerte, no surge como "iure hereditatis", sino como un derecho originario y propio del perjudicado (SSTS de 4 de mayo de 1983 y 14 de diciembre de 1996), cualidad que puede o no coincidir con la de heredero, pero que en cualquier caso es distinta y con efectos jurídicos muy diferentes, siendo doctrina de esta Sala, como recuerda la sentencia de 18 de junio de 2003, que están legitimadas para reclamar indemnización por causa de muerte "iure propio", las personas, herederos o no de la víctima, que han resultado personalmente perjudicadas por su muerte, en cuanto dependen económicamente del fallecido o mantienen lazos afectivos con él; negándose mayoritariamente que la pérdida en si del bien "vida" sea un daño sufrido por la víctima que haga nacer en su cabeza una pretensión resarcitoria transmisible "mortis causa" a sus herederos y ejercitable por éstos en su condición de tales "iure hereditatis".

Nos inclinamos, de acuerdo con la sentencia invocada, por considerar que en este caso se reclama un daño moral, que sólo puede ejercitarse a título personalísimo por los herederos perjudicados y que, por tanto, no es un derecho de crédito que forme parte de la masa activa de la herencia».

El Consejo ha hecho suya esta doctrina jurisprudencial, muy consolidada y la entendió aplicable al presente asunto en el anterior Dictamen, aceptando que las reclamantes, viuda e hijas del fallecido, tienen interés legítimo para interponer la presente reclamación, y que los daños producidos a los herederos, por los que ellas reclaman, se entienden limitados a los daños morales.

6.2. La legitimación pasiva corresponde a la Administración autonómica, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

7. Se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación (art. 67 LPACAP), pues se presentó la reclamación el 22 de diciembre de 2021, antes de cumplirse un año desde el fallecimiento del causante de las reclamantes, el 25 de diciembre de 2020.

8. Se ha sobrepasado largamente el plazo máximo para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP), sin que conste justificación para ello; sin embargo, aun expirado el plazo y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

II

Hechos en que las reclamantes fundan su petición

Relación de los hechos según el Servicio de Inspección del SCS

1. En nuestro anterior y referido Dictamen 327/2025 se reseñaron los hechos relatados por las reclamantes, transcritos de su detenida exposición inicial, como procede hacer también ahora:

«- En abril de 2020 el causante de las interesadas acudió al Centro de Salud de Puerto del Rosario por un fuerte dolor de estómago y por estar sufriendo malas digestiones y problemas para tragar. Después de diagnosticarle esofagitis y disfagia y descartar que padeciera COVID-19, sin haberle efectuado prueba alguna de carácter digestivo, se le dio el alta médica.

- Posteriormente, el día 22 de diciembre de 2020, el paciente volvió de nuevo a dicho Centro de Salud por padecer fuertes dolores de estómago, fiebre, diarrea y allí se le

diagnosticó gastroenteritis infecciosa, se le recetaron antibióticos y sin tampoco efectuarle ninguna prueba diagnóstica se le dio el alta médica.

- Al día siguiente, ante un empeoramiento del estado del paciente, sus familiares decidieron llevarlo al Hospital General de Fuerteventura y, tras una primera exploración, se les comunicó que la gastroenteritis que el paciente padecía se le había extendido, pasando a la sangre, y que tenía los riñones parados.

El día 24 de diciembre de 2020, después de realizarle una ecografía se le diagnosticó colecistitis litiásica y los doctores comunicaron al paciente y familiares que era necesario llevar a cabo una intervención quirúrgica de la vesícula biliar con alto riesgo y urgencia.

Sin embargo, ante el empeoramiento del paciente, estando ya ingresado en planta, el día 25 de diciembre de 2021, los doctores informaron que no era posible practicarle al afectado la intervención quirúrgica ya mencionada a causa de su mal estado y que lo único que podía hacerse era sedarlo para que no sufriera. Ese mismo día a las 10:30 horas el paciente falleció.

- Las interesadas consideran que la muerte de su padre y esposo se debe exclusivamente a un deficiente funcionamiento del SCS, mala praxis médica que se concreta en el tratamiento y diagnosis inadecuada del paciente, pues de haber realizado una ecografía abdominal el día 22 de diciembre de 2020 se le habría logrado diagnosticar a tiempo la colecistitis aguda que padecía, lo que habría permitido intervenirle a tiempo y evitar con toda seguridad su fallecimiento, motivo por el que reclaman la correspondiente indemnización.

2. También en cuanto a los antecedentes de hecho, es preciso reproducir el relato expuesto en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del SCS (SIP) de 25 de octubre de 2024:

«1.- Se trata de un varón de 86 años al momento de su fallecimiento, nacido el 10/10/1934.

2.- Paciente pluripatológico con antecedentes médicos de: hipertensión arterial (desde 2003), diabetes mellitus tipo 2 (2009), obesidad grado I (2013), enfisema pulmonar pecha de polimialgia reumática (2016), cáncer de vejiga (2018) tratado con quimioterapia local (mitomicina) y resección transuretral y en seguimiento por urología, diverticulosis (2017) y pólipos intestinales (2017), enfermedad renal crónica estadio 3 (2019).

Asimismo, estaba en seguimiento por dermatología desde 2002 por daño actínico, carcinomas basocelulares y carcinoma escamoso. Se registran antecedentes quirúrgicos de prostatectomía (a los 65 años) por adenoma de próstata y herniorrafía (2012) por hernia inguinal.

3.- Según consta en la historia de Atención Primaria, el 8/06/2009 y el 22/06/2009, el paciente fue valorado por el servicio de geriatría. En ese contexto, se documenta un

componente de neuroticismo, con múltiples quejas: cervicalgia, dolor en los pies, gases y malestar estomacal. Desde el fallecimiento de su hermano, se había enclaustrado. En la visita geriátrica del 21/06/2016, se continúa la sospecha de somatizaciones con una base depresiva y ansiosa, presentes desde el fallecimiento de su hermano. El paciente estaba en tratamiento antidepresivo (sertralina 100 mg/día), que figura entre los fármacos prescritos por su médico de Atención Primaria desde 2013, y seguía prescrito en el año 2020, cuando acudió al Servicio de Urgencias hospitalario.

4.- En cuanto a sus antecedentes digestivos:

• El 22/01/2010 consulta en Atención Primaria por dolor abdominal de dos días de evolución, con un episodio de diarrea asociado. Se sospecha de diverticulitis. Acude al Servicio de Urgencias hospitalario el mismo día por el mismo motivo (dolor abdominal inespecífico), tratándose favorablemente con enemas y antibioticoterapia.

• En mayo de 2017, desde Atención Primaria se solicita colonoscopia debido a urgencia defecatoria, incontinencia fecal y pérdida de peso, asociado a una prueba de sangre oculta en heces positiva. La colonoscopia, realizada el 18/05/2017, diagnostica hemorroides internas y externas, pólipos colónicos y diverticulosis incipiente.

• La primera cita con el servicio de digestivo se realiza el 4/07/2019 por incontinencia fecal, la cual el paciente refiere estar presente desde la colonoscopia de 2017 (prueba que realmente se había solicitado por el mismo motivo: incontinencia fecal). El paciente reporta incontinencia fecal asociada a deposiciones líquidas, sin dolor abdominal. La familia relaciona su pérdida de peso con el aumento de actividad física. La exploración abdominal es normal. Se describe una colonoscopia con múltiples pólipos y orificios diverticulares aislados. Diagnóstico de sospecha: diverticulosis. Se inicia tratamiento con rifaximina (antibiótico intestinal utilizado para tratar la diverticulosis) y se solicita test de sangre oculta en heces.

El 12/09/2019 acude a una cita de seguimiento con el servicio de digestivo. El paciente refiere "digestiones lentas e hipo desde hace unos días que cede con agua", con deposiciones diarias de mayor consistencia, lo que indica mejoría clínica. Se mantiene la sospecha diagnóstica de diverticulosis.

5.- En cuanto a sus antecedentes urológicos, el paciente estaba en seguimiento desde 2017 por neoplasia de vejiga, con última cita el 28/05/2020. En dicha consulta, el paciente niega hematuria u otra sintomatología.

Se realizó una tomografía computarizada (TC) de tórax-abdomen-pelvis el 20/10/2017, en la que se describe un hígado de tamaño y morfología conservados, sin alteraciones significativas. No consta descripción de litiasis ni alteraciones en la vesícula biliar. Se menciona una leve dilatación aneurismática de la aorta abdominal distal de 3,1 cm.

En la ecografía del aparato urinario del 10/09/2019 se observa incidentalmente colelitiasis múltiple, sin signos de colecistitis aguda. Se realiza una nueva ecografía del aparato urinario de control el 3/10/2020 en la que no se detecta líquido libre en la zona explorada (es decir en abdomen y pelvis). No se menciona la colelitiasis previamente hallada de manera incidental».

2. También debe reseñarse, como en el anterior Dictamen, una transcripción de la descripción de los hechos efectuada por el Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) del SCS:

«RELACIÓN DE LOS HECHOS:

1.- Según consta en la historia de Atención Primaria (AP), el Servicio de Urgencias Canaria (SUC) envía un informe a AP el día 17 de abril a las 19:30, con los siguientes datos: "fiebre desde ayer, hoy con 40 °C." Se activa la ambulancia con observación de posible COVID-19 y fiebre superior a 39 °C, que no remite con paracetamol, lo que motiva el traslado del paciente al hospital

2.- Acceso al Servicio de Urgencias (SU) del Hospital General de Fuerteventura el día 17 de abril de 2020 a las 20:34 por malestar, fiebre y vómitos desde el día anterior; niega dolor u otra sintomatología acompañante. A nivel abdominal, se explora un abdomen blando, no doloroso a la palpación, sin irritación peritoneal, sin masas ni visceromegalia, con ruidos hidroaéreos normales. Se describe exploración física sin hallazgos relevantes y una analítica con una Proteína C Reactiva de 10 mg/dL, leucograma, bioquímica y orina sin alteraciones significativas. Se le administra paracetamol, antiemético y gastroprotector. El paciente refiere encontrarse mejor y tolera vía oral. Se decide alta con normas de evolución y diagnóstico al alta de síndrome febril.

3.- Acceso al SU hospitalario el día 18 de abril de 2020 a las 6:47 horas de la mañana, reconsulta por continuar con vómitos en un cuadro caracterizado por fiebre, vómitos y diarreas de menos de 48 horas de evolución. SIN dolor abdominal ni síntomas respiratorios. A su llegada, se explora un abdomen blando, no doloroso a la palpación, sin irritación peritoneal, no se palpan masas ni visceromegalia, con ruidos hidroaéreos normales. Paciente consciente y orientado. Se describe que impresiona hidratado, con estabilidad hemodinámica. Se solicitan pruebas complementarias: analítica general, radiografía abdominal y de tórax.

Se ingresa en observación.

La analítica muestra "neutrofilia relativa, descompensación hiperglucémica leve, no cetoacídotica (glucemia de 212 mg/dL). Lactato normal. Proteína C reactiva elevada en rango no bacteriano. Procalcitonina negativa". Es decir que no hay datos de septicemia y probablemente se trate de un cuadro inflamatorio/infeccioso sin criterios de gravedad.

Durante el ingreso en observación no refiere náuseas, vómitos ni diarreas. Se inicia tolerancia por vía oral en el almuerzo y la merienda, con buena tolerancia.

A las 18:00 horas, manifiesta a enfermería tener molestias abdominales, refiriendo que tiene muchos gases.

A las 18:21, presenta sensación disneica por distensión abdominal: timpanismo abdominal con ruidos (hallazgo compatible con la presencia de gases abdominales) y borborigmos presentes. Saturación de oxígeno al 94 %. Se administra oxigenoterapia con 2 litros de oxígeno en gafas nasales. La radiografía de tórax es negativa (sin condensación, derrame o neumotórax); la radiografía de abdomen muestra abundantes gases, sin niveles ni signos oclusivos.

Se da alta el mismo día a las 20:00 horas, tras comprobar evolución favorable, con diagnóstico de gastroenteritis aguda (GEA). En urgencias, ha recibido sueroterapia y antibioticoterapia. Al alta, se recomienda dieta astringente y abundantes líquidos por vía oral. A instancia de la dirección médica y por la comorbilidad del paciente, se han recogido muestras para descartar infección por SARS-CoV-2. Se pauta antibioticoterapia (ciprofloxacino durante 5 días y probiótico).

Se aconseja seguimiento por el médico de AP y acudir nuevamente al Servicio de Urgencias en caso de empeoramiento.

4.- El día 20 de abril de 2020, su médico de AP realiza una consulta telefónica con el hijo del paciente, quien informa de los hechos (valorado en urgencias los días 17 y 18, diagnóstico de GEA, pauta de antibiótico y probiótico). El hijo refiere que continúa con fiebre hasta 39 °C y deposiciones diarreicas, pero ya no presenta episodios de vómitos. Se aconseja acudir nuevamente al servicio de urgencias del HGF en caso de no remitir la fiebre. Se programa una cita telefónica para el día siguiente.

5.- El mismo día, 20 de abril, el personal de enfermería del grupo gestor de casos de COVID- 19 (en seguimiento, dado que se trata de un paciente con sospecha de enfermedad causada por el coronavirus) recuerda que, en caso de agravamiento, deberá contactar con el 112. No consta que el paciente haya acudido al Servicio de Urgencias Hospitalario.

6.- En la cita telefónica con el médico de AP el día 21 de abril, el hijo refiere mejoría desde el día anterior; la última vez que estuvo febril fue al mediodía del día anterior (37.5 °C), después se ha mantenido afebril, sin episodios de vómitos ni diarreas. Comunica negatividad de la prueba COVID-19.

7.- En la misma línea, enfermería describe el día 27 de abril de 2020 que habla con el paciente, quien refiere que no ha presentado fiebre desde el día 22 y que se encuentra mejor.

8.- Posteriormente a los hechos, el paciente consulta Atención Primaria por motivos distintos a los que causaron los accesos al SU hospitalario:

• El 30 de abril de 2020, consulta por balanitis (inflamación del glande).

• El 7 de junio de 2020, consulta por una herida en el brazo izquierdo tras una caída, inicialmente curada en casa por sus familiares porque el paciente se negaba a acudir a consulta para curas locales. Su médico recoge que acude diariamente a un C. y trabaja con animales, y que niega fiebre y síntomas sistémicos. Se prescribe cobertura antibiótica con un antibiótico de amplio espectro (amoxicilina-ácido clavulánico) por sus antecedentes de diabetes. Se limpia y cura la herida, dándose cita de seguimiento con enfermería y médico de familia.

• Siguen varias citas con enfermería por curas locales de la herida (9, 12, 16, 19, 23 de junio) con evolución favorable.

• El 10 de junio de 2020, acude a consulta con su médico de AP, acompañado por su hija. Se solicita analítica general, realizada el 10 de julio de 2020, la cual indica normalidad de la función hepática, leucocitos y hemoglobina normales, es decir, sin indicios de un cuadro infeccioso activo ni de una alteración hepática.

• El 2 de julio de 2020, acude por balanitis y picor en el glande.

• El 9 de julio de 2020 consta que está pendiente de cita por urología, mejorando sintomáticamente tras el tratamiento instaurado por la balanitis; se explora la ausencia de adenopatías inguinales y mejoría de las lesiones a nivel genital. Se establece un plan de actuación: "no precisa tratamiento".

• Control con enfermería el 10 de julio de 2020.

• El 14 de julio de 2020, cita telefónica de su médico de AP con la hija, se le informa de los resultados de las pruebas realizadas (retinografía, analítica y electrocardiograma).

• Los días 17, 18, 20, 21, 30 de julio y 3 de agosto, acude con enfermería por herida abierta de antebrazo, sin complicación, recibiendo curas locales por enfermería con evolución favorable.

• El 24 de julio de 2020, acude para recetas y se deriva a oftalmología.

• En agosto, acude con enfermería para curas de lesiones derivadas de una intervención dermatológica.

• El 10 de agosto de 2020, acude al SU del centro de salud por molestias al tragar, tanto para líquidos como para sólidos, sin acompañarse de dolor, solo de una sensación de presión. Se prescribe gastroprotector (omeprazol 20 mg cada 12 horas durante 7 días) y se diagnostica de esofagitis.

• El 19 de agosto de 2020, comunica a enfermería dificultad para tragar, "le sucede algunas veces, él dice que son gases".

• Cita el 26 de agosto de 2020 con su médico de AP: refiere que estuvo unos días con dificultad para que le bajara la comida, que le duró 5 días y que se le quitó . Comenta que a veces presenta acidez según lo que coma. Niega pérdida de peso. Se diagnostica de disfagia. Se escribe que el paciente está pendiente de cita con digestivo, programada para diciembre de 2020, derivado desde urología por incontinencia fecal, y que tiene pautado tratamiento con rifaximina y se le realizó polipectomía endoscópica en 2017.

Se explora al paciente: eupneico, consciente, orientado, tolera decúbito, con crepitantes bibasales a nivel pulmonar, abdomen blando y depresible, sin palparse masas ni megalias, sin defensa. Se solicita radiografía de tórax.

• En agosto sigue acudiendo a enfermería para curas de heridas postquirúrgicas en el miembro superior. Se da de alta de las curas con enfermería el 9 de septiembre de 2020 por evolución favorable.

• Cita telefónica el 9 de octubre de 2020 con su médico de Atención Primaria. Responde el hijo, quien refiere que el paciente tiene disfagia por épocas. Se informa que la radiografía de tórax está pendiente de ser informada.

• El 27 de octubre de 2020 su médico de AP realiza otra consulta telefónica, contesta el hijo, se le informa que la radiografía de tórax, consultada con el servicio de radiología, no muestra hallazgos patológicos. Se constata que sigue en espera de cita con el servicio de digestivo desde hace un año. Se recomienda acudir al SAU (Servicio de Atención al Usuario) para solicitar cita de seguimiento en digestivo.

• En Atención Primaria no constan más visitas hasta el día 22 de diciembre de 2020. Tampoco se registran accesos al Servicio de Urgencias hospitalario posteriormente a abril de 2020.

9.- Por la tarde del 22 de diciembre de 2020, acude al Servicio de Urgencias del Centro de Salud por fiebre desde el mismo día, acompañada de deposiciones diarreicas líquidas y vómitos que han comenzado el mismo día. Se registra una temperatura corporal de 38,5 °C, test de antígeno SARS-CoV-2 negativo, mucosas secas y normocoloreadas, piel fría, tensión arterial elevada (160/90 mmHg), abdomen semiglobuloso con ruidos hidroaéreos presentes, ligeramente aumentados.

Diagnóstico: Gastroenteritis aguda infecciosa.

Se administra sueroterapia, se recomienda dieta astringente, líquidos y seguimiento por su médico de Atención Primaria.

10. Por la mañana del 23 de diciembre de 2020, a las 9:28 h, el paciente consulta al Servicio de Urgencias del HGF. Según el triaje realizado a las 9:28 acude por vómitos con fiebre que iniciaron el día anterior, acompañados de dolor abdominal y dificultad respiratoria desde el mismo día (23/12).

En plena pandemia de COVID-19, debido a la fiebre y la dificultad respiratoria referida, el paciente es trasladado a la zona de aislamiento respiratorio.

En la historia clínica consta que, cuando había acudido al Centro de Salud el día anterior, le habían pautado metronidazol, el cual ha tomado durante dos días (aunque el familiar refiere que no sabe si ha sido efectivo, ya que lo ha vomitado).

En la primera exploración física general, registrada a las 10:39 h del 23/12, el paciente presenta ligera deshidratación, normocoloreado, y se encuentra dolorido. A nivel abdominal, se explora: dolor difuso a la palpación, con molestias en el hipogastrio (zona suprapúbica), sin palpar globo vesical. La exploración cardiopulmonar es anodina.

Cuando ingresa se realiza una analítica general y gasometría venosa, dada la dificultad respiratoria descrita al ingreso.

11.- A las 13:08 del 23 de diciembre, el facultativo registra que le sugiere un cuadro gastrointestinal; no se observa defensa abdominal al tocarlo, y el dolor es difuso.

Se retira el aislamiento respiratorio al objetivar un proceso abdominal y, a las 13:30 se ingresa en observación por cuadro de deshidratación y gastroenteritis aguda, recogiendo muestras para coprocultivo, urocultivo y hemocultivo.

12.- A las 14:30 se procede a la infusión de hidratación intravenosa. Constantes vitales antes de iniciar la sueroterapia: TA 91/54 mmHg (hipotensión, compatible con su deshidratación), FC 82 lpm, saturación de oxígeno 96%, afebril.

13.- A las 14:35, el facultativo describe en la exploración un abdomen depresible, con dolor difuso a la palpación, sin defensa ni peritonismo, y sin masas o megalias palpables. En la analítica se observa un empeoramiento de la funcionalidad renal y elevación de los índices de infección, pendientes los resultados de coprocultivo, urocultivo y hemocultivo. La radiografía de tórax no muestra patología aguda. El juicio diagnóstico es gastroenteritis aguda, sepsis e insuficiencia renal prerrenal.

Se inicia hidratación y antibioterapia (cefotaxima), pendientes de evolución.

14.- Durante la tarde, el paciente presenta dolor abdominal, náuseas y dos deposiciones diarreicas, siendo tratado con paracetamol, ondansetron y tramadol, con alivio del dolor.

15.- A las 19:44, el médico describe estabilidad hemodinámica.

16.- En la observación de las 20:52 del 23/12, enfermería describe que el paciente presenta dolor en la parte baja del abdomen, y se administran varias veces medicamentos

para el dolor y las náuseas. En consonancia, a las 21:26, el médico describe al paciente con náuseas y dolor abdominal difuso, pero más localizado en la región del hipogastrio.

17.- El día siguiente, 24/12/2020, en la nota del facultativo de las 7:07, se describe que el paciente mantiene dolor abdominal, con aparición de equimosis en la pared abdominal a nivel del flanco hipocondrio derecho.

Se registran tres deposiciones blandas sin productos patológicos desde el ingreso en la sala de observación, con náuseas y un vómito escaso con restos de sangre roja.

El abdomen es doloroso, depresible, sin defensa. Se registra que el paciente permanece estable hemodinámicamente, con diuresis de 160 cc desde su ingreso. Se solicita una ecografía abdominal urgente, motivada por "sepsis de origen abdominal, con vómitos y dolor mantenido, insuficiencia renal aguda asociada y dolor más localizado hoy en el hipocondrio y flanco derecho, con elevación de PCR, procalcitonina y transaminasas". La hija informa de antecedentes de aneurisma aórtico abdominal, y se palpan pulsos periféricos presentes y simétricos.

En la analítica de control se muestra un empeoramiento analítico, con elevación de procalcitonina y transaminasas. Se describe como una sepsis grave y se informa a la hija.

En la misma línea, a las 9:39 h, enfermería registra que el paciente presenta abdomen molesto en el flanco derecho, con equimosis lateral. Pendiente de ecografía abdominal.

18.- Según la ecografía abdomino-pélvica del 24/12/2020, informada a las 10:19 se describen hallazgos compatibles con colecistitis litiásica, coexistiendo con prominencia de vías biliares intrahepáticas, coledocoectasia e imagen sugestiva de microcoledocolitiasis.

19.- A las 10:46 h, el facultativo de urgencias realiza interconsulta a cirugía por colecistitis aguda. Es valorado por cirugía, con respuesta a la interconsulta registrada a las 11:42 horas, en la que consta: "sepsis de punto de partida abdominal y colecistitis aguda; se ingresa en cirugía."

20.- Consta petición de ingreso urgente en planta de cirugía a las 11:39 del 24/12/2020. Motivo de ingreso: sepsis de origen abdominal, colecistitis aguda litiásica, insuficiencia renal aguda prerrenal secundaria a deshidratación y sepsis.

21.- A las 15:12 del 24/12/2020, en el evolutivo del servicio de cirugía, se describen muy malas condiciones generales, y se explica a la hija la situación delicada actual del paciente debido a su cuadro infeccioso.

Se plantean a la familiar tres alternativas:

• Cirugía de urgencias, con el elevado riesgo que conllevaría debido a la patología de base del paciente y el cuadro séptico actual, incluso el riesgo de fallecimiento del paciente;

• Drenaje percutáneo guiado por ecografía: colecistostomía, que sería la opción más adecuada para el paciente, ya que sería la menos agresiva;

• Tratamiento conservador con antibioticoterapia y conducta expectante.

Los familiares aceptan la opción de colecistostomía, y, en el caso no fuera exitosa, cirugía de urgencias. Se informa a radiología para intentar programar la intervención para el día siguiente.

22.- Durante la noche entre el 24 y el 25/12, el paciente se muestra agitado, refiere dolor y se le toman constantes vitales: TA 110/80 mmHg, FC 93 lpm. Después de la analgesia, el paciente se queda más tranquilo.

23.- En las notas de enfermería del 25/12/2020, a las 11:01, consta que al inicio del turno el paciente presenta mal estado general, con dificultad respiratoria, TA 90/50 mmHg (hipotenso) e imposible captar saturación. A las 8:05 se avisa a cirugía, y a las 8:10 es valorado por cirugía. Se realiza gasometría y radiografía, sueroterapia, y se administra morfina, Atrovent® y Urbason®.

24.- En la nota clínica del 25/12/2020 a las 9:34 h, se documenta que desde la noche, el paciente presenta un empeoramiento del estado general, con deterioro progresivo de la conciencia, disnea, condiciones generales muy malas, hipotensión y obnubilación. Se auscultan roncus en los pulmones y se observa abdomen dolorido a nivel difuso.

En la nota del médico cirujano a las 9:44 h, se añade que, dado el deterioro progresivo y el estado de shock séptico del paciente, se decide solicitar interconsulta al Servicio de Medicina Interna. Se explica al hijo del paciente que, ante las condiciones clínicas, la intervención quirúrgica programada (colecistostomía, programada para las 10:00 h según informe de alta) no sería viable. Con el familiar se acuerda no realizar medidas.

25.- La interconsulta a medicina interna fue solicitada a las 8:14 del 25/12/2020 y contestada a las 10:33, donde se describe paciente hipotenso: TA 97/57, afebril, con diuresis de 1000 ml en las últimas 12 horas, normocárdico. Taquipneico a 35 rpm, con tiraje abdominal, mal perfundido, con livideces. Con roncus hasta ambos ápices pulmonares. Abdomen doloroso a la palpación superficial en epigastrio, con signos de irritación peritoneal. La radiografía de tórax muestra infiltrado intersticial bilateral a nivel pulmonar.

Diagnóstico: sepsis de origen abdominal en paciente con colecistitis aguda litiásica.

Ante la situación de gravedad del paciente, con sufrimiento por su parte, y de acuerdo con el médico tratante y los familiares (hijo), se decide optimizar el tratamiento de cara a paliar los síntomas.

26.- El exitus se registra a las 10:30 horas.

27.- El hemocultivo recogido el 23/12 e informado el 29/12 muestra crecimiento de Salmonella. De manera similar, el coprocultivo, informado el 30/12, también muestra crecimiento de Salmonella en las heces».

III

Tramitación del expediente: principales actuaciones

Los principales trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial que constan practicados son los siguientes:

1. El procedimiento comenzó mediante la presentación del escrito de reclamación, el 22 de diciembre de 2021 en el ámbito del SCS.

Con fecha 17 de enero de 2022 se dicta Resolución del Director General del SCS número 86/2022 por la que se admite a trámite la reclamación de las interesadas.

2. En el expediente, inicialmente, constaba el referido informe del SIP y el informe del Coordinador del Servicio de Urgencias del Hospital General de Fuerteventura, pero no obraban informes de los otros servicios que asistieron al paciente, tal y como se señaló en el Dictamen anterior.

3. El día 5 de diciembre de 2024 se dictó Acuerdo sobre período probatorio, admitiendo a trámite las declaraciones testificales propuestas por las interesadas, las cuales se practicaron a través de escritos remitidos por los testigos propuestos, cuestión sobre la que se pronunció este Consejo Consultivo en el Dictamen anteriormente emitido sobre este asunto, al que nos remitimos.

4. Después de ello, se otorgó el trámite de vista y audiencia a las interesadas, sin que presentaran escrito de alegaciones.

5. El 26 de junio de 2025 se formuló la Propuesta de Resolución, que fue objeto del citado Dictamen 327/2025, de 23 de julio, en el que se propuso a la Administración la retroacción de las actuaciones para practicar de forma correcta las pruebas testificales propuestas, y para que se emitieran los informes de todos los Servicios actuantes y también para que se obtuviera un informe complementario, hecho por especialista en la materia pero distinto de los actuantes.

6. El 28 de julio de 2025 se dictó Resolución de la Secretaria General del SCS número 601/2025 que retrotrajo las actuaciones para atender las indicaciones de este Consejo.

Así, se emitieron los informes de los Servicios de Urología, de Coordinación de Urgencias, del Servicio de Cirugía General y Digestivo del Área de Salud de Fuerteventura.

Además, se emitió el informe complementario requerido, que fue elaborado por el Jefe del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, doctor (...).

Además, tras el trámite de audiencia otorgado después de la retroacción y de lo expuesto al respecto sobre esta deficiencia procedimental en el escrito de alegaciones de las interesadas, además de lo manifestado por este Consejo, se volvieron a practicar las pruebas testificales, esta vez conforme a Derecho a nuestro criterio.

Por último, se solicitó la acreditación de que el Dr. (...), interviniente en los hechos, estaba en posesión de un título homologado en la especialidad de cirugía, incorporándose al expediente la documentación al efecto.

7. Finalmente, el 22 de mayo de 2026 se emitió la Propuesta de Resolución.

8. No se aprecia la existencia de deficiencias en la tramitación del procedimiento que impidan un pronunciamiento del Consejo sobre el fondo de la cuestión planteada, pero llama la atención su duración. Por ello, procede aquí señalar, como hemos hecho en expedientes similares, que a criterio del Consejo la instrucción ha tenido una duración excesiva, constatándose la existencia de largos períodos de inactividad. Con ello parece -a falta de explicación o justificación- haberse desatendido el principio legal de celeridad de los procedimientos (art. 71 LPACAP), con eventual lesión de los derechos de las reclamantes.

IV

La cuestión de fondo: existencia y prueba, si las hay, de infracción de la *lex artis ad hoc*

Los requisitos legales de la responsabilidad patrimonial de en particular en los servicios sanitarios. La carga de probar su existencia

1. La nueva Propuesta de Resolución desestima, como la anterior, la reclamación de responsabilidad patrimonial, porque el órgano instructor considera que no concurren los requisitos imprescindibles para que se genere la responsabilidad de la Administración.

2. En el reciente Dictamen 216/2026, de 4 de junio, y en el también cercano 173/2026, de 12 de mayo, el Consejo Consultivo se ha pronunciado, como en otros muchos anteriores, acerca de la responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario, en los siguientes términos:

«2.1 Las reglas generales.

La responsabilidad de las Administraciones Públicas, en el Ordenamiento Jurídico Español, tiene su base en el art. 106.2 del Texto Constitucional: «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 casos de fuerza mayor, siempre que sean consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos». La remisión a la ley contenida en el precepto constitucional conduce, actualmente, a la aplicación del capítulo IV del Título preliminar de la LRJSP), cuyo art. 32 dispone: «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».

En el mismo Dictamen [173/2026], también como en otros muy numerosos pronunciamientos, recuerda nuestra doctrina que a partir de dicha regulación la Jurisprudencia ha venido a establecer los requisitos de la responsabilidad patrimonial de la Administración en una formulación expuesta, entre otras, en la STS (Sala 3.ª) de 5 de diciembre de 2014 (Sec. 6.ª, rec. n.º 1308/2012, STS 4942/2014, FJ 3) y en otras muchas posteriores, en que se relacionan o enumeran los elementos cuya existencia conjunta es imprescindible para que quepa reconocer el derecho a la indemnización y atribuir a la administración la responsabilidad de afrontarla:

- Que exista un daño sufrido por un particular y que el daño sea real y efectivo, no posible ni hipotético o imaginado, sufrido por una persona concreta, y que quepa su evaluación económica.

- Que el daño sea consecuencia o efecto del funcionamiento de un servicio público, ya sea un funcionamiento anormal o incluso normal, al que quepa atribuirse ser la causa de modo indudable y exclusivo -en el sentido de inmediato y no interferido por nada- aunque coexista con otras causas que también concurran a la producción del daño, entre las cuales puede encontrase la conducta del propio perjudicado.

- Que no haya fuerza mayor.

- Que no tenga el particular que ha sufrido el daño un deber jurídico de soportarlo.

Así resulta de la propia Constitución y, por su mandato, de los términos de los arts. 32 y 34 LRJSP.

2.2.La Lex artis

En materia de asistencia sanitaria, también la jurisprudencia ha venido a establecer unas reglas básicas, complemento y desarrollo de los principios referidos en los párrafos anteriores, que rigen la atribución de responsabilidad cuando esta se demanda a la administración prestadora de los servicios y que descansan en la lex artis ad hoc, la cual impide atribuir responsabilidad a la actuación que se ajusta a ella, de modo que una actuación correcta no puede considerarse causa del daño o lesión.

Así, por ejemplo, se dice en la STS de 19 de mayo de 2015 (Sec. 4.ª, recurso n.º 4397/2010 STS 2494/2015, FJ 5) lo siguiente:

«En relación con la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, ha señalado este Tribunal con reiteración (por todas, sentencias de 21 de diciembre de 2012, dictada en el recurso de casación núm. 4229/2011 y 4 de julio de 2013, recaída en el recurso de casación núm. 2187/2010) que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta (...) (...) independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente, por lo que si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción (...) (...) »

Se atiende con ello al mandato explícito de la ley (art. 34.1 LRJSP), que dispone que «No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos».

Por ello viene sosteniendo el Consejo que por lo tanto, « (...) el criterio de la lex artis determina la normalidad no solo técnica sino por ello mismo también jurídica de los actos médicos, e impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, de modo que la existencia de responsabilidad exige tanto la producción de la lesión como la infracción de la lex Canarias artis, en relación, en particular, con el estado de los conocimientos y de la técnica sanitaria (art. 34.1 LRJSP)». [DCC 173/2026, citado]

3. La prueba

Por mandato de las reglas generales de nuestro ordenamiento, los hechos en que se funde la reclamación deben ser probados, en principio, por el propio solicitante

de la indemnización, pues la existencia de las obligaciones debe probarse por quien reclama su cumplimiento. Por tal razón, es al reclamante a quien incumbe demostrar la existencia del daño y su condición de efecto del funcionamiento del servicio público.

Por ello, viene recordando el Consejo la jurisprudencia consolidada que afirma que el obligado nexo causal entre la actuación médica vulneradora de la lex artis y el resultado lesivo o dañoso producido debe acreditarse por quien reclama la indemnización, si bien esta regla de distribución de la carga de la prueba debe atemperarse con el principio de facilidad probatoria, sobre todo en los casos en los que faltan en el proceso datos o documentos esenciales que tenía la Administración a su disposición y que no aportó a las actuaciones. En estos casos, hemos señalado (Sentencias de 2 de enero de 2012, recaída en el recurso de casación núm. 3156/2010 y de 27 de abril de 2015, recurso de casación núm. 2114/2013) que, en la medida en que la ausencia de aquellos datos o soportes documentales puede tener una influencia clara y relevante en la imposibilidad de obtener una hipótesis lo más certera posible sobre lo ocurrido, cabe entender conculcada la lex artis, pues al no proporcionarle a los recurrentes esos esenciales extremos se les ha impedido acreditar la existencia del nexo causal».

Toda la doctrina expuesta es de plena aplicación al supuesto que nos ocupa.

3. En este caso, la reclamación se centra en la actuación sanitaria que tuvo lugar en los días 22, 23, 24 y 25 de diciembre de 2020 en el Hospital General de Fuerteventura, la cual se considera por las reclamantes contraria a la *lex artis*, pues entienden que, por los motivos que desgranan en su escrito, hubo un retraso en diagnosticar la colecistitis que padecía el paciente, pues no se efectuó una ecografía abdominal el día 22 de diciembre, cuando se produjo el ingreso hospitalario de su esposo y padre, sino que se esperó, incorrectamente según ellas, hasta el día 24 de diciembre, retraso o demora que, a su juicio, propició de forma directa el resultado final.

4. Pues bien, en relación con esta cuestión se ha de tener presente, en primer lugar, el informe -de 18 de agosto de 2025- del especialista en el aparato digestivo, experto independiente de los actuantes en el presente asunto, doctor (...), jefe de servicio en el Hospital Dr. Negrín, en el cual se dice:

«1. La presencia de colelitiasis es una condición frecuente en la población. Su mero conocimiento en la atención urgente de un paciente no debe indicar una ecografía, salvo que

los síntomas o exploraciones complementarias realizadas orienten el cuadro clínico presente en ese momento a un origen pancreático-biliar. Los síntomas con los que el paciente acude a Urgencias el 22 de diciembre de 2020 no orientaban a dicho origen, por lo que la ecografía no estaba Inicialmente indicada, por más que se conociera el diagnóstico de colelitiasis desde el 10 de septiembre de 2019.

2. No existen predictores de aparición de fenómenos patológicos consecuencia de la colelitiasís. La aparición de colecistitis, coledocolitiasis, colangitis o pancreatitis es aguda, brusca, imprevisible y no hay síntomas o signos premonitorios. Por ello. es irrelevante la demora de una cita en Digestivo o en cualquier otro punto de asistencia sanitaria en su evolución. Dichas contingencias pueden aparecer antes de la cita. o inmediatamente después, por lo que haber realizado dicha consulta no hubiera impedido la aparición de una complicación ni detectado una eventual inminencia de aparición.

3. La ecografía del 24 de diciembre de 2020 a las 10:19 se realizó una vez que los síntomas iniciales registrados en la historia clínica cambiaron, focalizándose el dolor en el hipocondrio derecho, localización típica de la colecistitis. Los síntomas originales del 22 de diciembre de 2020 orientaron a una gastroenteritis aguda, diagnóstico que quedó confirmado con el posterior resultado positivo de Salmonella en el coprocultivo. La desfavorable evolución clínica posterior Incluyó una colecistitis, bien consecuencia del propio fallo multiorgánico de la sepsis, bien por vía hematógena (también creció Salmonella en el hemocultivo) o bien por vía ascendente por la vía biliar desde el intestino.

Por todo ello, no aprecio retraso injustificado en la realización de la ecografía, pues se realizó en cuanto se sospechó la colecistitis añadida a la gastroenteritis y el fallo multiorgánico. Por ello, no hay ninguna manifiesta relación causal entre el fallecimiento y la antedicha ecografía.

Lo que imposibilitó la curación y provocó el fallecimiento fue el shock séptico refractario a antibióticos consecuencia de una gastroenteritis por Salmonella en un paciente anciano de 86 años y con comorbilidades (particularmente hipertensión arterial y enfermedad renal crónica estadio 3)».

5. En segundo lugar, consta que en el mismo sentido se había pronunciado el informe del SIP, en el que se afirma:

«7.- Hechos entre el 22 y 24 de diciembre

• 22/12: El paciente acudió al Servicio de Urgencias del Centro de Salud por fiebre, náuseas, vómitos y diarreas que comenzaron ese mismo día. Las mucosas estaban normocoloreadas, es decir no habían indicios de ictericia, y no se observaron signos de peritonitis (los ruidos intestinales estaban presentes). Se diagnosticó gastroenteritis aguda infecciosa y se inició tratamiento con metronidazol (antibiótico intestinal).

• 23/12: Al día siguiente, el 23/12, cuando el paciente acudió al Servicio de Urgencias hospitalario, se describió en el triaje un dolor abdominal que había comenzado ese mismo día, acompañado de síntomas respiratorios. Fue la primera vez que se menc2io8n7ó dolor abdominal. Dolor, además, no referido en hipocondrio derecho ni en epigastrio como ocurriría en proceso biliar sino en hipogastrio. El dolor en hipocondrio derecho y flanco no aparecería hasta el día 24.

Las mucosas seguían normocoloreadas, lo que indicaba la ausencia de ictericia, un signo clave de colestasis. La colestasis ocurre cuando la bilis, un líquido que el hígado produce para ayudar a digerir las grasas, no fluye bien hacia el intestino, ya sea por un bloqueo (como cálculos biliares o tumores) o por daño hepático (como hepatitis o cirrosis). En este caso, al no haber ictericia, no había signos clínicos de obstrucción del flujo biliar.

La exploración abdominal reveló un dolor difuso, con mayor molestia en la zona suprapúbica y sin signos de defensa abdominal, lo que clínicamente descartaba la presencia de irritación peritoneal. Este hallazgo es crucial, ya que la ausencia de defensa abdominal indica que no había signos de un abdomen agudo que justificara una intervención quirúrgica urgente en ese momento.

Durante la exploración, el paciente mostró un abdomen algo más doloroso en el hipogastrio (región suprapúbica). Por esta razón, se descartó la presencia de un globo vesical y se solicitaron pruebas adicionales para descartar una infección de orina, teniendo en cuenta que el paciente tenía antecedentes urológicos (cáncer de vejiga) y mantenía seguimiento activo con el servicio de urología.

En base a las pruebas realizadas y la clínica se evidenció un estado séptico por gastroenteritis e insuficiencia renal por deshidratación, iniciándose adecuadamente tratamiento antibiótico e hidratación intravenosa.

A lo largo del día 23, durante las diversas exploraciones, no había clínica que sugiriera una colecistitis aguda, la cual es la inflamación de la vesícula biliar que se desarrolla generalmente debido a la obstrucción del conducto cístico por un cálculo. Los síntomas típicos incluyen dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen o en el epigastrio , así como sensibilidad a la palpación en esa área, a menudo acompañados de fiebre, escalofríos, náuseas y vómitos. En pocas horas, puede aparecer el signo de Murphy (dolor al palpar el cuadrante superior derecho durante una inspiración profunda), junto con defensa involuntaria de los músculos abdominales en ese lado (hipocondrio).

En el caso del paciente, en ningún momento, antes del 24/12, se hicieron evidentes síntomas o signos típicos de colecistitis, como dolor localizado en el epigastrio o hipocondrio derecho, defensa en esa área, palpación de una vesícula engrosada o signo de Murphy. Tampoco se observaron signos clínicos de abdomen quirúrgico agudo (signos de peritonitis o defensa) o de complicaciones de una colecistitis (ictericia).

No podemos juzgar los hechos en base a los resultados. En ese momento, no había signos o síntomas claros que indicaran una colecistitis aguda, por lo que se orientó el tratamiento hacia los problemas principales del paciente: sepsis por infección gastrointestinal e insuficiencia renal por deshidratación.

En medicina, la toma de decisiones se basa en la clínica que presenta el paciente en cada momento. En este caso, la evaluación no ofreció indicios claros que justificaran una intervención quirúrgica urgente ni la necesidad de solicitar pruebas complementarias, hasta el 24/12. Fue en esa fecha cuando el paciente manifestó por primera vez dolor en el hipocondrio derecho y se observaron equimosis en esa área. Con base en estos hallazgos clínicos y la elevación de las transaminasas hepáticas, se solicitó una ecografía hepática.

7. Positividad en hemocultivo y coprocultivo a Salmonella

Con base en los resultados de los hemocultivos y coprocultivo, el paciente el día 23/12 tenía una infección gastrointestinal debida a Salmonella acompañada de una sepsis (diseminación hematógena) por el mismo patógeno. Este cuadro se vio probablemente favorecido por su estado de inmunosupresión, relacionado con la edad y la diabetes, así como por la propia infección por Salmonella. La Salmonella puede ingresar al organismo a través de la ingestión de alimentos o agua contaminados. Una vez en el tracto digestivo, puede invadir la mucosa intestinal y entrar en la circulación sistémica, causando fiebre y otros síntomas gastrointestinales.

La bacteria puede diseminarse al sistema biliar a través de la vía hematógena (a través de la sangre) o ascender desde el intestino a través de los conductos biliares.

La presencia de Salmonella en la vesícula biliar provoca una respuesta inflamatoria, con acumulación de neutrófilos y otras células inmunitarias en el sitio, lo que conduce a inflamación (colecistitis), edema y, en algunos casos, necrosis de la pared de la vesícula biliar. A medida que la inflamación progresa, puede producirse formación de pus (colecistitis purulenta) o incluso la perforación de la vesícula biliar, lo que puede resultar en complicaciones graves como la peritonitis.

Según lo descrito en la historia clínica y la evolución de los hechos, nuestro servicio hipotetiza que el paciente acudió al servicio de urgencias presentando síntomas de gastroenteritis y septicemia por Salmonella, y que la colecistitis pudo haber sido una complicación que surgió como consecuencia de la infección gastrointestinal y la septicemia, haciéndose manifiesta clínicamente solo el 24/12. En esa fecha, el 24/12, el paciente manifestó claramente dolor localizado en el área típicamente asociada a una colecistitis y mostró elevación analítica de las transaminasas; ese día se comentó a los familiares la gravedad del estado séptico. Es importante destacar que en ningún momento se observaron signos o síntomas típicos de colecistitis antes de esta fecha.

8.- Tratamiento colecistitis aguda

Ante una colecistitis aguda, existen tres opciones de manejo:

-cirugía de urgencia (colecistectomía);

-colecistostomía;

-tratamiento conservador (antibióticos y manejo expectante).

La decisión de intervenir quirúrgicamente depende de varios factores, como la gravedad del cuadro clínico, el estado general del paciente y la respuesta al tratamiento conservador.

Con frecuencia, se opta por el tratamiento conservador debido al estado infeccioso del paciente y al riesgo que supone una cirugía en esas condiciones. Se prefiere posponer la intervención hasta que la infección haya remitido. Por lo tanto, no siempre se realiza una intervención quirúrgica inmediata ante una colecistitis aguda, ya que la decisión se basa en múltiples factores.

Para pacientes con alto riesgo quirúrgico, como personas mayores (como en el caso de nuestro paciente) una colecistostomía es una alternativa a la colecistectomía.

Este procedimiento puede realizarse de dos formas:

• Colecistostomía percutánea: Es un procedimiento mínimamente invasivo en el que se introduce un drenaje a través de la piel hasta la vesícula biliar, guiado por ecografía. Una de las contraindicaciones es la falta de distensión de la vesícula, lo que dificulta la punción. En el caso reclamado, el informe ecográfico no menciona hidrops vesicular ni una distensión significativa de la vesícula.

• Colecistostomía quirúrgica: Es una intervención abierta en la que se accede a la vesícula mediante una incisión en el abdomen para colocar un drenaje. En este caso, también deben considerarse las posibles contraindicaciones anestésicas.

En el Hospital General de Fuerteventura, la colecistostomía se realiza habitualmente por vía quirúrgica, mientras que la percutánea es muy poco frecuente y solo algunos radiólogos la realizan. En los pocos casos en los que se ha practicado la vía percutánea (el procedimiento propuesto para este paciente), siempre ha sido de forma programada y en coordinación con un radiólogo especializado, teniendo en cuenta que, además, en este caso, la falta de distensión vesicular habría dificultado aún más la punción.

En nuestro caso las otras alternativas tampoco eran viables: la colecistectomía no era aconsejable debido a la patología de base del paciente y al cuadro séptico, y la colecistostomía quirúrgica presentaba los mismos riesgos. Por último, la ColangioPancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE) de urgencia habría requerido el traslado a un hospital de referencia, lo que habría ocasionado igualmente retrasos.

En este paciente, no se presentaron signos de peritonitis (abdomen agudo que requiere cirugía urgente). Al evaluar el balance riesgo-beneficio, se consideraron sus condiciones

generales, comorbilidades y el riesgo que implicaba una cirugía. Se explicó a los familiares que el riesgo de fallecimiento era mayor que el beneficio de una colecistectomía urgente. En todo momento, se compartió con ellos la gravedad de la situación y se les involucró en la toma de decisiones terapéuticas.

Se programó una colecistostomía percutánea para el 25/12; sin embargo, debido al empeoramiento clínico del paciente, no fue posible realizar el procedimiento, y lamentablemente, falleció esa misma mañana, 30 minutos después de la hora inicialmente prevista para la intervención.

9.- Hipótesis sobre la causa del fallecimiento

Hipotetizamos, basándonos en la historia clínica del paciente, que la causa del fallecimiento pudo haber sido el estado séptico debido a una infección por Salmonella (sin descartar que esta infección pudo haber sido adquirida durante sus actividades diarias de cuidado de animales), lo que llevó a un fallo multiorgánico y shock séptico y que la colecistitis pudo ser una complicación».

6. En último lugar, en el informe del Coordinador del Área de Urgencias de Fuerteventura se manifiesta lo siguiente:

«La lex artis ad hoc y las guías internacionales (American College of Emergency Physicians, Tokyio Guidelines 2018) recomiendanla ecografía abdominal urgente en pacientes con sospecha clínica de colecistitis aguda: dolor localizado en hipocondrio derecho, signo de Murphy positivo, Fiebre e ictericia o colestasis analítica.

El día 23/12/20, el paciente no presentaba ninguno de estos criterios de forma clara:

• El dolor era difuso y no localizado en hipocondrio derecho.

• No existía defensa ni peritonismo.

• No presentaba ictericia clínica ni alteración de enzimas hepáticas en la primera analítica.

Por tanto, no existía indicación clínica de realizar ecografía abdominal en ese momento, siendo la actitud expectante y el control evolutivo la actuación correcta conforme a lex artis».

7. Mediante todo lo anterior, es decir mediante los informes y los documentos a los que estos remiten, cabe concluir que la Administración sanitaria ha acreditado suficientemente que únicamente procede la ecografía abdominal, en supuestos como el que nos ocupa, cuando se constata la concurrencia de ciertos y determinados síntomas, siendo el principal de ellos el dolor en hipocondrio derecho, pero sin olvidar otros como la ictericia, el signo de Murphy, evidentemente previa realización de la prueba exploratoria manual de mismo nombre, y la colestasis analítica.

En este caso, se deduce también de las constancias obrantes en el expediente que el paciente no presentaba tales síntomas a su ingreso el día 22 de diciembre, ni tampoco al día siguiente, sino que los síntomas que padecía en esos momentos eran los propios de la gastroenteritis por salmonella que sí sufría, habiéndose detectado la misma previa realización de las correspondientes pruebas diagnósticas.

Sin embargo, en esos dos primeros días la analítica y el seguimiento clínico del paciente no mostró ni evidenció padecer de colecistitis, pues ni se refirió dolor en el hipocondrio derecho ni signo de Murphy ni ictericia, y cuando ya manifestó señales de padecer aquella patología se le hizo de inmediato la oportuna prueba diagnóstica.

Frente a todo ello, no puede decirse que las interesadas hayan presentado ningún elemento de prueba que acredite sus alegaciones y que refute lo manifestado en los diversos informes emitidos en relación con este supuesto. Tampoco las declaraciones testificales, minuciosamente propuestas y recibidas, permiten hallar ni producir elementos que desvirtúen o contradigan con algún fundamento las informaciones y conclusiones de los técnicos intervinientes y del experto ajeno a los hechos que ha expresado su opinión.

En conclusión, del expediente resulta que por el SCS se fue actuando en cada momento conforme a los síntomas que el paciente fue presentando en cada momento, empleando la totalidad de los medios personales y materiales de los que disponía el SCS, que a la luz del expediente no pueden tacharse de inadecuados ni de insuficientes, para intentar la curación del paciente, pero pese a todo ello no se consiguió, siendo varias las probables causas que originaron el resultado final, con preponderancia de la salmonella y la sepsis que la misma provocó, pero no intervino en tal resultado negligencia médica alguna, por las razones ya expuestas.

8. Debe además recordarse, si se introducen en el análisis de lo sucedido elementos o hechos o datos que han sido conocidos solo después de haber ocurrido los hechos que se analizan, que además de todo lo anterior han de respetarse las reglas legales, también repetidamente aplicadas por el Consejo, acerca del escrutinio de errores de diagnóstico o diagnósticos o tratamientos que se reputen tardíos, reglas legales y doctrina consultiva que atiende o secunda la jurisprudencia que imponen la llamada «*prohibición de regreso*» desde el tiempo del análisis hasta el tiempo de los hechos. Así, por ejemplo se expresa en el Dictamen 18/2026, de14 de abril, con doctrina plenamente aplicable a este expediente:

« (…) no cabe efectuar reproches asistenciales que se fundan en el análisis retrospectivo de la asistencia médica a partir del resultado luego conocido (…) incurriendo así en la prohibición de regreso a la que la Sala de lo Contencioso-administrativo del TS se ha referido en varias ocasiones -por todas, Sentencia de 22 de noviembre de 2013, recurso 741/2010 -, doctrina en cuya virtud debemos tener en cuenta que en sede de responsabilidad patrimonial por defectuosa asistencia sanitaria no es factible cuestionarse el diagnóstico inicial de un paciente si el reproche se realiza exclusiva o primordialmente fundándose en la evolución posterior y, por ende, infringiendo la prohibición de regreso que imponen las leyes del razonamiento práctico. A esta prohibición de regreso desde acontecimientos posteriores desconocidos en el momento del diagnóstico se refieren las SSTS, Sala 1.ª, de 14 y 15 de febrero de 2006, 7 de mayo de 2007, 29 de enero de 2010, y 20 de mayo y 1 de junio de 2011; es decir, no es posible sostener la insuficiencia de pruebas diagnósticas, el error o retraso diagnóstico o la inadecuación del tratamiento, sólo mediante una regresión a partir del curso posterior seguido por el paciente ya que dicha valoración ha de efectuarse según las circunstancias en el momento en que tuvieron lugar; en definitiva, es la situación de diagnóstico actual la que determina la decisión médica adoptada valorando si conforme a los síntomas del paciente se han puesto a su disposición las exploraciones diagnósticas indicadas y acordes a esos síntomas, no siendo válido, pues, que a partir del diagnóstico final se considere las que pudieron haberse puesto si en aquel momento esos síntomas no se daban».

La misma doctrina se contiene en los DCC 26/2026, de 26 de enero, 374/2015 y 85/2016, entre otros: «no puede cuestionarse [la] toma de decisiones si el reproche se realiza exclusivamente fundándose en la evolución posterior».

9. De todo ello resulta que no se ha demostrado la concurrencia de nexo causal entre el funcionamiento del Servicio y el daño reclamado y que procede desestimar la reclamación formulada.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación formulada se encuentra conforme a Derecho, en virtud de las razones expuestas en el presente Dictamen.