

Expediente Núm. 31/2008  
Dictamen Núm. 260/2009

**V O C A L E S :**

*Fernández Pérez, Bernardo,*  
Presidente  
*Jiménez Blanco, Pilar*  
*Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda*  
*Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis*  
*Fernández Noval, Fernando Ramón*

Secretario General:  
*García Gallo, José Manuel*

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 21 de mayo de 2009, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 7 de febrero de 2008, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por lo que considera una defectuosa asistencia sanitaria prestada en un hospital público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 8 de junio de 2007, tiene entrada en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por los familiares (cónyuge, cuatro hijos, dos nietos y hermana) de la perjudicada, fallecida el día 17 de junio de 2006 en el Hospital “X”, por el daño moral que les ha producido su muerte, puesto que consideran defectuosa la asistencia sanitaria recibida por ella en dicho hospital y en el Hospital “Y”.

Inician el relato de lo sucedido señalando que el día 5 de junio de 2006, la perjudicada, "tras caída casual en su domicilio es trasladada al Servicio de Urgencias del "Y", donde tras ser diagnosticada de fractura de cuello femoral izdo., es remitida al ("X") (...) para tratamiento de la referida patología, por la Unidad de Orto geriatria".

Añaden que el día 8 de junio de 2006 fue sometida a una operación de artroplastia de cadera, presentando síntomas de deterioro de la conciencia en los días siguientes. Le realizan pruebas en el Servicio de Medicina Interna y un TAC craneal en el "Y" y es trasladada al Servicio de Neurología y al de Geriatria, diagnosticándole "síndrome confusional hipocinético". Nuevamente la remiten al "X" para su tratamiento y el Servicio de Psiquiatria le suministra medicación, falleciendo a los pocos días.

Manifiestan los reclamantes que no conocieron el motivo de la muerte hasta el informe de la autopsia, en el que se señala como causa de la misma una hemorragia suprarrenal que no fue sospechada en ningún momento por los servicios médicos del Servicio de Salud del Principado de Asturias (en adelante SESPA) y que no se les informó de ella, habiendo presenciado discusiones entre los médicos de Medicina Interna y de Traumatología que acrecentaron sus dudas.

Posteriormente solicitan la historia clínica de la fallecida y puesto el asunto en manos de un médico especialista en Daño Corporal, éste les manifiesta que de la documentación facilitada por la Administración se deduce una negligencia médica, pues a la paciente no le practicaron una serie de pruebas que eran aconsejables -TC, ecografía abdominal, gammagrafía u otro tipo de exploraciones de imagen-, y que, dados los dolores abdominales que presentaba, la alteración del nivel de conciencia y las cifras bajas de sodio (añadiendo, que ese síntoma se da en el 90% de los casos de hemorragia suprarrenal), resulta incomprensible.

Por ello, consideran que existe relación de causalidad entre la muerte de la perjudicada y la actuación de la Administración sanitaria, ya que "la negligencia se produciría tanto por no diagnosticarse la lesión que da lugar a la muerte, como en el caso de que la lesión se produjera como consecuencia de la

operación realizada, pues se entiende un daño desproporcionado y no acorde (...) con una operación de tal naturaleza”.

Solicitan, en concepto de indemnización, la cantidad de ciento noventa y cinco mil euros (195.000 €), que desglosan de la siguiente manera: por daños al cónyuge, 90.000 €; por daños a los hijos (4), 60.000 €; por daños morales a la hermana, 15.000 €, y por daños morales a los nietos (2), 30.000 €.

Al escrito de reclamación acompañan, entre otros, copia de los siguientes documentos: a) documento nacional de identidad de cinco de los familiares firmantes de la solicitud y de la fallecida, así como del libro de familia que acredita la relación entre la fallecida y su cónyuge e hijos; b) informe de alta de hospitalización, emitido por el “X” el 17 de junio de 2006, en el que consta que la paciente ha sido remitida por el “Y”, que ingresa el día 5 de junio y es intervenida el día 8 bajo anestesia espinal, realizándole artroplastia total de cadera izquierda. Figura en el mismo que, “desde el punto de vista ortopédico, el posoperatorio transcurrió dentro de la normalidad con correcta evolución de la cicatrización de la herida quirúrgica, sin presentar signos infecciosos o antiinflamatorios. Comenzó sedestación el 2.º día e intento de bipedestación y deambulación posterior. En cambio desde el punto de vista del estado general presentó progresivo deterioro del nivel de conciencia, con desorientación y bradipsiquia sin focalidad neurológica”. Desde el Servicio de Medicina Interna se solicitaron repetidos análisis biológicos y bioquímicos, sin alteraciones que justificasen el estado que presentaba, y las exploraciones físicas estaban dentro de la normalidad. El día 14 de junio de 2006 se traslada a la paciente al “Y” para la realización de un TAC craneal que no muestra alteraciones. En dicho hospital es vista por el Servicio de Neurología, no encontrando causa desencadenante del cuadro, así como por el Servicio de Geriátrica, donde solicitan nuevas analíticas, le realizan más exploraciones y le diagnostican síndrome confusional hipocinético, remitiéndola de nuevo al “X” para continuar el tratamiento. Es valorada por el Servicio de Psiquiatría, que considera que el cuadro que presenta es consecuencia del estado orgánico de la paciente y le pautan medicación neuroléptica. Continúan con las medidas de vigilancia de su estado general, a pesar de las cuales el día 17 sufre un agravamiento del nivel

de conciencia y fallece; c) resultados de análisis efectuados en el "X", d) informes de autopsia, realizados por el Servicio de Anatomía Patológica del "Y".

**2.** Con fecha 22 de junio de 2007, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias notifica a los interesados la fecha de recepción de su reclamación en el referido Servicio y las normas del procedimiento con arreglo al cual se tramitará. Asimismo, les indica que "transcurridos seis meses, a contar desde el día siguiente al de recibo de la presente notificación, o el plazo que resulte de añadirles un periodo extraordinario de prueba, sin que haya recaído resolución expresa, podrá entenderse desestimada su solicitud" y que disponen de 10 días para acreditar la capacidad de representación en el procedimiento de dos de los reclamantes. El 29 de junio de 2007 los interesados presentan en el registro del SESPA un escrito al que adjuntan copias de las hojas del Libro de Familia que acreditan que dos de los interesados, menores de edad, son hijos de otros dos de ellos, y por tanto nietos de la fallecida.

**3.** Mediante escritos de fecha 20 de junio de 2007, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto solicita a la Gerencia del "X" y al "Y" una copia de la historia clínica de la perjudicada, informe de los servicios implicados y cualquier documentación que pueda resultar de interés.

**4.** Con fecha 2 de julio de 2007, el Secretario General del "Y" remite al Servicio instructor una copia del informe correspondiente a la asistencia que le fue prestada a la perjudicada en el Servicio de Urgencias el día 14 de junio de 2006, donde permaneció hasta el día siguiente, añadiendo que el resto de la documentación fue enviada al "X" con la paciente.

El día 3 de ese mismo mes, el Director Gerente del "X" remite al Servicio instructor copia del parte de reclamación del seguro de responsabilidad sanitaria, de la historia clínica de la fallecida e informes emitidos por los facultativos responsables de la asistencia.

El informe del Jefe de Sección de Cirugía Ortopédica y Traumatología (en adelante COT) del "X", emitido el 21 de junio de 2007, señala que la enferma, tras ser estudiada por los Servicios de Medicina Interna, Anestesia y Traumatología, es intervenida, implantándole una prótesis total de cadera el día 8 de junio de 2006. Añade que en el posoperatorio inmediato presenta una taquicardia que es solucionada con medicación, y que, si bien desde el punto de vista traumatológico evoluciona satisfactoriamente, su estado general presenta un deterioro progresivo del nivel de conciencia. El seguimiento se hace desde el Servicio de Medicina Interna, donde solicitan análisis y le realizan exploraciones físicas seriadas, que están dentro de la normalidad. En cuanto a los niveles de sodio, indica que estaban levemente por debajo de la normalidad el día 8 de junio, normalizándose al día siguiente y continuando bien los días sucesivos. Ante el deterioro que presenta, la paciente es remitida al "Y", donde le practican TAC craneal, que resulta normal, y es valorada por los Servicios de Neurología y Geriátrica, que le realizan nuevas pruebas y exploraciones, etiquetando el cuadro de síndrome posconfusional hipocinético, siendo remitida nuevamente al "X" para seguir tratamiento. Una vez allí es vista por el Servicio de Psiquiatría, que le pauta medicación neuroléptica, y continúa a tratamiento con el Servicio de Medicina Interna, a pesar de lo cual sufre un agravamiento del nivel de conciencia, falleciendo el día 17.

La historia clínica se compone, entre otros, de los siguientes documentos: a) Hojas de órdenes médicas, correspondientes a los días en los que la paciente estuvo ingresada, en las que se observa que durante el posoperatorio se le va cambiando el tratamiento en función de los síntomas que presenta. Así consta en ellos que se le pauta un "tratamiento nuevo" los días 7, 9, 14, 15 y 16 de junio. b) Hojas de evolución y seguimiento de la paciente durante ese tiempo, en las que se anota que el día 8 le hacen analítica completa; el día 9 solicitan una ecografía; el día 12, que la paciente se encuentra afebril durante todo el posoperatorio; el día 14 se indica que "neurológicamente no se ve focalidad", piden analítica urgente, hablan con la familia y se la traslada urgente al "Y" a efectuar un TAC para descartar patología vascular aguda; consta, además, que "se habla con Urgencias para

ser valorada por neurólogo y realizar TAC craneal”; el día 15 se reflejan los resultados de la radiografía de tórax, la ecografía, los análisis y el TAC craneal, que es normal, y que no se piden “más pruebas, pues tiene todo efectuado en Urgencias”; el día 16 se encuentra afebril, el abdomen está blando y depresible, y se anota “no focalidad en la exploración”; el día 17 avisan al médico de guardia por bajo nivel de conciencia, y se señala “abdomen blando, aparentemente no doloroso”. c) Resultados de analíticas, del TAC craneal y del electrocardiograma practicados a la paciente durante su ingreso. d) Hojas de observaciones de enfermería, en las que constan las anotaciones desde el día 5 de junio hasta que fallece. Destaca en ellas que el día 14 no come apenas y que vomitó la comida, se avisa a su médico y con consentimiento de la familia deciden trasladarla a urgencias del “Y”; el día 15, que se queja de dolor abdominal; el día 16 avisa la familia por dolor precordial, hablan con ella y dice que “el dolor cesó”. e) Informe y observaciones del Servicio de Anestesiología en relación con la intervención realizada a la paciente el 8 de junio de 2006. f) Consentimientos informados para prótesis articular del miembro inferior y de anestesia general, firmados por la paciente. g) Informe del Servicio de Radiodiagnóstico I, de fecha 14 de junio de 2006, en el se indica que “no se ven hemorragias intra ni extraaxiales, ni lesiones ocupantes de espacio. Sistema ventricular y estructuras de línea media sin alteraciones”. h) Informe del Servicio de Neurología relativo a la estancia de la paciente en Urgencias del “Y” el día 14 de junio de 2006, en el que consta como impresión diagnóstica “síndrome confusional agudo hipoactivo” y figuran los resultados de las analíticas practicadas ese mismo día, destacando que presenta el nivel de sodio entre los parámetros de la normalidad. i) Autorización de la Jefa de la Guardia del “X” de traslado del cadáver al “Y” para necropsia, el día 17 de junio a las 20:00 horas. j) Informe de alta de hospitalización del Servicio de Traumatología, sobre la intervención quirúrgica practicada el día 8 de junio de 2006, ya aportado por los reclamantes con su solicitud. k) Informe provisional anatomopatológico e informe de autopsia, ambos emitidos por el Servicio de Anatomía Patológica del “Y” el día 23 de junio de 2006, de los que resulta como probable causa de la muerte “hemorragia suprarrenal bilateral” y como

diagnóstico final "hemorragia suprarrenal masiva./ Microinfartos cerebrales entre 1 y 2 semanas de evolución./ Tromboembolismo pulmonar./ Infarto pulmonar izquierdo./ Esplenitis reactiva./ Hígado de estasis./ Cistitis erosiva./ Arteriosclerosis./ Nefroangioesclerosis./ Tiroiditis inespecífica." I) Informe emitido por un especialista de la Unidad de Ortogeriatría el día 28 de junio de 2007, en el que describe que la paciente durante el posoperatorio efectuó un "episodio de taquicardia supraventricular, que revirtió con Amiodarona", y que el día 14 de junio de 2006 la trasladan al "Y" para realizar un TAC craneal urgente para descartar patología vascular por bradipsiquia, aunque la exploración neurológica es rigurosamente normal. Al día siguiente es valorada por el psiquiatra del centro por la lentitud psíquica y mental que presenta, quien refiere que su estado puede estar en función con el posoperatorio de cadera y le pauta medicación. A partir del día 16 se le instaura tratamiento con dieta blanda, sin sal y más medicación; el día 17 avisan al médico de guardia por somnolencia y bajo nivel de conciencia, que interpreta secundario a la medicación, suspendiéndose ésta; la paciente empeora y fallece.

5. Con fecha 17 de julio de 2007, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto suscribe el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él, tras una descripción de la asistencia prestada a la perjudicada, que fue trasladada al Servicio de Urgencias del "Y" tras caída casual en su domicilio, y diagnosticada de fractura de cuello del fémur izquierdo, es remitida a la Unidad de Ortogeriatría del "X", donde, el 8 de junio de 2006, es sometida a una artroplastia de cadera y unos días después -el 17- fallece, sin que se conozca la causa de la muerte. Afirma que en el posoperatorio, "en contra de lo manifestado por los reclamantes, la paciente en ningún momento presentó clínica típica de hemorragia suprarrenal, cuadro extremadamente raro e infrecuente, con escasas referencias bibliográficas, generalmente diagnosticable post mórtem, pues, en primer lugar, la hiponatremia que se menciona como patognomónica de esta entidad, fue transitoria y limitada al día 8 de junio de 2006, desapareciendo definitivamente tras la administración de cloruro sódico; en segundo lugar, porque el dolor abdominal apareció al final del proceso,

mostrando las exploraciones seriadas un abdomen blando depresivo y dudosamente doloroso, sin rebote ni puntos reflejos dolorosos, que ni hizo pensar en un cuadro hemorrágico, ni plantearse la realización de otros estudios (...). El cuadro de deterioro cognitivo es explicable en pacientes de edad, posoperados, en un medio extraño, como el hospitalario. Este cuadro fue objeto de estudios por los servicios adecuados, realizándose las pruebas complementarias indicadas, sin encontrar causa orgánica que los explicase, aunque los hallazgos cerebrales de la necropsia podrían justificarlos". Añade, "respecto a la causa de la muerte", que "si bien el estudio necrótico orienta hacia una hemorragia suprarrenal bilateral masiva, señala además, entre otros diagnósticos, los de tromboembolismo pulmonar e infarto pulmonar izquierdo, que pudieran haber actuado como desencadenantes del fallecimiento, al menos con las mismas probabilidades que la entidad mencionada anteriormente. En todo caso una y otros son imprevisibles e inevitables y tienen altas tasas de mortalidad". Concluye que la actuación de los profesionales intervinientes ha sido ajustada a la lex artis y que el fallecimiento de la perjudicada aconteció "de forma súbita sin ningún signo o síntoma previo que hiciera prever tan lamentable desenlace".

**6.** Mediante escritos de 20 de julio de 2007, se remite copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del SESPA y de todo el expediente a la correduría de seguros.

**7.** Con fecha 1 de octubre de 2007, una asesoría privada, a instancias de la entidad aseguradora, emite informe suscrito por cuatro especialistas en Medicina Interna. En él, una vez reseñados los hechos, se analizan los hallazgos del informe de autopsia, y manifiestan que no se puede asegurar cuál fue la causa final de la muerte, si la embolia pulmonar o la hemorragia suprarrenal. Respecto a la embolia, alegan que "no se conoce bien la incidencia en la población general, pero se ha estimado que ocurren 60 casos de embolia pulmonar fatal por cada 100.000 habitantes y año. La incidencia aumenta con la edad" y existen factores de riesgo, incluyendo los congénitos, y factores

desencadenantes, entre los cuales los más frecuentes son la cirugía y la inmovilización, y que, dentro de la cirugía, el factor de riesgo más importante se encuentra en la de cadera, que es la que se le realizó a esta paciente. A continuación enumeran los signos más frecuentes de la embolia pulmonar y añaden que “esta paciente no presentó en ningún momento sintomatología sugestiva de embolismo pulmonar”. En cuanto a la hemorragia suprarrenal, la califican de “rara entidad, potencialmente mortal”, y alegan que la paciente sólo presentó síntomas inespecíficos, pero ninguno de los orientadores de dicha patología, “ya que la tensión arterial fue normal hasta el último día de vida en que apareció hipotensión (...), y aunque apareció transitoriamente hiponatremia ésta no iba asociada a hiperpotasemia (...). Por otro lado, la hiponatremia desapareció en análisis posteriores”. Añaden que “la actuación seguida con esta enferma fue correcta ya que la única manifestación que presentaba hasta el último día de vida era la alteración de la conciencia, la cual fue evaluada por especialistas en Medicina Interna, Neurología y Psiquiatría y se realizó un TAC craneal que fue normal. Esta normalidad (...) en presencia de un sodio bajo explicaba inicialmente la alteración de la conciencia y no era necesario hacer más exploraciones (...). Las manifestaciones que presentaba no sugerían ni orientaban hacia una embolia pulmonar ni hacia una insuficiencia suprarrenal aguda”, y afirman que no se puede asegurar que dichas afecciones existiesen en días anteriores a la muerte, sino que “pudieron aparecer el último día y ocasionar entonces la muerte”.

**8.** El día 18 de octubre de 2007 se notifica a uno de los interesados la apertura del trámite de audiencia y vista del expediente, remitiéndole una relación de los documentos obrantes en él. Con fecha 19 de octubre de 2007 se persona otro de los reclamantes en las dependencias administrativas y obtiene una copia del mismo, compuesto en ese momento por doscientos veintidós (222) folios, según consta en la diligencia extendida al efecto.

**9.** Con fecha 6 de noviembre de 2007, se presenta en el registro del Ayuntamiento de Gijón un escrito de los interesados en el que solicitan que se

les conceda una prórroga del trámite de alegaciones y la práctica de diversas pruebas, como son, que se transcriban a máquina los documentos del expediente que están escritos a mano e informes del cirujano y anestesista que desarrollaron la intervención, del “responsable del servicio de caderas” y de los Servicios de Traumatología y de Medicina Interna. Mediante escrito notificado a los reclamantes el día 4 de diciembre de 2007, el instructor del procedimiento les comunica, mediante Resolución motivada en cada uno de los puntos, la denegación de las pruebas interesadas y la prórroga del plazo para formular alegaciones por un periodo de siete días “desde el recibo del presente escrito”.

**10.** Con fecha 13 de diciembre de 2007, los reclamantes presentan en el registro del SESPA un escrito de alegaciones en las que, en primer lugar, insisten en las pruebas que habían solicitado y les fueron denegadas, por cuanto “con su denegación se imposibilita a esta parte una adecuada defensa de sus postulados” y, en segundo lugar, insisten en la existencia de responsabilidad de la Administración, concluyendo que la única patología que presentaba la perjudicada cuando ingresó era fractura de cadera y, sin embargo, tras la operación comienza su deterioro. Consideran que existe relación de causa efecto entre la actuación de la Administración sanitaria y la muerte de la paciente, y que se infringió la *lex artis* al no realizarle todas las pruebas posibles, “pues el dolor abdominal puede ser síntoma de otras causas potencialmente (...) mortales, pero que con la prueba de imagen se podrían descartar”. Adjuntan informe clínico privado, emitido el día 13 de noviembre de 2007 y para el cual se han tenido en cuenta los documentos de la historia clínica de la paciente. En él consta que ésta “fallece más de un año antes de emitirse este informe”. Recoge como impresión diagnóstica “artroplastia total de cadera./ Exitus en el posoperatorio por hemorragia suprarrenal masiva que determinó insuficiencia suprarrenal aguda no tratada”. Argumenta que “es cierto que la insuficiencia suprarrenal aguda es un cuadro poco frecuente y de difícil diagnóstico” y que “las alteraciones de esta paciente (...) no tenían por qué orientar inequívocamente hacia el diagnóstico (...) de hemorragia suprarrenal, pero sí a la realización de TAC abdominal que hubiese encontrado

la causa del cuadro y permitido su tratamiento” y añade que la hemorragia “podría haber sido tratada y es muy probable que la administración de corticoides hubiese permitido sobrevivir a la perjudicada”.

**11.** Con fecha 18 de enero de 2008, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella afirma que la actuación de los profesionales en el caso que nos ocupa fue correcta y ajustada a la *lex artis ad hoc* y que la causa más probable de alteración de la conciencia que presentaba la paciente era la encefalopatía vascular isquémica que padecía, agravada por la situación hemodinámica por la aparición de episodios de taquicardia supraventricular.

**12.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 7 de febrero de 2008, registrado de entrada el día 12 del mismo mes, 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 y Servicios Sanitarios, cuyo original adjunta.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

**PRIMERA.-** El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

**SEGUNDA.-** Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), alguno de los interesados -al menos el cónyuge viudo y los hijos- están activamente legitimados para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron. Por tanto, sin necesidad de que efectuemos un pronunciamiento concreto sobre el conjunto de los interesados, hemos de avanzar en el análisis del resto de los requisitos que conforman la responsabilidad patrimonial.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

**TERCERA.-** En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 142.5 de la LRJPAC dispone que “En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”. En el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 8 de junio de 2007 y el fallecimiento cuyo resarcimiento moral pretenden los interesados se produjo el día 17 de junio de 2006, por lo que es claro que fue formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

**CUARTA.-** El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC, y, en su desarrollo, en el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Procedimiento de tramitación al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás

entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

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

No obstante, hemos de señalar que la comunicación dirigida a los interesados, en los términos de lo dispuesto en el artículo 42, apartado 4, de la LRJPAC, incurre en error respecto a la determinación del *dies a quo* para el cómputo del plazo máximo de resolución y notificación del procedimiento, que no puede iniciarse, como se indica en la misma, "el día siguiente al de recibo de la presente notificación", sino, de acuerdo con el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial, "desde que se inició el procedimiento". En el supuesto concreto que analizamos, el procedimiento se inició a instancia de parte -a solicitud de las personas interesadas y no de oficio por la Administración- y, por tanto, de conformidad con lo establecido en el artículo 42, apartado 3, de la LRJPAC, el plazo máximo en el que habría de notificarse la resolución expresa se cuenta desde la fecha en que la solicitud haya tenido entrada en el registro (legalmente constituido) del órgano competente para su tramitación.

Por último, se aprecia que ha sido rebasado el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. Recibida la reclamación en el registro de la Administración del Principado de Asturias el día 8 de junio de 2007, se concluye que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo, el día 12 de febrero de 2008, el plazo de resolución y notificación ha sido sobrepasado. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.4, letra b), de la referida LRJPAC.

**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 139 de la LRJPAC 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, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos”. 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 141 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

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

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

**SEXTA.-** Fundan los interesados su solicitud de indemnización de daños morales en la defectuosa asistencia sanitaria prestada a la perjudicada en los dos hospitales públicos donde es atendida para ser intervenida de artroplastia de cadera el día 8 de junio de 2006, sufriendo en el posoperatorio un deterioro progresivo hasta su fatal desenlace el día 17 de ese mismo mes.

No habiendo duda del fallecimiento por el que se reclama, ni del luto que éste haya causado a los reclamantes, ello no supone necesariamente la existencia de un daño moral que implique un resarcimiento económico a cargo de la Administración.

Los interesados fundamentan su reclamación en la existencia de relación de causalidad entre la muerte de la enferma y la actuación de la Administración sanitaria, pues “la negligencia se produciría tanto por no diagnosticarse la lesión que da lugar a la muerte, como en el caso de que la lesión se produjera como consecuencia de la operación realizada, pues se entiende un daño desproporcionado”.

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

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por los reclamantes 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.

En el presente caso, se deduce de lo actuado en el procedimiento que la paciente sufre una caída en su domicilio el día 5 de junio de 2006 y que acude al Servicio de Urgencias del "Y", desde donde, tras ser diagnosticada de fractura de cuello femoral izquierdo, es remitida al "X" para ser sometida a una operación de artroplastia de cadera. Ingresa ese mismo día y es intervenida, previa firma de los consentimientos informados para prótesis articular del miembro inferior y de anestesia general, el 8 de junio de 2006.

En ninguno de los informes incorporados al expediente se pone en duda la oportunidad de la intervención quirúrgica a la que la paciente es sometida. Sin embargo, si bien desde el punto de vista ortopédico, tal y como se desprende del informe del "X" de fecha 17 de junio de 2006, el posoperatorio transcurre dentro de la normalidad, con correcta evolución de la cicatrización de la herida quirúrgica, sin presentar signos infecciosos o inflamatorios, y comenzando sedestación el 2.º día, desde el punto de vista de su estado general presenta ya en el posoperatorio inmediato un deterioro progresivo del nivel de conciencia, con desorientación y una lentitud psíquica o bradipsiquia, sin localización neurológica. Según resulta del informe del Jefe de la Sección de COT, de 21 de junio de 2007, en ese momento la paciente presenta una taquicardia que remite sin problema con la medicación.

En cuanto al deterioro señalado, el seguimiento inicial se hace desde el Servicio de Medicina Interna del hospital donde ha sido intervenida, destacando en las hojas de evolución y seguimiento de la enferma durante el tiempo que permanece ingresada que se encuentra afebril durante todo el posoperatorio, que las exploraciones físicas están dentro de la normalidad y que se le hacen hasta tres analíticas completas, una radiografía de tórax, una ecografía y un TAC craneal, siendo todos ellos normales.

Los reclamantes manifiestan que no conocen la causa de la muerte de su causahabiente hasta el informe de autopsia, donde se diagnostica una hemorragia suprarrenal, y añaden que no fue “sospechada en ningún momento por los servicios médicos del SESPA”. A la vista del informe emitido por el Servicio de Anatomía Patológica del “Y”, comprobamos que efectivamente la “probable causa de la muerte” fue la hemorragia suprarrenal bilateral; sin embargo existen otros nueve diagnósticos en dicho dossier, “microinfartos cerebrales entre 1 y 2 semanas de evolución, tromboembolismo pulmonar, infarto pulmonar izquierdo, esplenitis reactiva, hígado de estasis, cistitis erosiva, arteriosclerosis, nefroangioesclerosis o tiroiditis inespecífica”, y de los informes obrantes en el expediente se desprende que alguno de los mismos pudiera haber sido determinante en el brutal deterioro de la paciente, causándole la muerte. En concreto, el Inspector de Prestaciones Sanitarias firmante del informe técnico de evaluación destaca que tanto el tromboembolismo pulmonar como el infarto pulmonar izquierdo pudieron haber actuado como desencadenantes del fallecimiento, “al menos con las mismas probabilidades” que la hemorragia suprarrenal, y añade que, en todo caso, dichos diagnósticos “son imprevisibles e inevitables y tienen altas tasas de mortalidad”.

En el mismo sentido, el informe emitido a instancias de la compañía aseguradora por cuatro especialistas en Medicina Interna pone de manifiesto que no se puede asegurar cuál fue la causa final de la muerte, si la embolia pulmonar o la hemorragia suprarrenal. Respecto a la embolia pulmonar, estiman que ocurren 60 casos de embolia pulmonar fatal por cada 100.000 habitantes y año, que la incidencia aumenta con la edad y que existen factores de riesgo y factores desencadenantes, entre los cuales, los más frecuentes son la cirugía y la inmovilización, y que, dentro de la cirugía, la de mayor riesgo para embolia pulmonar es la de cadera, que es la que se le realizó a esta paciente. Tras enumerar los signos más frecuentes de la embolia pulmonar, concluyen que “esta paciente no presentó en ningún momento sintomatología sugestiva de embolismo pulmonar”. En cuanto a la hemorragia suprarrenal, todos los informes, tanto los aportados por la Administración como el presentado por los reclamantes, coinciden en señalar que se trata de una

entidad rara, infrecuente, de difícil diagnóstico y potencialmente mortal, añadiendo el Inspector Médico que generalmente se determina “post mórtem”. Por su parte, el informe de la asesoría privada subraya que la paciente no presentaba síntoma alguno orientador de dicha patología, ya que la tensión arterial fue normal hasta el último día de vida, y afirma que no se puede asegurar que las afecciones que figuran en la autopsia existiesen en días anteriores y que “pudieron aparecer el último día y ocasionar entonces la muerte”.

En cuanto a la asistencia sanitaria que se presta a la perjudicada, destacan los reclamantes en su escrito inicial las bajas cifras de sodio que presenta, añadiendo que ese síntoma se da en el 90% de los casos de hemorragia suprarrenal. Pues bien, examinada la documentación incorporada al expediente, en particular las anotaciones realizadas en la historia clínica de la paciente y los informes emitidos por el Servicio de Medicina Interna, por el Jefe de Sección de COT y por el Inspector Médico, se comprueba que los niveles de sodio estaban levemente por debajo de la normalidad el día 8 de junio de 2006, que se normalizaron al día siguiente tras la administración de cloruro sódico y que continuaron bien los días posteriores.

Los interesados afirman que el informe privado que adjuntan sostiene que de la documentación facilitada por la Administración se deduce una negligencia médica, pues en ella se constata que a la paciente no le practicaron una serie de pruebas que, a su juicio, eran aconsejables y que, si bien los síntomas que presentaba “no tenían por qué orientar inequívocamente hacia el diagnóstico (...) de hemorragia suprarrenal”, sí hubiese sido determinante la realización de un TAC abdominal que encontrase la causa del cuadro, lo que hubiera permitido su tratamiento, añadiendo, respecto a la hemorragia, que “podría haber sido tratada y es muy probable que la administración de corticoides hubiese permitido sobrevivir a la perjudicada”. Dichas afirmaciones no se basan en datos objetivos, sino que se hacen sin haber reconocido a la paciente durante su enfermedad, y son emitidas más de un año después de su fallecimiento y a la vista del diagnóstico que figura en el informe de autopsia

del "Y", careciendo pues de la suficiencia técnica necesaria para que se los pueda considerar prevalentes.

Respecto a la patología abdominal, verificamos, tal y como se desprende del informe técnico de evaluación, que el dolor de abdomen aparece al final del proceso, en concreto el día 15 de junio de 2006, y que en las exploraciones de dicho día y de los días 16 y 17, según figura anotado tanto en las hojas de evolución de la paciente como en las observaciones de enfermería, éste no presenta anomalías, desapareciendo el dolor al día siguiente de su aparición.

De ello se desprende que no estamos ante una complicación específica de la cirugía practicada, sino que se ha producido un deterioro progresivo de la salud de la paciente durante los doce días que ha durado su ingreso hospitalario, en los cuales la enferma ha sido seguida y tratada por médicos especialistas de los Servicios de Medicina Interna, Neurología, Geriátrica y Psiquiatría, coincidiendo todos los profesionales intervinientes en que la única manifestación de alarma que presentaba era la alteración de conciencia; deterioro cognitivo que, a la vista de las exploraciones físicas y de los análisis y pruebas que se le practican, que no demuestran causa orgánica que lo justifique, es explicable en pacientes de cierta edad posoperados, por lo que es diagnosticada de síndrome confusional hipocinético, que se caracteriza precisamente por una alteración del nivel de conciencia y es un problema especialmente prevalente en unidades ortopédicas y quirúrgicas de los hospitales.

No parece, pues, que exista una dejación en la prestación de la asistencia sanitaria de la paciente, desgraciadamente fallecida, que nos pudiera llevar hasta un funcionamiento anormal de la Administración, máxime cuando los síntomas que presentaba eran propiamente los de alteración de conciencia, ya que no mostraba ningún otro signo alarmante de los consignados como causas del fallecimiento en el informe de autopsia.

En consecuencia, al no existir en el expediente dato alguno que permita apreciar una negligente actuación de los profesionales, sino al contrario, que la atención prestada ha sido conforme a la *lex artis*, el resultado no deseable y que se imputa al servicio público no puede hacerse derivar de una inadecuada

atención sanitaria, sino que se trata de la consecuencia natural, imprevisible e inevitable de una de las patologías raras, fatales, infrecuentes y silenciosas, pues no manifestó sintomatología sospechosa, que son diagnosticadas desgraciadamente post mórtem, pero que no puede imputarse a la Administración, pues ha quedado acreditado que ésta ha puesto todos los medios a su alcance para el diagnóstico y tratamiento de cuantos síntomas iba presentando la paciente.

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.