

Expediente Núm. 196/2008  
Dictamen Núm. 380/2009

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

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

Secretario General:  
*García Gallo, José Manuel*

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 5 de noviembre 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 23 de septiembre de 2008, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por los daños derivados de la asistencia sanitaria recibida en diversos hospitales públicos.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 10 de abril de 2008, la interesada presenta en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños derivados del fallecimiento de su hijo, que atribuye al funcionamiento de dos hospitales públicos.

En su escrito refiere que el “día 13 de abril de 2007 (...) dio a luz (...) a un varón” en el Hospital `X´, cuando “ya había salido de cuentas, con el riesgo que ello conlleva”, sin que los médicos actuaran de forma adecuada en orden al control de su embarazo, que, según afirma, era de riesgo por ser primigesta y

menor de edad, ni provocaran el parto. Añade que “los médicos que atendieron al recién nacido (...) no encontraron en el mismo problema físico alguno que amenazase su salud. Sin embargo, a las pocas horas (...), el pequeño comenzó a mostrar síntomas que indicaban (...) un deterioro importante en su estado físico”, ante lo cual los servicios del Hospital “X” “no reaccionaron adecuadamente”, dado que no lo trasladaron a la planta de Neonatología hasta el día 15 de abril, aunque presentaba “bradicardia sinusal y cianosis”. Con mucha tardanza y “por sospecha de cardiopatía decidieron el mismo día trasladar al recién nacido” al Hospital “Y”, sin que conste que dicho traslado “se realizase con intubación ni con las medidas adecuadas a su delicado estado”, a pesar de que “el niño había sufrido episodios de taquipnea y tiraje, así como cianosis peribucal”. No consta tampoco que en el Hospital “X” “se le realizaran suficientes exploraciones metabólico-renales ni hemodinámicas”.

Continua relatando que, “una vez en el Hospital “Y” (...), procedieron a realizarle una intubación tardía que (...) no fue adecuada para mejorar su situación, la cual fue empeorando progresivamente”. Manifiesta que no le consta “que se le hayan realizado al recién nacido las pruebas necesarias para determinar sus dolencias ni pautarle tratamiento preciso con las dosis adecuadas”, y que no fueron “debidamente atajados” los síntomas de deterioro que presentó “en este hospital”, tales como “taquicardia, mala perfusión periférica y descenso del ritmo de diuresis, entre otros” y que desembocaron en su fallecimiento “a las 21:05 horas del día 16-4-2007”.

Considera que el fallecimiento del recién nacido fue consecuencia del deficiente cuidado que recibió en los hospitales en los que estuvo ingresado, con una mala interpretación de los signos y con retrasos y equivocaciones en los tratamientos aplicados, sin que pueda apreciarse ningún elemento que rompa el nexo o relación causal.

Solicita una indemnización de noventa mil euros (90.000 €), con la debida actualización, e intereses.

Como prueba documental, acompaña copia del Auto dictado por el Registro Civil de Avilés el día 21 de septiembre de 2007, que acuerda la inscripción del hijo de la reclamante en el mismo y de su certificado de

defunción, e interesa la incorporación al expediente de la documentación relativa al parto y al posterior tratamiento del niño, así como de la referente al seguimiento de su embarazo.

2. Con fecha 2 de mayo de 2008, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios notifica a la reclamante la fecha en que su solicitud ha sido recibida por el órgano competente, el plazo máximo legalmente establecido para la resolución -y notificación- del procedimiento, así como los efectos que pueda producir el silencio administrativo.

3. Mediante escritos de 25 de abril de 2008, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto solicita a la Gerencia del Hospital "X" una copia de las historias clínicas de la reclamante y de su hijo, así como un informe de los médicos intervinientes en el proceso asistencial, y a la Gerencia del Hospital "Y" una copia de la historia clínica del niño y un informe de los médicos que lo atendieron.

4. Con fecha 25 de abril de 2008, la Directora Médica del Hospital "X" remite al Servicio instructor una copia de la historia clínica de la reclamante y de su hijo.

En la primera figuran, entre otros, los siguientes documentos: a) Hojas de curso clínico del Servicio de Obstetricia del Hospital "X", en las que consta que acude para control del embarazo por su MAP y que le habían realizado pruebas en Oviedo. En ellas se refleja, el día 14 de septiembre de 2006, "eco"; el 16 de octubre de 2006, "cribado (-)"; los días 23 de noviembre y 12 de diciembre de 2006, y 9 y 29 de enero, y 20 de febrero de 2007, que se realizaron controles y diversas pruebas; el 7 de marzo de 2007, que acude por urgencias por pinchazos y que es imposible realizarle una amnioscopia; el 14 de marzo de 2007, que refiere "expulsión de líquido"; el 20 de marzo de 2007, que pasa a monitores; y el 13 de abril de 2007, que ingresa por pródromos de parto. b) Hojas de curso clínico de la Unidad de Monitorización de Biofísica Fetal, en las que se anota, el día 21 de marzo de 2007, exploración y monitorización; el 28 de marzo de 2007, que no es posible realizar

amnioscopia; el 4 de abril de 2007, exploración; el 6 de abril de 2007, que acude por "cuadro gastrointestinal de unas 3 horas de evolución" y que la amnioscopia no es posible, permaneciendo ingresada hasta el día siguiente; el 11 de abril de 2007, que la amnioscopia no fue posible. c) Informes del Área de Urgencias del "X", de fechas 10 de septiembre de 2006, por dolor en fosa renal derecha; 5 de noviembre de 2006, por dolor en región suprapúbica; 7 de enero de 2007, en relación con "dolor ocasional en hipogastrio" y "sensación de vientre duro"; 14 de marzo de 2007, por referir "expulsión de líquido", y 6 de abril de 2007, por gastroenteritis, quedando ingresada hasta el día siguiente en el Servicio de Obstetricia. d) Informes ecográficos, fechados los días 30 de agosto, 14 de septiembre y 23 de noviembre de 2006 y 20 de febrero de 2007, realizados el primero de ellos en el "Y" y los restantes en el "X". e) Resultado de diversas pruebas y estudios analíticos efectuados a la interesada durante el embarazo. f) Partograma, en el que consta que se trata de una "gestante 40<sup>+1</sup>" y que a las 12:30 horas del día 13 de abril de 2007 "nace varón vivo". g) Hoja de parto, en la que figura parto espontáneo, peso 3.750 y Apgar 9/10.

En la historia clínica del niño, figuran, entre otros, los siguientes documentos: a) Hoja de exploración del recién nacido a las 22 horas de vida, en la que se aprecia "cefalohematoma parietal izq. Resto normalidad aparente". b) Hojas de curso clínico del Servicio de Neonatología, en las que se anota "neonato de 2 días de vida (...), al auscultarse bradicardia (...) en la exploración (...). Sat O<sub>2</sub> 99% (aire ambiente)". Se decide "ingreso para monitorización y, tras confirmación de la bradicardia, su estudio". Asimismo, se indica que "durante las horas en observación (...) presenta tiraje leve y taquipnea de forma ocasional y sin precisar O<sub>2</sub> suplementario ni empeorar hemodinámicamente, salvo bradicardia cada vez más persistente (...), por lo cual se administra 1 dosis de atropina i.v. Tras ella presenta taquicardia (...). Tras completar todos los estudios anteriores se habla con Neonatología del "Y" para su traslado, sin presentar nuevas incidencias". c) Hojas de observaciones y evolución de enfermería, en las que se recoge el ingreso en Neonatología a las 11:15 horas y el traslado al "Y" a las 17:00 horas. d) Informe del Servicio de Pediatría al alta, por traslado al "Y" el día 15 de abril de 2007, por presentar

bradicardia sinusal y sospecha de cardiopatía, especificándose en la exploración al alta "Sat O<sub>2</sub> 99% con aire ambiente".

5. Durante la instrucción, se ha incorporado al expediente una copia de la historia clínica del niño correspondiente al proceso asistencial desarrollado en el "Y". En ella constan, entre otros, los siguientes documentos: a) Informe clínico del SAMU, en el que se consigna "traslado con SF" y Sat O<sub>2</sub>, a las 17:35 horas, de un 100% y, a las 17:40 horas, de un 99%. b) Hoja de registro de enfermería del SAMU, en la que figura Sat O<sub>2</sub>, a las 17:25 horas, de un 100% y, a las 17:50 horas, de un 100%. c) Hojas de anamnesis y exploración del Servicio de Neonatología, en las que se refleja que el estado físico, tras la exploración, se considera normal y se solicitan "hemograma, (bioquímica), hemocultivo, Rx de tórax y gasometría venosa". d) Hojas de curso clínico del Servicio de UCI Neonatología, en las que se anota, el día 15 de abril de 2007, a las 19:00 horas, que "mantiene saturación sin oxígeno suplementario. Algún cuadro de taquipnea. ACP normal (...). Sin bradicardia./ TA en límites altos de la normalidad (...). No soplos./ Pulsos normales (...). Buena diuresis, hiperglucemia de estrés al ingreso./ Iones normales./ Algo edematoso". Asimismo se refleja dieta "absoluta. Hace 1 deposición con sangre fresca escasa y posible componente melánico./ Abdomen normal (...). Afebril (...). Plaquetopenia", pautándose observación y, en caso de sangrado, nuevo control. Al margen se indica que la enfermera "refiere mínima cianosis peribucal durante 1 episodio de llanto con (...) Sat < 85%". El día 16 de abril de 2007, a las 2:00 horas, se refleja "que tiene temblor fino distal (...). Solicito eco-SNC"; a las 4:30 horas, Cirugía Pediátrica anota "nos solicitan consulta por hacer deposición de sangre roja, sin heces, con algo de moco y sin coágulos. Sospecha clínica de ECN en evolución, con episodio séptico (...). Tiene una placa de abdomen (...) compatible con neumatosis./ Sugerimos seguir el tratamiento de soporte con nueva placa en 6 horas. Según evolución, podría hacerse una punción abdominal y (...) una tinción de Gram"; a las 5:30 horas, que "avisan a las 3:30 h por presentar deposición con sangre roja, fresca, sin coágulos, de cuantía considerable". En la exploración se observa que "está pálido, con

frialdad acra en manos y pies, regular perfusión periférica e hipotónico/hiporreactivo"; se solicita hemograma, bioquímica, PCR, coagulación, Rx de abdomen y valoración por Cirugía Infantil y, "ante la sospecha clínica de ECN se inicia tratamiento (...). Se intuba". También se aprecia taquicardia, hiperglucemia, alteración de la coagulación y abdomen doloroso, pautándose medicación. El mismo día el Servicio de Cardiología Infantil apunta "exploración cardio-circulatoria normal (...). No impresiona de cardiopatía en este momento". El Servicio de Neonatología consigna "no diuresis desde las 20:00 h./ Se sonda, sale orina hemática" (...). Abdomen distendido, aparentemente doloroso. Con defensa. No peristaltismo. Solicitamos eco-abdominal (...). Evolución fatal a lo largo de la tarde, hasta exitus (...). Precisa concentraciones crecientes de Fi O<sub>2</sub> (...). Inicialmente FC estable, realizando a partir de media tarde (...) bradicardias importantes (que) precisan de masaje cardíaco, administración de (...) adrenalina y bicarbonato para restauración de TA adecuada". Presenta "mala perfusión (...), cianosis acra (...). Realiza nuevo episodio de bradicardia (que) no remontó pese a administración de adrenalina (...). Anuria desde las 16:00 h (...). Hiperpotasemia (...). Hiperglucemia (...). Acidosis metabólica muy importante (...). Edematoso al inicio de la tarde (que) aumenta (...) hasta edema generalizado con fóvea. Presenta hematuria franca (...). Distensión abdominal progresiva (...). Afebril. Cuadro compatible con sepsis de mala evolución pese a triple terapia AB (...). A las 21:09, tras 30 minutos de masaje cardíaco (...), dosis sucesivas de adrenalina (...) y bicarbonato (...). Se decide suspender reanimación, siendo exitus./ Se ofrece la realización de necropsia a la familia, que la rechaza". Consta al margen que, "a través de SNG se obtienen restos (...) que impresionan de meconiales. e) Hojas de observaciones de enfermería, en las que se anota, el día 15 de abril, a las 18:00 horas, "aspecto general bueno, activo y llanto vigoroso. No se observa cianosis, no signos de d. respiratoria", y que hace deposición normal abundante; a las 21:00 horas, que "mantuvo buenas ctes. (...). No se observa cianosis (...). Se retira (deposición) en pañal con sangre macroscópica" y "se observa cianosis peribucal leve en reposo". El turno de noche anota "color aceptable (...). No reacciona a estímulos (...). Frialdad de piel./ Hace una deposición de sangre abundante.

Aviso Pediatría. Inicia empeoramiento (...). Se entuba (...). Se hace placa de abdomen. Avisar a Cirugía. Se pautan antibióticos (...). No ha iniciado diuresis". En el turno de mañana (día 16 de abril) se indica "estable durante la mañana. Continúa taquicárdico y taquipnéico. Muy tirado (...). Hace deposición hemática. A las 11:00 h se pone sonda vesical, orina muy hemática. Precisa O<sub>2</sub> (...). SNG a frasco a nivel drenando contenido bilioso muy oscuro". f) Informe del servicio de UVI de Neonatología al alta, por exitus, fechado el día 10 de mayo de 2007, en el que consta que ocho horas después del ingreso, "empeoramiento generalizado, realizando una deposición (de) sangre roja fresca, sin coágulos y abundante, destacando a la exploración frialdad acra con regular perfusión periférica, permaneciendo hipotónico e hiporreactivo (...). Se decide intubación para estabilización del paciente y poder admitir una correcta sedo-analgésia (...). Precisa soporte cada vez mayor a pesar del cual mantiene tendencia a la acidosis respiratoria (...). Asocia taquicardia y mala perfusión periférica con TA en límites bajos de la normalidad. Se asocia dopamina (...) más expansiones de volumen. Normalización de perfusión y de TA, si bien persiste taquicardia. Es valorado por Cardiología Infantil con exploración cardio-circulatoria normal. A lo largo de la tarde empeoramiento de la tensión arterial con mala perfusión periférica que no se consigue mejorar (...). Realiza 2 episodios de bradicardia mantenida que se consigue remontar con masaje cardíaco y bolos de adrenalina más bicarbonato. Entre ellos presenta trazado arritmico con complejos QRS normales. Finalmente, a última hora de la tarde realiza un nuevo episodio del que no se logra recuperar, manteniendo bradicardia extrema pese a medicación administrada y masaje cardíaco, siendo exitus a las 21:05 h (...). Hiperglucemia (...). Hiponatremia (...). Hiperpotasemia (...) que no responde (...). Descenso del ritmo de diuresis con instauración de oliguria franca además de hematuria macroscópica a lo largo de la tarde del 16-4-2007. En las últimas horas anuria total que no respondió (...). Acidosis metabólica que no se logró controlar (...). Distensión abdominal progresiva impresionando de líquido libre en radiografías realizadas, que se confirma en ecografía abdominal, donde no se observan alteraciones visuales ni aire libre. Tras realizar la primera deposición con sangre, realiza a la mañana siguiente otra muy escasa y de las

mismas características. Posteriormente, no nuevas deposiciones. A través de SNG se obtiene material que impresiona de fecaloideo-meconial (...). Ante la sospecha de enterocolitis necrotizante (...) se pauta (...) tratamiento antibiótico. Se recoge cultivo de heces con resultado negativo tanto para virus como para bacterias. En hemocultivo crece estafilococo coagulasa negativo. Se recoge asimismo exudado vaginal materno con resultado normal (...). Alteración de la coagulación (...), por lo que se pauta (...) vitamina K y plasma fresco congelado. Mejoría clínica de la coagulación, si bien no pudo realizarse nueva determinación por dificultades de obtención de muestra. No alteraciones en las otras series hematológicas". Termina informando que "a las 21:05 horas del día 16-4-07, tras realizar maniobras de reanimación avanzadas sin recuperarse latido cardíaco espontáneo ni restauración de la circulación sanguínea adecuada, se decide suspender dichas maniobras de reanimación siendo exitus. Se solicita realización de necropsia a los padres, que es denegada".

**6.** Con fecha 9 de mayo de 2008, la Directora Médica del "X" remite al Servicio instructor los informes emitidos por los Servicios de Pediatría y Ginecología y Obstetricia.

La Jefa del Servicio de Pediatría indica, el 8 de mayo de 2008, que la reclamante no tuvo "una gestación prolongada"; que, tras el nacimiento, el niño "fue explorado por el pediatra a las 22 horas de vida (...), no apreciándose ninguna anomalía"; y que "a las 46 horas de vida (...) se explora de nuevo al bebé, siendo entonces cuando en la auscultación se aprecia una bradicardia (...), sin ningún otro hallazgo patológico (...). En ese momento se decide ingreso en Unidad de Neonatología para comprobar si es una bradicardia mantenida y realizar los estudios pertinentes". A continuación consigna los resultados de los estudios realizados, ante los cuales "se sospechó que pudiera tratarse de una cardiopatía congénita" y se le traslada al "Y". Ese traslado se realiza cuando el bebé "tenía 53 horas de vida, presentando en ese momento una exploración prácticamente normal (...), por lo cual no existía ninguna indicación para que hubiese que `intubarlo´, ya que es una técnica que se realiza cuando el bebé precisa ventilación mecánica por fallo respiratorio,



cardíaco o depresión del sistema nervioso central, no concurriendo ninguno de dichos supuestos en nuestro paciente”.

El informe del Servicio de Ginecología y Obstetricia, de fecha 2 de mayo de 2008, refiere que, tal y como consta en la historia clínica de la reclamante, “la dilatación y el parto fueron rigurosamente normales y no hubo ninguna alteración digna de reseñar”.

**7.** El día 15 de mayo de 2008, el Secretario General del “Y” remite al Servicio instructor una copia del informe del Servicio de Neonatología. En él se hace constar “que en el informe proporcionado a la madre el 10-05-07 se informa con detalle y tiempo (de) todas las actuaciones médicas que se tuvieron con el citado (recién nacido), que revisadas consideramos totalmente correctas (...). Que para mayor esclarecimiento diagnóstico se solicitó la realización de necropsia y nos fue denegado el permiso”.

**8.** Con fecha 20 de mayo de 2008, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él se afirma que “todo el proceso se hizo en dos días (...), utilizando estudios acordes a la patología que el niño presentaba, lo que nos lleva a considerar que la asistencia prestada ha sido correcta”. Añade que ya en la UCI del “Y” “se repitieron estudios, se complementaron con otros más sofisticados de hemodinámica, metabólico-renales, de digestivo, infeccioso y hematológico, siendo la evolución del niño mala”.

En cuanto al embarazo de la reclamante, señala que “la gestación no fue prolongada” y que en ningún caso fue clasificado como “de riesgo”.

Finalmente, concluye que “la actuación de los profesionales, tanto los obstetras que hicieron el seguimiento del embarazo de la madre, como la atención prestada a su hijo, ha sido correcta y ajustada a una buena praxis médica, acorde a los conocimientos actuales y a la lex artis ad hoc”.

9. Mediante escritos de 20 de mayo de 2008, se remite copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente completo a la correduría de seguros.

10. Con fecha 27 de junio de 2008, emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por tres especialistas en Pediatría. En cuanto al embarazo de la reclamante, puntualizan que “el control de la gestación fue adecuado. Se considera que existe un embarazo prolongado cuando la edad gestacional supera las 41 semanas + 5 días. En este caso, la edad gestacional en el momento del parto era de 40 semanas + 1 día (...), es decir, rigurosamente normal”.

Respecto a la alegación de que los servicios del hospital “no reaccionaron adecuadamente” y de que el traslado se hizo con mucha tardanza, aclaran que “el único síntoma objetivo del paciente fue una leve cianosis peribucal detectada cuando ya se encontraba ingresado. La bradicardia no se acompañó de ningún otro síntoma, por lo que difícilmente se puede considerar que hubo una tardanza en la valoración del recién nacido (...). Las saturaciones de oxígeno del paciente eran absolutamente normales (99%), así como el resto de sus constantes, no estando por tanto indicada la intubación. En cuanto a los estudios efectuados, se practicaron todos los necesarios, según se encuentran definidos en los protocolos, con resultados normales en todos ellos. Es decir, en un corto intervalo de tiempo el niño fue adecuadamente valorado, estudiado y tratado. De hecho, la exploración física tanto en el momento del traslado desde el (Y) al (X) como a su llegada a éste fue normal, así como todas sus constantes”.

Por último, en relación con la afirmación de la interesada de que los médicos del “Y” le realizaron al recién nacido una intubación tardía y de que no le practicaron las pruebas necesarias ni le pautaron el tratamiento correcto, sostiene que “cuando el paciente llegó al (Y) estaba asintomático, con exploración física normal y constantes normales. No estaba indicada en ese momento la intubación ni ninguna otra medida. Se realizaron estudios analíticos y radiológicos con resultados normales. Fue también valorado por el cardiólogo

infantil, sin encontrar patología. Horas después el niño presentó un deterioro brusco, desarrollando un fallo multiorgánico a pesar de tomarse las medidas terapéuticas necesarias e indicadas para el manejo de las sucesivas complicaciones que fue desarrollando: intubación, drogas vasoactivas, perfusión de insulina, antibióticos, transfusiones, etc. El tratamiento aplicado fue correcto y ajustado a protocolos". Concluyen que "el paciente (...) nació (...) tras un embarazo controlado y normal, con una edad gestacional normal de 40 semanas + 1 día (...). A las 48 horas de vida se detectó una bradicardia sinusal con cianosis peribucal como único síntoma acompañante. Se ingresó en Neonatología, se realizaron los estudios recomendados en protocolos y se tomaron las medidas terapéuticas oportunas. El proceder médico en el (X) fue, por tanto, correcto y ajustado a lex artis (...). Con la sospecha de cardiopatía congénita, el paciente fue trasladado al (Y), ingresando en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Durante su ingreso, el paciente sufrió un empeoramiento progresivo, desarrollando en pocas horas un fallo multiorgánico que no se consiguió controlar a pesar de todas las medidas terapéuticas aplicadas, que fueron las adecuadas y recomendadas en los protocolos. De nuevo, la actuación de los profesionales fue correcta y ajustada a la lex artis (...). La última causa del fallo multiorgánico y fallecimiento del paciente no llegó a ser establecida y los padres denegaron el permiso para la realización de la necropsia".

**11.** Mediante escrito notificado a la reclamante con fecha 11 de julio de 2008, se le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y se le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente. El día 31 de julio de 2008 se persona en las dependencias administrativas un letrado designado de oficio a petición de la reclamante y obtiene una copia de aquél, compuesto en ese momento por doscientos veintinueve (229) folios, según se hace constar en la diligencia extendida al efecto.

**12.** Con fecha 5 de agosto de 2008, la reclamante presenta en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que se ratifica en su reclamación inicial.

**13.** El día 28 de agosto de 2008, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, manifestando que en los procesos asistenciales llevados a cabo en el "X" y en el "Y" "la actuación de los profesionales fue correcta y ajustada a la lex artis".

**14.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 23 de septiembre de 2008, registrado de entrada el día 26 de ese 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), está la interesada activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

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 10 de abril de 2008, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -el fallecimiento del hijo de la interesada- el día 16 de abril de 2007, 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.

**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.-** La reclamante interesa una indemnización por los daños que padece por el fallecimiento de su hijo, atribuyéndolo a la defectuosa atención prestada en dos hospitales públicos.

La realidad del fallecimiento del niño ha quedado acreditada y, dejando ahora al margen su cuantificación o valoración económica, cabe presumir que aquélla, como madre, ha sufrido un daño moral.

Ahora bien, la mera constatación de un daño surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que el daño alegado tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público.

Como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, 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 sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados favorables en relación con la salud del paciente.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por la reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida. También hemos de señalar que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que ésta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

La perjudicada afirma que no se controló de forma adecuada su embarazo, que califica como de riesgo, y que no se le provocó el parto a pesar de que había salido de cuentas.

En relación con la asistencia que se le prestó a su hijo en el "X", manifiesta que en el momento del parto los médicos que atendieron al recién nacido no encontraron en el mismo problema físico alguno que amenazase su salud, pero que, a las pocas horas, el pequeño comenzó a mostrar síntomas que indicaban un deterioro importante en su estado físico y que los servicios del "X" no reaccionaron adecuadamente, dado que no lo trasladaron a la planta de Neonatología hasta el día 15 de abril de 2007, aunque presentaba bradicardia sinusal y cianosis. Considera que el traslado del niño al "Y", por sospecha de cardiopatía, se hizo con mucha tardanza, sin intubación y sin las medidas adecuadas a su delicado estado, pues había sufrido episodios de taquipnea y tiraje, así como cianosis peribucal, y que no consta que en el "X" se le realizaran suficientes exploraciones metabólico-renales ni hemodinámicas.



Por lo que se refiere a la atención prestada en el "Y", entiende que se le practicó a su hijo una intubación tardía que no fue adecuada para mejorar su situación, empeorando ésta progresivamente; que no se le efectuaron al recién nacido las pruebas necesarias para determinar sus dolencias ni pautarle un tratamiento preciso con las dosis apropiadas, y que no fueron debidamente atajados los síntomas de deterioro que presentó en este hospital, los cuales desembocaron en su fallecimiento a las 21:05 horas del día 16 de abril de 2007.

Estima, en definitiva, que el fallecimiento del niño fue consecuencia de un deficiente cuidado en los referidos hospitales, con una mala interpretación de los signos y con retrasos y equivocaciones en los tratamientos aplicados, sin que pueda apreciarse ningún elemento que rompa el nexo o relación causal.

Sin embargo, la interesada no aporta prueba alguna de las manifestaciones que realiza en relación con la insuficiencia o inadecuación de la actuación médica, teniendo ella, como hemos dicho, la carga de acreditar una infracción de la *lex artis* médica y que ésta ha causado el fallecimiento de su hijo. Por contra, obran en el expediente datos que se oponen a los hechos que relata e informes que avalan el adecuado funcionamiento del servicio sanitario.

Así, consta en el expediente que la reclamante acudió a controles de su embarazo al "Y" y, a partir de septiembre de 2006, al "X" y que, durante el mismo, fue atendida en varias ocasiones en el Servicio de Urgencias de este último hospital, donde se le realizaron diversas pruebas y exploraciones teniendo en cuenta su condición de embarazada. A pesar de lo afirmado por ella, el informe técnico de evaluación aclara que el embarazo no fue clasificado como de riesgo y los tres especialistas en Pediatría sostienen que el control de la gestación fue adecuado. El día 13 de abril de 2006 acude a Urgencias del "X" y, tras un parto espontáneo, da a luz a su hijo a las 12:30 horas. En ese momento, la gestante estaba de 40 semanas y 1 día, por lo que todos los informes obrantes en el expediente niegan que se tratase de un embarazo prolongado.

En cuanto al estado del niño durante su estancia en el "X", no resulta corroborado que los síntomas que se apreciaron revelaran el importante deterioro al que alude la reclamante, ni tampoco un retraso en la decisión de

trasladarlo al "Y". El niño nació a las 12:30 horas del día 13 de abril de 2007, con un Apgar 9/10, según consta en la hoja de control del parto. Había sido explorado a las 22 horas de vida, momento en el que se le apreció un cefalohematoma, sin más incidencias. En una nueva exploración, realizada a las 46 horas de vida, se le observa una bradicardia y se decide su ingreso inmediato en el Servicio de Neonatología del "X" para proceder a su estudio. Dicho ingreso se produce a las 11:15 horas del día 15 de abril de 2007, se monitoriza y se le realizan Rx de tórax, ECG y analíticas. Durante la observación se advierte una bradicardia cada vez más persistente y sospecha de cardiopatía, lo que motiva su traslado al "Y" a las 17:00 horas; es decir, habían transcurrido 5 horas y 45 minutos desde el ingreso en Neonatología del "X", por lo que difícilmente puede apreciarse tardanza en la realización de las pruebas ni en el traslado, como indica la interesada. En la hoja de curso clínico se anota que no había empeorado hemodinámicamente y, por tanto, no consta patología metabólico renal que justifique la necesidad de las pruebas cuya omisión reprocha la perjudicada. Además, los tres especialistas en Pediatría señalan que los estudios efectuados eran todos los exigidos por los protocolos.

Las alegaciones de la reclamante en relación con el, a su juicio, inadecuado modo en que se produjo el traslado del niño quedan desvirtuadas con los informes que obran incorporados al expediente, que confirman lo contrario. En el momento del alta en el "X", el niño presenta saturación de oxígeno del 99% y los informes reflejan la normalidad de las constantes, que mantiene durante todo el traslado -según el informe del SAMU-, por lo que no había indicación para intubarlo. De hecho, ingresa en la UVI de Neonatología del "Y" con aspecto general bueno, sin cianosis y sin signos de dificultad respiratoria, destacando los especialistas en Pediatría que en ese instante no era necesaria la intubación ni ninguna otra medida.

Tampoco queda acreditada ninguna infracción de la *lex artis* durante el ingreso del niño en el Servicio de Neonatología del "Y". De la documentación que obra en el expediente se desprende que se le realizaron al niño múltiples pruebas y un seguimiento continuo durante las horas en que permaneció ingresado, subrayando los especialistas en Pediatría que las medidas

terapéuticas aplicadas fueron las adecuadas y recomendadas en los protocolos, a pesar de lo cual no consiguieron controlar el fallo multiorgánico que desarrolló el paciente, y que la causa del mismo no llegó a ser establecida, pues los padres denegaron el permiso para la realización de la necropsia.

Tanto el informe técnico de evaluación como el emitido por los especialistas en Pediatría sostienen que la actuación de los médicos ha sido correcta, tanto en el seguimiento del embarazo como en el parto de la madre y en el cuidado del hijo. En consecuencia, a la vista de los datos e informes incorporados al expediente, cabe concluir que no se aprecia nexo causal entre el fallecimiento del paciente y el funcionamiento del servicio público sanitario.

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.