

Expediente Núm. 183/2012
Dictamen Núm. 154/2013

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
García Gutiérrez, José María
Zapico del Fueyo, Rosa María
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 25 de julio de 2013, con asistencia de los señores y la señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 4 de julio de 2012, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de su esposa y madre, respectivamente, mientras permanecía ingresada en un centro hospitalario público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 30 de junio de 2011, el reclamante, en su propio nombre y derecho y en nombre y representación de sus hijos, presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de su esposa y madre, respectivamente, mientras permanecía ingresada en el Hospital

Señala que la perjudicada ingresa en el citado hospital el día 19 de abril de 2011 a consecuencia de una caída fortuita, diagnosticándosele una “fractura multifragmentaria del muro anterior, posterior, techo y trasfondo acetabular izdo. y fractura de la rama iliopubiana izda.”, por lo que se la fija intervención quirúrgica para el 26 del mismo mes.

Con fecha 21 de abril de 2011 “comenzó a desorientarse, a decir frases incoherentes y (...) a hinchársele el abdomen”; el día 22 “dejó de orinar”, y el día 23 el médico “comunica a la familia que había pasado la noche muy nerviosa, que había subido el médico de guardia a verla pero que no le había hecho ninguna prueba, que le habían dado unos tranquilizantes y se pasó toda la mañana durmiendo”. Durante la tarde de ese mismo día “estuvo delirando, sin apenas hablar, balbuceando palabras inconexas, sin reconocer a su familia”, y a la “hora de la cena (...) vomitó en cinco ocasiones un líquido marrón oscuro, no la comida (...). Continuaba con el vientre muy hinchado y se quejaba de que le dolía mucho”, por lo que la enfermera “le puso un calmante por vía intravenosa”. Cuando, a las 21:00 horas, “entraron en la habitación dos celadoras a cambiarle el pañal (...) una de ellas comentó (...) que estaba muy preocupada por (la paciente), que llevaba dos días sin orinar y la encontraba muy hinchada”; circunstancia que la familia comentó con la enfermera, que, sin embargo, “continuó en su actitud pasiva”.

El reclamante considera “importante resaltar” que el día 21 de abril “comenzaron las fiestas de Semana Santa y se suspendió la práctica de prueba alguna a la paciente”, siendo denegada su solicitud de que fuera examinada por un psiquiatra. Asimismo, reprocha al equipo de enfermería su falta de profesionalidad y la deficiente atención que dedicaron a la paciente, a la que “tenían con pañal en lugar de con sonda (...), sola en la habitación, con la puerta cerrada y el timbre de llamada lejos de su alcance”.

Con fecha 24 de abril de 2011, a las “1:50 h (...), la médica de guardia llamó a casa (...) para comunicar que nuestra esposa y madre había fallecido de un ataque de ansiedad”. Ese mismo día “la familia se reúne (...) con el doctor”, que les indica que “la explicación del ataque de ansiedad no era correcta y que desconocía el motivo de dicha aseveración (...). Que la paciente había fallecido

a causa de un tromboembolismo graso producido por la fractura; que la agitación que mostraba por las noches era un síntoma de tromboembolismo graso pero que a causa de la depresión que padecía no le habían dado importancia (...). Que cuando le bajó la saturación de oxígeno le hicieron un análisis de sangre donde se veía claramente que era un tromboembolismo graso. Que ese análisis había que completarlo con otro segundo que no dio tiempo a realizar (...). Que estuvieron 40 minutos intentando reanimar a la paciente (...). Que su sobrepeso era un factor de riesgo y que el tromboembolismo graso es muy normal, que es imposible detectarlo y que no se puede hacer nada (...). Que no recomendaba realizar la autopsia, puesto que el diagnóstico era fiable al 100% con la analítica realizada". Precisa, igualmente que el "3 de mayo de 2011 su hija (...) remite burofax a la Gerencia del Hospital (...) solicitando diversa documentación. Con fecha 3 de junio de 2011 (un mes después y tras múltiples llamadas telefónicas reclamándola) le hacen entrega del informe de alta de Urgencias y del informe de hospitalización; en ningún momento se hace entrega de la historia clínica solicitada (...). De una simple lectura de la documentación entregada se desprende claramente que no coincide, en absoluto, con las explicaciones dadas por el doctor" el 24 de abril.

Finaliza manifestando que, "a fecha de hoy, el reclamante y sus hijos todavía no saben de qué falleció su esposa y madre", y concluye que "es evidente que se ha producido un error de diagnóstico y/o médico".

Reclama una indemnización por importe total de ciento sesenta y nueve mil seiscientos diecinueve euros con trece céntimos (169.619,13 €), de los cuales 108.846,51 € corresponderían al cónyuge viudo y 9.070,54 € a cada uno de los hijos mayores de 25 años, incrementadas todas ellas en un 10% de factor de corrección.

Solicita una "copia completa del historial médico" de la perjudicada, precisando que ha de incluir "expresamente la siguiente información (...): Identidad y n.º de colegiado del médico responsable de cada uno de los tratamientos recibidos (...). Documentación clínica (...). Informe del fallecimiento (...). Hojas de órdenes médicas por orden cronológico (...). Hojas de evolución de medicina y enfermería (...). Notas evolutivas de medicina y

enfermería (...). Solicitudes y resultados de pruebas complementarias (...). Exploraciones complementarias (...). Informe del departamento de informática de los diferentes accesos que se hayan producido a los mencionados documentos, haciendo mención especial en caso de haberse eliminado o modificado algún registro previamente recogido en un acceso posterior al de la fecha del día vigente de la historia (...). Emisión de todos los datos que consten en el sistema informático, incluidos prescripción de medicamentos por fecha, diagnósticos realizados”, etc.

Adjunta copia del documento nacional de identidad y del Libro de Familia.

2. Con fecha 4 de julio de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios solicita a la Gerencia del Hospital” una copia de la historia clínica de la perjudicada, así como un informe del Servicio de Traumatología y una certificación de la vinculación de los facultativos intervinientes con el Servicio de Salud del Principado de Asturias.

3. Mediante escrito de 5 de julio de 2011, notificado al interesado el 25 de ese mismo mes, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios le comunica la fecha de recepción de su reclamación en el Principado de Asturias, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

4. Con fecha 18 de julio de 2011, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada para elaborar el informe técnico de evaluación solicita a la Gerencia de Atención Especializada del Área Sanitaria VI una copia de la historia clínica de la perjudicada y un informe del Servicio de Traumatología.

5. El día 20 de julio de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios comunica al reclamante que dispone de “diez días, contados a partir del siguiente al de la recepción de la presente notificación,

para acreditar su representación en el procedimiento en nombre de sus hijos por cualquier medio válido en derecho”.

6. Con fecha 25 de julio de 2011, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto solicita a la Gerencia de Atención Especializada del Área Sanitaria VI un informe de enfermería sobre los hechos objeto de reclamación.

7. Con fecha 9 de agosto de 2011, la Directora Médica del Hospital remite al Servicio instructor una copia de la historia clínica solicitada, así como los informes del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología y de enfermería.

En el informe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, emitido el 25 de julio de 2011, el facultativo que atendió a la perjudicada refiere que esta “ingresa en planta, procedente del Servicio de Urgencias, a cargo del Servicio (...), en la madrugada del día 20-4-2011, tras sufrir un traumatismo por caída casual y con el diagnóstico de fractura de cotilo izdo., con subluxación central de la cabeza femoral + fractura rama isquio-pubiana izda./ Como consta en el registro de enfermería, porta su vía venosa con el correspondiente tratamiento analgésico, además de la profilaxis tromboembólica y la tracción blanda que de urgencia se aplica a todo este tipo de fracturas”.

Señala que el mismo día 20 de abril “se solicita un TAC para valoración complementaria de la fractura y, dada su edad, valoración de tratamiento quirúrgico diferido. Sobre este extremo y (...) la posibilidad de contar con la colaboración de un compañero experto en el tratamiento quirúrgico de este tipo de fracturas complejas de pelvis se informa a la familia el día 22”, aunque puntualiza que “en ningún caso se pospone el tratamiento quirúrgico por este hecho (...), sino que precisamente el tratamiento de este tipo de fracturas se realiza de forma diferida tras la estabilización hemodinámica, la valoración preanestésica y la correcta planificación de la cirugía, que implica la solicitud de material de osteosíntesis `ad hoc`”.

Afirma que “la atención prestada a la paciente no sufrió merma alguna por el hecho de que fuera Semana Santa”, y que no “se dejó de practicar prueba alguna que fuera necesaria”; además, “consta en las anotaciones del

curso clínico (que) cuando refirió algún problema que se consideró de atención urgente fue vista por los facultativos del Servicio de Urgencias”. Se “consideraron las demandas de la familia respecto a la necesidad de realizar una interconsulta al Servicio de Psiquiatría (...), que estaba pendiente (...) en el momento del fallecimiento, pero que en ningún caso fue denegada”.

En la medianoche del día 23 la paciente sufre “una brusca desaturación de oxígeno y una parada cardiorrespiratoria, falleciendo a pesar de las maniobras” de reanimación cardiopulmonar “en la madrugada del día 24-4-2011”.

Respecto a la conversación que mantiene con la familia el día 24 tras el fallecimiento de la paciente, el facultativo hace constar que “es cierto que afirmó de manera rotunda que la causa de la muerte no es un ataque de ansiedad (...). Les comento que (...) la causa más probable del fallecimiento, por la forma en la que se desarrollaron los acontecimientos (...), es un tromboembolismo pulmonar o un embolismo graso. Lógicamente este es un diagnóstico de sospecha basado en la probabilidad y en ningún caso se puede afirmar con total seguridad (...). En lo referente a las pruebas de laboratorio, los primeros resultados hacían sospechar (...) un (tromboembolismo pulmonar). Quedaba pendiente un dímero-D que estaba solicitado pero que tarda cuarenta minutos./ Por supuesto, a pesar de mi sospecha clínica (...), les comenté que estaban en su derecho de realizar la necropsia cuya solicitud estaba cursada y pendiente únicamente de su firma. Tal es así que, finalizada mi conversación con ellos (...), solicitaron la autopsia que horas más tarde revocaron (:..). La agitación psicomotriz, junto con la desorientación, pueden formar parte del cuadro de un embolismo graso cuando son consecuencia de la hipoxemia (...) y por tanto deben de ir acompañadas de una saturación baja de oxígeno que solo se constató y de forma brusca el día del fallecimiento. También se puede presentar en el seno de un (síndrome) ansioso-depresivo como el que presentaba la enferma./ En cualquier caso, sí se les dio la importancia que merecían, y prueba de ello es que fueron (...) objeto de varias llamadas por parte del turno de enfermería y sus correspondientes atenciones por parte del médico de guardia”.

Finalmente, subraya que los tromboembolismos pulmonares “son la tercera causa de muerte en los hospitales, que solo un 30% de los que tienen mal desenlace se diagnostican en vida y que la obesidad, las fracturas de pelvis y miembros inferiores, la inmovilidad prolongada y la edad mayor de 40 años son factores de riesgo muy importantes”.

En el informe de la Directora de Enfermería, elaborado el 3 de agosto de 2011, se hace constar que la paciente, durante su ingreso en la Unidad de Traumatología, “presentaba desorientación y ansiedad”, por lo que los profesionales de enfermería avisaron al médico de guardia “en varias ocasiones durante los diferentes turnos de noche”, y que se le “aplicaron todos los tratamientos pautados tanto por el médico de guardia como por el traumatólogo y se realizaron todos los cuidados de enfermería necesarios”.

Señala que debido a su estado de ansiedad se la ubicó en una habitación situada “frente al control de enfermería con el fin de controlarla mejor y facilitar el descanso al resto de pacientes”, y afirma que el timbre para las llamadas “pende directamente sobre la cama para que los pacientes puedan acceder a él con facilidad”, lo que hizo en “varias ocasiones”, acudiendo a su llamada tanto personal de enfermería como auxiliar.

En cuanto al uso de sondas vesicales, aclara que las enfermeras “no pueden” colocarlas “si no es por prescripción facultativa”, y que el hecho de que los pañales estén secos cuando se cambian “no indica que haya una alteración o problema de retención de orina”, puntualizando que “no es obligatorio quedarse con los pacientes durante la noche, ya que el hospital dispone de los recursos humanos necesarios para garantizar la atención durante todos los turnos de su estancia en el hospital”, pero que quien “desea acompañar a su familiar no precisa autorización o permiso del personal de enfermería”.

Acompaña los escritos de dos enfermeras que atendieron a la paciente, notas de enfermería con las observaciones registradas y una copia del libro de auxiliares.

8. El día 10 de agosto de 2011, un letrado presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito al que acompaña un poder notarial por el que se otorga la representación requerida.

9. Con fecha 26 de agosto de 2011, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él señala que se trata de una "paciente de 63 años con los siguientes antecedentes personales: (hipertensión arterial), alergia a mepivacaína, obesidad, síndrome depresivo (...). El 19-04-2011 acude al Servicio de Urgencias (...) tras sufrir caída casual, se explora (...) y se realiza radiología, siendo diagnosticada de fractura de acetábulo con luxación de cabeza de fémur, se coloca tracción blanda, se cursa estudio preoperatorio y se decide ingreso en el Servicio de Traumatología (...). Una vez ingresada (...) se completa el estudio con un TAC, se efectúa seguimiento por personal facultativo, de enfermería y auxiliar de clínica, suministrándose, entre otros, tratamiento profiláctico antitrombótico con enoxaparina, comentando a la familia la opción quirúrgica el 22-04-2011 (...). Aclara el Servicio de Traumatología que en ningún caso se pospone la intervención, por otra parte habitual en su especialidad, por el hecho de poder contar con un compañero experto, sino que precisamente el tratamiento de este tipo de fracturas se realiza de forma diferida tras la estabilización hemodinámica, la valoración preanestésica y la correcta planificación de la cirugía que implica la solicitud de material de osteosíntesis ad hoc (...). Dirección Médica y Servicio de Traumatología (...) coinciden en afirmar que la atención de la paciente no sufrió merma alguna por el hecho de que fuese Semana Santa (...). Se consideraron las demandas de la familia respecto a la necesidad de valoración de la paciente por Psiquiatría; de hecho, estaba pendiente de realizar interconsulta con este especialista cuando falleció, pero en ningún caso fue denegada (...). Respecto a las causas del fallecimiento, el facultativo de Traumatología manifiesta que indicó a la familia que desde su punto de vista la causa más probable del fallecimiento era un tromboembolismo pulmonar o un embolismo graso y que los primeros resultados de laboratorio hacían sospechar (...) un embolismo

pulmonar, estando pendientes del resultado del dímero-D (...). Hay que señalar que la familia de la paciente inicialmente autorizó la realización de una necropsia y posteriormente la revocó, y el resultado analítico del dímero-D apoya la hipótesis del tromboembolismo como causa del fallecimiento (...). La obesidad, las fracturas de pelvis y miembros inferiores, la inmovilidad prolongada y la edad mayor de 40 años son factores de riesgo muy importantes de tromboembolismo pulmonar y todos ellos estaban presentes en la paciente (...). El hecho de que (...) estuviese en una habitación individual no implica merma alguna en la calidad de la asistencia (...); los timbres de las habitaciones penden directamente sobre la cama para que los pacientes puedan avisar cuando lo precisan” y en el Hospital no hay “restricciones para que la familia pernocte con los pacientes (...), no precisando autorización alguna para acompañar a un familiar”.

10. Mediante escritos de 2 de septiembre de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios remite una 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.

11. Con fecha 19 de octubre de 2011, una Asesora Técnica del Hospital se interesa por el estado de tramitación del expediente.

Mediante escrito de 28 de octubre de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias comunica a la Gerencia del citado hospital que “aún no ha recaído resolución”.

12. El día 27 de diciembre de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios remite un escrito a la Gerencia del Hospital en el que le indica que “disponen de un plazo de 10 días para que efectúen las alegaciones que estimen pertinentes y propongan cuantos medios de prueba consideren convenientes”.

13. Mediante escrito de 16 de febrero de 2012, el Jefe del Servicio instructor comunica al reclamante la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente.

El día 12 de marzo de 2012, el interesado presenta un escrito en el registro de la Administración del Principado de Asturias en el que solicita una copia completa de aquel.

14. Con fecha 22 de marzo de 2012, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios comunica al reclamante la apertura de un nuevo trámite de audiencia por un plazo de quince días y le adjunta una copia del expediente, compuesto en ese momento por ciento cuarenta y siete (147) folios.

15. Transcurrido el trámite de audiencia sin haberse formulado alegaciones, el día 27 de junio de 2012, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Disciplinaria elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella manifiesta que “no ha quedado acreditado que se hubiese producido un error diagnóstico y/o médico, ni que la asistencia prestada a la perjudicada hubiese sufrido merma por coincidir con Semana Santa; de hecho, queda constancia en la historia de la paciente del seguimiento efectuado por personal facultativo y de enfermería. Por otra parte, el tratamiento diferido es habitual en fracturas como la sufrida por la perjudicada, y también se consideró la demanda de la familia respecto a la necesidad de valoración de la paciente por un psiquiatra, lo que contradice lo manifestado” por ellos.

En cuanto a las causas del fallecimiento, señala que “la familia revocó el consentimiento que había otorgado para realizar la necropsia y que los resultados analíticos apoyan la hipótesis del tromboembolismo como causa del fallecimiento, máxime teniendo en cuenta los factores de riesgo que tenía la paciente (obesidad, fractura de pelvis, inmovilidad, edad mayor de 40 años)”.

16. Mediante oficio de 4 de julio de 2012, registrado de entrada el día 10 del mismo mes, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento seguido.

17. Con fecha 24 de octubre de 2012, el Presidente del Consejo Consultivo, "habida cuenta de que la relación de medicamentos que obra en la historia clínica, según el Servicio de Farmacia, como consumidos por la paciente entre la fecha de ingreso" en el hospital, el día 19 de abril de 2011, "y su alta por fallecimiento, el día 24 del mismo mes, no coincide, excepto en dos de ellos -Fentanilo y Lorazepam-, con los pautados por los facultativos (...), según se detalla en las `notas de progreso´ y se constata en las observaciones de enfermería, consideramos necesario que por quien corresponda (se) emita un informe en el que se detallen los medicamentos realmente administrados a la paciente, en especial los que tengan relación con la causa más probable del fallecimiento -tromboembolismo pulmonar-", precisando "los momentos en los que se administró a la paciente `enoxaparina 40 mg´ -4 unidades- que constan como suministradas -folio 109- en la mencionada relación, aunque no así en las notas de progreso". Esta aclaración se estima "de suma importancia, puesto que en el informe técnico de evaluación se afirma que dicha medicación `está indicada en la profilaxis de la trombosis venosa´ entre otros `en pacientes no quirúrgicos inmovilizados´, como es el supuesto que nos ocupa./ Por otro lado, puesto que en el informe del Especialista de Área del Servicio de Traumatología del citado centro hospitalario se afirma que la `agitación psicomotriz junto con la desorientación pueden formar parte del cuadro de un embolismo graso", y dado que la paciente presentaba dichos síntomas los días anteriores a su fallecimiento, consideramos necesario que por quien corresponda, ajeno a la concreta asistencia del caso, se remita un informe sobre los siguientes extremos:/ Si el Servicio de Salud del Principado de Asturias contaba, al momento del ingreso de la perjudicada en el Servicio de Urgencias en el Hospital -19 de abril de 2011- con un protocolo específico de actuación que señalara tanto las pruebas a realizar como el tratamiento a suministrar para un caso como el de la paciente, que permaneció inmovilizada durante los días 20 a

23 de abril tras una fractura de pelvis a la espera de valoración de tratamiento quirúrgico./ Si las pruebas practicadas a la paciente y el tratamiento pautado -el que resulte del informe anterior- son los indicados en función de los síntomas que presentaba./ Teniendo en cuenta su relevancia en orden a la determinación de los hechos, se considera necesario solicitar, junto con el informe citado, la remisión de una copia de los protocolos vigentes en aquellas fechas sobre la materia”.

Mediante escrito de 27 de junio de 2013, V. E. remite “la documentación solicitada”. Entre ella se encuentra el documento denominado “histórico de líneas de prescripción farmacológica de la paciente”, el informe emitido por el Director de Atención Sanitaria y Salud Pública del Área Sanitaria VI el 21 de diciembre de 2012, el informe del Coordinador de Gestión Asistencial de 12 de febrero de 2013 y el informe técnico de inspección realizado el 29 de mayo de 2013.

El “histórico de líneas de prescripción farmacológica de la paciente” relaciona, de modo exhaustivo, la medicación suministrada a la misma durante su ingreso en el centro hospitalario -folios 175 a 184-.

En el informe del Director de Atención Sanitaria y Salud Pública del Área Sanitaria VI consta que “el Servicio de Urgencias del Hospital no cuenta, y no contaba a fecha 19 de abril de 2011, con protocolos específicos diferenciados de actuación, utilizando en todo caso, como referencia, las indicaciones actualizadas de las correspondientes sociedades, principalmente las propias de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias”. Precisa que para la “patología que presentaba la paciente” dichas recomendaciones incluyen “de forma general, como responsabilidad en el tratamiento inicial por parte de los médicos del Servicio de Urgencias, la elaboración de una historia clínica, la valoración específica de la lesión, la solicitud de pruebas de imagen diagnósticas más un estudio preoperatorio una vez alcanzado el diagnóstico, así como la inmovilización precoz con tracción blanda del miembro afectado”.

El Coordinador de Gestión Asistencial señala, el 12 de febrero de 2013, que “el Servicio de Salud no posee protocolo específico y conjunto para los

hospitales de titularidad propia de la red hospitalaria pública del Principado de Asturias” para un supuesto como el que nos ocupa, y añade que los “protocolos de actuación son del ámbito propio de cada hospital y están basados en la evidencia científica disponible y en los protocolos de las sociedades científicas de las distintas especialidades médicas”. Se adjuntan los protocolos de enfermedad tromboembólica venosa de la Sociedad Española de Medicina Interna y, entre otras, la Guía de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología -sobre diagnóstico y manejo del tromboembolismo pulmonar agudo-.

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), están los interesados activamente legitimados para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron, pudiendo actuar por medio de representante con poder bastante al efecto, a tenor de lo establecido en el artículo 32 de la Ley citada.

En orden a un pronunciamiento sobre la legitimación del Principado de Asturias, la primera consideración que debe efectuar este Consejo atiende al carácter del centro al que se refieren los hechos. En este caso, el reproche de los reclamantes se dirige exclusivamente al funcionamiento del Hospital por una asistencia prestada en el año 2011.

La Ley del Principado de Asturias 2/2010, de 12 de marzo, dispuso la integración de este hospital en el Servicio de Salud del Principado de Asturias en régimen de gestión directa. Sin embargo, hasta la fecha de entrada en vigor de esta Ley el centro era privado, si bien, como ha puesto de relieve este Consejo con ocasión de dictámenes anteriores, se encontraba vinculado a la red hospitalaria pública mediante un convenio singular suscrito el 10 de mayo de 2004 con el Servicio de Salud del Principado de Asturias; en virtud del mismo, dicho hospital -clasificado como Hospital de Área por Resolución de 7 de abril de 2003, de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, de conformidad con lo establecido en el Decreto 71/2002, de 30 de mayo- prestaba atención especializada médica, quirúrgica o médico-quirúrgica a los usuarios del Sistema Nacional de Salud en las condiciones en él establecidas. En el supuesto examinado, como se deduce de los antecedentes expuestos, la atención prestada a la interesada -abril 2011- se produjo después de la entrada en vigor de la Ley 2/2010 (que tuvo lugar el día 20 de marzo de 2010, de conformidad con su disposición final segunda) y, con independencia de la culminación o no del proceso de integración en cumplimiento de la mencionada ley, entendemos que la paciente ha sido atendida como beneficiaria del sistema sanitario público.

El Principado de Asturias, por tanto, está pasivamente legitimado en cuanto titular del servicio público sanitario.

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 30 de junio de 2011, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -el fallecimiento de la perjudicada- el día 24 de abril de 2011, 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.

Sin embargo, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.3, 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.- Los reclamantes, esposo e hijos de la perjudicada, pretenden ser indemnizados como consecuencia de la muerte de esta al sostener que se ha producido un error de diagnóstico que condujo finalmente a su fallecimiento. Asimismo, reprochan la asistencia sanitaria dispensada por el personal de enfermería, que se les haya denegado una consulta con el Servicio de Psiquiatría y la información facilitada por los facultativos en cuanto a la causa de la muerte.

El óbito ha quedado acreditado y, dejando ahora al margen la cuantificación o valoración económica que, en su caso, deba efectuarse, cabe presumir que han sufrido un daño moral que reúne los elementos necesarios para legitimar el ejercicio de la reclamación de responsabilidad patrimonial que examinamos.

Apreciada la existencia de unos daños reales, efectivos, individualizados y evaluables económicamente, debemos analizar si aquellos se encuentran causalmente unidos al funcionamiento del servicio público sanitario y si han de juzgarse antijurídicos.

No obstante, antes de efectuar cualquier consideración en relación con el supuesto objeto de consulta, hemos de recordar, como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo en anteriores dictámenes, que 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 un paciente con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica y sanitaria 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.

Este criterio se extiende a la totalidad del servicio público sanitario, y por tanto a la fase de diagnóstico, sin quedar circunscrito a la del tratamiento médico del paciente, sin que ello comporte el derecho de este a que se le garantice un diagnóstico acertado y precoz, sino a que se le apliquen las técnicas precisas disponibles en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento. La declaración de responsabilidad se vincula, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado -aunque no siempre pueda garantizarse que este sea exacto- de los síntomas manifestados.

También ha subrayado este Consejo 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 esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

Los interesados sostienen en su reclamación la existencia de un “error de diagnóstico y/o médico” que concretan en la actuación llevada a cabo por los sanitarios del Hospital” desde el ingreso -el 19 de abril de 2011- a consecuencia de una caída fortuita hasta el día del fallecimiento -24 del mismo mes-. Manifiestan que en un primer momento se le “realiza radiografía y un preoperatorio”, y al día siguiente “un escáner y se procede a colocarle una tracción de 5 kilos en la pierna izquierda”, añadiendo que el traumatólogo les explica que “al tratarse de una fractura muy complicada (...) iba a esperar a que se incorporase al hospital un facultativo más experto para que le ayudara en la operación”. Al respecto, consideran “importante resaltar que el jueves 21

de abril de 2011 comenzaron las fiestas de Semana Santa y se suspendió la práctica de prueba alguna a la paciente” y refieren que el “equipo de enfermeras (...) se quejaba constantemente a toda la familia (...) de las ‘malas noches’ que (...) les hacía pasar”, con “muchísima agitación”, por lo que decidieron “ponerla sola en una habitación, desaconsejando a la familia el que se quedara uno de ellos a pernoctar con ella debido a la poca importancia de la dolencia”. Detallan que ese “mismo jueves 21 de abril, por la tarde, la paciente comenzó a desorientarse, a decir frases incoherentes y (...) a hincharse el abdomen”, y que consultado con la “enfermera de turno, informó que ello era debido a los efectos de los calmantes”; el viernes 22 “dejó de orinar, su hija (...) pasó toda la tarde con ella y le comprobaba el pañal cada poco (...), el cual siempre se encontraba limpio (...), continuaba con el abdomen muy hinchado”; el “sábado 23 (...) el médico (...) comunica a la familia que había pasado la noche muy nerviosa (...), que le habían dado unos tranquilizantes”. Afirman que la paciente “continuaba sola en la habitación, con la puerta cerrada y el timbre de llamada lejos de su alcance”; que durante toda “la tarde del sábado (...) estuvo delirando, sin apenas hablar”, y que comentados “dichos extremos con la enfermera de turno respondió que era habitual en la gente mayor, pero que no nos preocupáramos porque (...) se encontraba perfectamente”.

Los interesados sostienen que solicitaron “una interconsulta con el psiquiatra para que la examinara el lunes, que resultó denegada”; ese mismo día, “a la hora de la cena (20:00 h), la paciente tuvo algún momento de lucidez, vomitó en cinco ocasiones un líquido marrón oscuro”, y la enfermera les indica “que era por la medicación”, pero “ni siquiera entró a verla”. Manifiestan que continuaba “con el vientre muy hinchado y se quejaba de que le dolía mucho”; tras llamar de nuevo “la atención de la enfermera”, esta “le puso un calmante por vía intravenosa”; a las “21:00 h de ese día (sábado 23 de abril de 2011) entraron en la habitación dos celadoras a cambiarle el pañal, el cual continuaba seco. Una de ellas comentó (...) que estaba muy preocupada”, ya que la paciente “llevaba dos días sin orinar y la encontraba muy hinchada”. El domingo 24 de abril la “médica de guardia llamó a casa (...) para comunicar que (...) había fallecido de un ataque de ansiedad”. Por último, dejan constancia de que

el día 24 de abril les informan que la “explicación del ataque de ansiedad no era correcta”, que había fallecido “a causa de un tromboembolismo graso producido por la fractura; que la agitación que mostraba por las noches era un síntoma de tromboembolismo graso, pero que a causa de la depresión que padecía no le habían dado importancia”; que cuando “le bajó la saturación de oxígeno le hicieron un análisis de sangre donde se veía claramente que era un tromboembolismo graso. Que ese análisis había que completarlo con otro segundo que no dio tiempo a realizar”, y que “el tromboembolismo graso es muy normal, que es imposible detectarlo y que no se puede hacer nada”.

Sin embargo, y pese a que les incumbe la carga de la prueba de las imputaciones que realizan, los reclamantes no han desarrollado la menor actividad probatoria. En consecuencia, este Consejo Consultivo debe formar su juicio sobre la adecuación a la *lex artis* de la asistencia sanitaria prestada a la perjudicada sobre la base de la documentación que obra incorporada al expediente, y que ha sido aportada por la Administración sanitaria.

Con relación a los reproches de la atención recibida por parte de las enfermeras y auxiliares de enfermería durante la estancia hospitalaria de la paciente, a diferencia de lo manifestado por los interesados, en el informe emitido por la Directora de Enfermería el 3 de agosto de 2011 se afirma que, si bien “presentaba desorientación y ansiedad desde su llegada a la Unidad”, se avisó “al médico de guardia en varias ocasiones durante los diferentes turnos de noche, que le pautó el tratamiento correspondiente”, añadiendo que el “personal de enfermería” aplicó “todos los tratamiento pautados, tanto por el médico de guardia como por el traumatólogo, y se realizaron todos los cuidados de enfermería necesarios”, precisando que en “ningún momento” se trasladó a la familia “como una molestia el estado de desorientación y ansiedad que manifestaba”.

Respecto a la ubicación de la habitación, se indica que estaba situada “frente al control de enfermería con el fin de controlarla mejor y facilitar el descanso al resto de pacientes”, estando el timbre de la habitación “sobre la cama para que los pacientes puedan acceder a él con facilidad”. Afirma que “las enfermeras no pueden colocar sonda vesical si no es por prescripción

facultativa”, y puntualiza que el “personal auxiliar de enfermería realiza los cambios de pañal dos veces en cada turno e informa a la enfermera solamente si los pañales están secos”, subrayando que si “hay dos cambios de pañales secos” la auxiliar se lo comunica a la enfermera y esta “valora a la paciente y actúa de forma oportuna avisando al médico, si procede”, de modo que el hecho de que “en alguno de los cambios de pañal este esté seco no indica que haya una alteración o problema de retención de orina”.

Finalmente, asegura que “no existen restricciones de acompañamiento durante la estancia hospitalaria, pudiendo quedarse cualquier familiar que así lo desee en todo momento”.

Por otro lado, en el informe emitido por el Facultativo Especialista de Área del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, de fecha 25 de julio de 2011, se afirma, en contra de lo manifestado por los reclamantes, que “la atención prestada a la paciente no sufrió merma alguna por el hecho de que fuese Semana Santa” y que “jamás se dejó de practicar prueba alguna que fuese necesaria”. En cuanto a la interconsulta con el Servicio de Psiquiatría, “estaba pendiente de realización en el momento del fallecimiento, pero en ningún caso fue denegada”, pues figura en las notas de progreso del día 23 de abril de 2011 -folio 99- “el lunes solicitar interconsulta Psiquiatría”.

Consta en el expediente que el día 19 de abril de 2011 se le realiza una radiografía en el Servicio de Urgencias y se le diagnostica una “fractura (de) pelvis (acetábulo)” tras una caída casual, se le inmoviliza la pierna con tracción blanda, se cursa el preoperatorio y se ingresa a la paciente para completar estudios, solicitando un TAC el 20 de abril para “valoración quirúrgica”, según consta en las notas de progreso -folio 97-. Al respecto, se afirma en el informe técnico de inspección de 29 de mayo de 2013, emitido tras solicitar documentación para mejor proveer, que las “pruebas diagnósticas en las fracturas de pelvis incluyen, además de las radiografías simples, un estudio de TAC”, añadiendo que en el caso de “optar por el tratamiento conservador se ha de mantener al paciente encamado (...) hasta que cicatrice la cápsula articular”, y que “el uso de tracción puede ser de utilidad. Este es el tratamiento que se aplicó a la paciente en espera de la decisión quirúrgica”.

En el informe del Facultativo Especialista de Área del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, de 25 de julio de 2011, se detalla que, si bien se comenta a la familia la posibilidad de “contar con la colaboración de un compañero experto en el tratamiento quirúrgico de este tipo de fracturas complejas de pelvis”, a diferencia de lo manifestado por los reclamantes, “en ningún caso se pospone el tratamiento quirúrgico por este hecho (...); el tratamiento de este tipo de fracturas se realiza de forma diferida tras la estabilización hemodinámica, la valoración preanestésica y la correcta planificación de la cirugía, que implica la solicitud de material de osteosíntesis”.

En cuanto a los fármacos administrados a la paciente durante su ingreso, consta en el informe técnico de inspección que aquella presentaba “varios factores de riesgo de tromboembolismo (edad mayor de 40 años, fractura de pelvis, obesidad, inmovilización)”, por lo que “se prescribe en el momento de la atención por el Servicio de Urgencias tratamiento de profilaxis tromboembólica con HBPM, una ampolla subcutánea de Clexane (enoxaparina) 40 mg cada 24 horas”, y se pone de manifiesto que el “día 19 de abril, fecha del ingreso, a las 11:04 p. m. horas, se indicó la administración de una ampolla de Clexane”, que se le da “los días 20, 21, 22 y 23 de abril de 2011 a la 08:00 horas p. m.”; así se indica en el histórico de líneas de prescripción farmacológica -folios 175 a 178-. Dicho tratamiento es el recomendado por los protocolos de enfermedad tromboembólica venosa de la Sociedad Española de Medicina Interna (2009), subrayándose en el informe técnico de inspección que la enoxaparina está “indicada en la profilaxis de la trombosis venosa profunda (...) en pacientes no quirúrgicos inmovilizados con riesgo moderado o elevado” y que en pacientes con alto riesgo tromboembólico “la posología recomendada (...) es de 40 mg administrados por vía subcutánea una vez al día”, lo que corrobora igualmente el informe técnico de evaluación.

Además, no ha de olvidarse que la paciente tenía antecedentes de “síndrome depresivo”, pues así consta en el informe de alta del Servicio de Urgencias, en las notas de progreso del día 20 de abril -“tiene medicación psiquiátrica” (Elontril)- y en el informe remitido por una auxiliar a la Dirección de Enfermería el 3 de agosto de 2011, en el que se afirma que el marido de la

paciente comentó “que había estado ingresada en Villa, en Psiquiatría”. Al respecto, en la historia clínica se detalla: el 20 de abril, que estaba “nerviosa y ansiosa, totalmente intratable, al final del turno parece que queda más tranquila”; el 21, “a primera hora de la noche muy ansiosa, nerviosa, pidiendo cosas incoherentes”, y luego “tranquila toda la mañana”; el 22, “muy desasosegada” y pasa “la noche sin parar de moverse”; el 23, “en las últimas noches aqueja episodios de irritabilidad, agresividad y ansiedad”, por lo que se prescribe, en “caso de agitación, ½ ampolla de Haloperidol” -folio 100- precisando el informe técnico de inspección que “el 23-04-11, a las 10:51 p. m.”, se le “administra”, tal y como figura en el histórico de líneas de prescripción farmacológica -folio 179-. En este sentido, en el informe emitido por una auxiliar de enfermería el 3 de agosto de 2011 se afirma que en una ocasión la hija de la paciente le comenta “que tiene episodios de desorientación también en su propia casa” -folio 104-.

Por su parte, el Facultativo Especialista de Área del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología señala, el 25 de julio de 2011, que “la agitación psicomotriz, junto con la desorientación (...), pueden formar parte del cuadro de un embolismo graso cuando son consecuencia de la hipoxemia (concentración baja de oxígeno en la sangre), y por tanto deben de ir acompañadas de una saturación baja de oxígeno que solo se constató, y de forma brusca, el día del fallecimiento”, añadiendo que también se pueden presentar en el seno de un síndrome “ansioso-depresivo como el que presentaba la enferma”. En idéntico sentido se pronuncia el informe técnico de inspección, en el que, tras especificar los medicamentos que tomaba la paciente antes del ingreso debido a su trastorno depresivo, se indica que por los “médicos responsables de la asistencia se consideró que la agitación que presentó en algún momento durante el ingreso podía estar en relación con esta patología previa”.

Hemos de señalar que en informe del Facultativo Especialista de Área del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, de 25 de julio de 2011, consta que, “desgraciadamente (...), en la medianoche del día 23-4-2011 la paciente sufre una brusca desaturación de oxígeno y una parada cardiorrespiratoria”; en

efecto, en las notas de progreso correspondientes a las "00:00" horas del día 24 de abril se detalla que "avisar por desaturación de la paciente" -saturación basal de 80%- , reflejándose que está "somnolienta, con ronquidos y responde a estímulos dolorosos./ La exploración auscultatoria es normal. Con ventimask al 50%" saturación "de 90%./ ECG: ritmo sinusal a 95 lpm. Pauto Anexate. Solicito enzimas cardíacos"; a las "00:12" horas, saturación "78% y escasa (respuesta) a estímulos (...). Despierta tras dosis Anexate (...). Se extrae analítica"; a las "02:09" horas, "se da carga Plavix y Adiro. Se extrae dímero-D (...) y tras 30 min" de reanimación cardiopulmonar la paciente "no responde" - folios 100 y 101-.

Al respecto, el informe técnico de inspección señala que "el médico del Servicio de Urgencias" pauta la "administración de Anexate (indicado para neutralizar total o parcialmente el efecto sedante central de las benzodiazepinas y que puede utilizarse junto a otras medidas de reanimación), recuperando la paciente la conciencia y subiendo la saturación de oxígeno al 90%". Añade que se le prescribe "la administración de tratamiento antitrombótico (Plavix 75 mg y Aspirina 500 mg por vía oral), tratamiento indicado en las primeras horas del (infarto agudo de miocardio)" y que consta en el histórico de líneas de prescripción farmacológica -folio 183-, y que se "solicitó (...) D-dímero", que es la "prueba diagnóstica indicada ante sospecha de (tromboembolismo pulmonar)". Concluye que el "diagnóstico de tromboembolismo pulmonar es difícil y el diagnóstico diferencial es amplio"; en este caso se "solicitaron pruebas diagnósticas urgentes, incluidos enzimas cardíacos y D-dímero, se indicó fluidoterapia y oxigenoterapia, tratamiento antitrombótico ante la elevación de enzimas cardíacos, se realizaron maniobras" de reanimación cardiopulmonar "y se indicó la administración de heparina sódica 5%, 25.000 UI en perfusión a 20 ml/hora (indicado en el tratamiento de la enfermedad tromboembólica)".

En suma, este Consejo entiende, a la luz de los hechos acreditados documentalmente y de los informes emitidos en el curso del procedimiento, que no puede apreciarse deficiencia en la asistencia hospitalaria prestada a la paciente, como afirman los reclamantes.

En efecto, resulta probado que se le realizaron una exploración inicial y las pruebas adecuadas –radiografías y TAC- con el fin de diagnosticar la lesión que presentaba tras la caída casual -fractura compleja de acetábulo-, y que se le pautó inmovilización en espera de decisión quirúrgica. Desde su ingreso y cada 24 horas se le administra el tratamiento adecuado -Clexane 40 mg- para prevenir algunas de las complicaciones de las fracturas -embolismo graso y tromboembolismo pulmonar-, dados los factores de riesgo que presentaba -mayor de 40 años, fractura de pelvis, obesidad, inmovilización- y se tienen en cuenta sus antecedentes de trastorno depresivo, por lo que se consideró que la agitación que a veces presentaba podía estar en relación con dicha patología previa -estaba pendiente de consulta psiquiátrica y se le administró cuando fue necesario media ampolla de Haloperidol-. Al sufrir una brusca desaturación de oxígeno se toma la decisión de realizar las pruebas complementarias que se contemplan en protocolos de enfermedades tromboembólicas venosas -ECG, determinación de D-dímero en sangre- y se prescribe la administración del tratamiento antitrombótico recomendado -Plavix y Aspirina- para tales patologías. Tampoco se puede olvidar la compleja predicción de la existencia de una enfermedad tromboembólica y su alta mortalidad.

Por ello, consideramos que el daño alegado no puede imputarse a un defectuoso funcionamiento -error de diagnóstico o atención inadecuada- del servicio público de salud como pretenden los interesados, sino que el accidente vascular sufrido por la paciente guarda relación con los factores de riesgo que se daban en ella.

En suma, todos los técnicos que informan en el procedimiento coinciden en apreciar una actuación acorde con el buen quehacer médico y conforme con la *lex artis*, por lo que solo cabe concluir que se actuó con la diligencia exigible, sin que se haya acreditado que el fallecimiento de la perjudicada guarde relación de causalidad con la actuación de los servicios públicos sanitarios. En consecuencia, al no concurrir nexo causal entre el fallecimiento de la esposa y madre, respectivamente, de los interesados y el servicio público sanitario no cabe estimar la responsabilidad patrimonial que se pretende, lo que nos exime

de realizar cualquier otra consideración acerca de la cuantía indemnizatoria demandada.

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.