

Expediente Núm. 49/2018
Dictamen Núm. 59/2018

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
García Gutiérrez, José María
Zapico del Fueyo, Rosa María
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 28 de marzo de 2018, 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 16 de febrero de 2018 -registrada de entrada el 28 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por el fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, que atribuyen a la deficiente atención sanitaria recibida tras un atropello.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 11 de abril de 2017, los interesados presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños derivados del fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, que atribuyen al funcionamiento del servicio público sanitario.

Exponen que su familiar fue atropellado por un autobús en la vía pública el día 5 de abril de 2016, por lo que ingresó en el Hospital “X” “al presentar

traumatismo craneoencefálico (...) con pérdida de consciencia”, realizándosele diversas pruebas y siendo derivado al Servicio de Neurocirugía del Hospital “Y” ese mismo día. Tras permanecer dos días en este centro, en el que también fue atendido por los Servicios de Cirugía Plástica y de Cirugía Maxilofacial, es nuevamente trasladado al Hospital “X” al no precisar “actitud neuroquirúrgica”.

Manifiestan que el 7 de abril de 2016 “presenta dolor costal y taquipnea (...), realizándose TAC de abdomen y TAC de tórax urgentes”, resultando de estas pruebas “que a la llegada a Urgencias del (Hospital ‘X’) se objetivan fracturas del 1.º al 10.º arcos costales izquierdos, con neumotórax ipsilateral y enfisema subcutáneo, junto con contusiones pulmonares y derrame pleural bilateral asociado, fractura en borde posterior de acromion izdo. no desplazada”, así como “fractura de rama isquiopubiana izquierda (...). El paciente sufre un episodio de broncoaspiración, con insuficiencia respiratoria secundaria y deterioro clínico, por lo que se opta por sedación paliativa, falleciendo el 12-04-16”.

Consideran que pese a que el traslado del Hospital “X” al Hospital “Y” se debió a “la gravedad de las heridas que presentaba y que no podían tratarse en ‘X’”, en el Hospital “Y” “no se hizo un estudio exhaustivo de dichas lesiones, ya que ni siquiera se comprobó que tenía fracturado del 1.º al 10.º arco intercostal y volvió a remitirse a ‘X’ a pesar de su estado crítico. Dada la gravedad de las lesiones que presentaba a su ingreso en ‘X’” (que seguían sin poder manejarse en este hospital) “y su estado crítico, únicamente recibió cuidados paliativos, falleciendo unos días después./ La asistencia inadecuada prestada”, sin facilitar “los tratamientos y cuidados que precisaba el paciente” y sin efectuar “las pruebas diagnósticas necesarias, provocó finalmente su fallecimiento, consecuencia directa de la mala praxis médica seguida”.

Cuantifican provisionalmente la cantidad solicitada en trescientos mil euros (300.000 €).

Aportan diversa documentación médica relativa a la atención recibida en ambos centros.

2. Mediante oficio notificado a los interesados el 8 de mayo de 2017, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios les comunica la fecha de recepción de su reclamación en el referido Servicio, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

Igualmente, les requiere para que acrediten su parentesco con el perjudicado por cualquier medio válido en derecho.

Al efecto, los interesados presentan un escrito cuya fecha de registro resulta ilegible y al que adjuntan una copia del Libro de Familia.

3. El día 30 de mayo de 2017, el Gerente del Área Sanitaria V remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios un CD que contiene una copia de la historia clínica del paciente obrante en el Hospital "X" y los informes emitidos por el Director del Área de Gestión Clínica de Medicina Interna y por el Jefe de la Unidad de Urgencias.

En el primero, suscrito el 25 de mayo de 2017, se indica que se adjunta "el informe de exitus que con fecha 12-04-2016 fue elaborado por el médico responsable de su atención (...) del Servicio de Medicina Interna", el cual, a su juicio, "da respuesta a las cuestiones suscitadas en la reclamación".

En el segundo, elaborado el 22 de mayo de 2017, se explica que el paciente ingresó el día 5 de abril de 2016, a las 12:31 horas, "tras ser atropellado en la vía pública por un autobús". Precisa que se le realizaron diversas pruebas, entre las que se encuentra una "radiografía portátil de tórax donde no se aprecian fracturas ni otras complicaciones", una "radiografía de pelvis, mano izquierda, rodilla izquierda y columna cervical sin líneas de fractura" y un "TAC craneal (...). Ante la gravedad de las lesiones intracraneales (sangrado arterial intracraneal agudo), y dado que el Servicio de Neurocirugía de referencia se encuentra en el (Hospital `Y´) (...), se solicita una UVI-móvil de transporte sanitario para el traslado del paciente a dicho centro sanitario, abandonando este Servicio de Urgencias 1 hora y media después de su ingreso". Reseña que el 7 de abril de 2016 "el paciente ingresa en este Servicio

(...) trasladado desde el (Hospital `Y´). A su llegada a Urgencias el paciente refiere dolor en el costado./ En la exploración física, según consta en la historia clínica (...), se encuentra taquipneico. En la auscultación pulmonar se observa una disminución de ruidos respiratorios de forma generalizada, con dolor a la palpación a nivel de los arcos inframamarios izquierdos (...). En base a todo ello se decide solicitar TAC torácico y abdominal” en el que “se informa de la existencia de fractura desde el primer al décimo arco costal izquierdo asociado a importante neumotórax homolateral y enfisema subcutáneo de pared torácica anterior, contusión pulmonar y atelectasias secundarias con derrame pleural bilateral asociado. En el TAC abdominal se observa una fractura de la rama isquiopubiana con una pequeña colección en relación con hematoma asociado./ Se solicita una interconsulta con el Servicio de Cuidados Intensivos que tras valorar al paciente, hablar con la familia y realizar consulta con la guardia de Medicina Interna deciden el ingreso (...) a cargo del Servicio de Medicina Interna”.

4. Con fecha 21 de junio de 2017, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV traslada al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia de la historia clínica del paciente en formato electrónico.

El día 27 de ese mismo mes le envía el informe emitido el 23 de junio de 2017 por la Responsable del Servicio de Neurocirugía del Hospital “Y”. En él relata que “previo a nuestra valoración el paciente refiere dolor en costado izquierdo, por lo que es valorado en el Servicio de Urgencias, pautando analgesia por fractura costal./ En TC craneal presentaba mínimo hematoma epidural hemisférico izdo., así como pequeño vertido en el ventrículo lateral izquierdo y áreas compatibles con contusiones puntiformes a nivel de ínsula derecha, cortex temporal y frontal izquierdos, así como fracturas faciales./ El paciente permanece en observación en el Servicio de Urgencias, siendo valorado por los Servicios de Cirugía Plástica y Cirugía Maxilofacial. Desde el punto de vista neurológico se mantuvo estable en todo momento./ El día 06-04-

16 se realiza TC craneal de control donde se observa mejoría radiológica de las lesiones descritas (línea media centrada, no efecto de masa), sin otras complicaciones añadidas./ Se realiza nueva Rx de parrilla costal” en la “que se aprecian fracturas de 5.º y 6.º arco costal./ Con nuestras recomendaciones y del resto de Servicios interconsultores el paciente es remitido de nuevo al Hospital `X` para continuidad de tratamiento médico, ya que no precisa de nueva valoración neuroquirúrgica”.

Mediante oficio de 10 de julio de 2017, le remite el informe emitido el día 7 de ese mes por el Director de la Unidad de Gestión Clínica de Urgencias del referido hospital. En él consta que el paciente “ingresó el día 5 de abril de 2016 en el Servicio de Urgencias trasladado desde el Servicio de Urgencias del Hospital `X` para valoración por parte del Servicio de Neurocirugía (...). Tras su valoración los responsables facultativos de la guardia de Neurocirugía decidieron observar al paciente durante 24 horas, para lo que solicitaron un box en el Área de Observación de Urgencias. Finalmente, y por indicación del Servicio de Neurocirugía, el paciente permaneció 48 horas en el Área de Observación antes de ser trasladado al Hospital `X`./ Durante su estancia en el Área de Observación el manejo clínico y la toma de decisiones (...) corresponden al Servicio responsable del paciente, que en este caso era Neurocirugía. La decisión de trasladar de nuevo al paciente a su hospital de referencia le corresponde y la toma el Servicio de Neurocirugía, no el Servicio de Urgencias”, como se indica en la reclamación.

5. El día 27 de octubre de 2017, y a instancia de la entidad aseguradora, cuatro especialistas en Medicina Interna suscriben colegiadamente un informe en el que exponen que el paciente “falleció por insuficiencia respiratoria, como evento final de una situación terminal de un cáncer de vejiga en estadio IV al que se unió un politraumatismo por accidente de tráfico con traumatismo craneo-encefálico grave, traumatismo torácico y hematoma retroperitoneal por fractura de rama isquiopubiana. En esta situación el enfermo requirió dosis elevadas de morfina para aliviar el dolor torácico y presentó episodios

sugestivos de broncoaspiración”. Afirman que el paciente “estaba en tratamiento con Omeprazol. Por ello no era posible hacer ninguna otra medida preventiva para evitar una broncoaspiración ni sus consecuencias”.

Explican que el fallecido “no reunía inicialmente los criterios previos de (traumatismo craneoencefálico) grave porque el Glasgow era 15”, y que, “correctamente, fue trasladado al hospital para valoración (ya que era un paciente de edad avanzada). Tras realizar una TAC craneal se comprobó que tenía lesiones cerebrales graves”, por lo que fue “correctamente” enviado al Hospital “Y” para valoración por Neurocirugía al no disponer el Hospital “X” de ese Servicio. Reseñan que tras “48 horas de observación, en las que además fue valorado por Cirugía Plástica y Cirugía Maxilofacial, se consideró que el hematoma epidural no necesitaba tratamiento quirúrgico porque en ese tiempo había disminuido ligeramente, y sobre todo porque el estado neurológico (...) no había empeorado. Por ello es correcta la vuelta del paciente a su hospital de procedencia para vigilar la evolución posterior de las otras lesiones que presentaba, sobre todo las derivadas del traumatismo torácico, ya que el enfermo había tenido un politraumatismo”. Precisan que “este paciente no necesitó ninguna actuación inicial porque no había alteración de la vía aérea ni shock. Presentaba graves lesiones cerebrales que podían ser mortales y por ello fue correctamente enviado a un hospital con Neurocirugía para descartar o realizar intervención quirúrgica. Una vez descartada, después de traslado de nuevo al Hospital ‘X’ había que hacer una evaluación secundaria más completa y por ello se hicieron los TAC de abdomen y de tórax que mostraron nuevas lesiones y que fueron adecuadamente tratadas”.

Sostienen que “el problema fundamental que presentó el enfermo fue el tratamiento del dolor derivado fundamentalmente de las fracturas costales. Estas lesiones no suelen poner en riesgo la vida del paciente, pero si es necesaria la administración de altas dosis de opioides pueden aparecer efectos secundarios de esta medicación. Hay que tener en cuenta, y ello fue el determinante fundamental de la evolución del paciente, que tenía un cáncer de vejiga en estadio avanzado”. Aclaran que cuando el enfermo “necesitó morfina

para tratamiento del dolor por las fracturas costales se necesitaban dosis mayores de las habituales porque con los opioides existe lo que se conoce como taquifilaxia, que es el hecho de que se necesitan dosis cada vez más altas para conseguir el mismo efecto. Por ello para que (...) estuviese sin dolor se necesitaron dosis muy elevadas que disminuyeron el nivel de consciencia y favoreció la aparición de broncoaspiración e insuficiencia respiratoria que fueron la causa de la muerte. La dosis necesaria fue la que se aplica en la sedación para la agonía con la que estuvieron de acuerdo tanto el paciente como la familia y el médico que atendió al paciente, teniendo en cuenta su corta esperanza de vida y que ya estaba en tratamiento como paciente con cáncer terminal”.

Añaden que el cáncer de vejiga “con metástasis hepáticas (...) había sido intervenido tres años antes, y al aparecer metástasis en noviembre de 2016 se considera intratable y se inició tratamiento paliativo con morfina para el dolor (...). Por este motivo cuando sufrió el politraumatismo necesitó dosis muy elevadas de morfina para aliviar el dolor (...). Creemos que la actuación seguida con este paciente ha sido en todo momento correcta y acorde a la *lex artis ad hoc*”.

6. Con fecha 23 de noviembre de 2017, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios solicita a la Gerencia de la Empresa Municipal de Transportes Urbanos de Gijón que informe, “dada la implicación que de manera paralela este expediente pudiera tener en un expediente de reclamación suyo y al objeto de adoptar la resolución que proceda (...), si se ha presentado reclamación ante esa entidad por este mismo perjudicado en relación con el atropello y, en caso afirmativo, nos faciliten el contenido de la misma e informen de las actuaciones y pagos llevados a cabo”.

Con fecha 13 de diciembre de 2017, un representante de la referida empresa presenta un escrito en el que manifiesta que “al día de la fecha no consta presentada por la familia del fallecido ninguna reclamación judicial ni extrajudicial frente a la entidad (...), ni frente a la compañía de seguros (...) del

autobús (...), ni se ha abonado ni ofrecido cantidad alguna en concepto de indemnización por entender que el siniestro es atribuible a la culpa exclusiva de la víctima”.

Adjunta copia de las diligencias instruidas por el Juzgado de Instrucción N.º 4 de Gijón con motivo del accidente y del Auto de la Audiencia Provincial de 27 de abril de 2017, por el que se desestima el recurso de apelación formulado por una de las reclamantes contra el sobreseimiento provisional de la causa. Aporta igualmente poder notarial conferido a su favor por un apoderado de la empresa municipal.

7. Mediante escrito notificado a los reclamantes el 26 de diciembre de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas les comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y les adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente.

Consta la personación de una de las reclamantes en las dependencias administrativas el 29 de diciembre de 2017 para examinar el expediente.

8. Con fecha 16 de enero de 2018, los interesados presentan un escrito de alegaciones en el que se ratifican en el contenido de su solicitud. Expresan su desacuerdo con el informe de la asesoría médica, en cuanto a que al regreso al Hospital “X” “se hizo una evaluación secundaria más completa y por ello se hicieron los TAC de abdomen y tórax que mostraron nuevas lesiones”, pues de acuerdo con lo informado por la Jefa de la Unidad de Urgencias del Hospital “X” cuando “vuelve al hospital (...) se le realizan pruebas complementarias por el grave estado que presentaba el paciente, no como afirma el informe” de la asesoría para proceder a “una evaluación secundaria más completa”. Por ello, deducen que “el paciente presentaba un gravísimo estado tanto en el Hospital ‘X’ como en el (Hospital ‘Y’), y no fueron llevados a cabo los cuidados y atención que precisaba”.

9. El día 2 de febrero de 2018, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio con base en los informes emitidos durante la instrucción del procedimiento.

10. En este estado de tramitación, mediante escrito de 16 de febrero de 2018, 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 Sanidad, adjuntando a tal fin copia autenticada del mismo en soporte digital.

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

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

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), 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.

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 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC), dispone que “El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”. En el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 11 de abril de 2017, habiéndose producido el fallecimiento del paciente el día 12 de abril de 2016, 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 rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común recogidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

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

Sin embargo, advertimos que uno de los informes procedentes de los servicios hospitalarios en los que el paciente estuvo ingresado -el correspondiente al Servicio de Medicina Interna del Hospital “X”- se limita a describir su curso clínico y la asistencia prestada, sin pronunciarse sobre las concretas imputaciones que plantean los interesados, por lo que, pese a lo indicado en el escrito de remisión suscrito por el Director del Área de Gestión Clínica de Medicina Interna, no puede compartirse que resulte suficiente a efectos de dar “respuesta a las cuestiones suscitadas en la reclamación”. Ahora

bien, no se estima pertinente en este momento la retroacción de las actuaciones, toda vez que el resto de informes y documentación incorporados al expediente permiten un pronunciamiento de fondo sobre la controversia que se suscita.

Asimismo, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21 y 24.3, letra b), de la Ley 39/2015.

QUINTA.- El artículo 106.2 de la Constitución dispone que “Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

A su vez, el artículo 32 de la LRJSP establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la ley”. Y, en su apartado 2, que “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 34 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “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 interesados solicitan una indemnización por los daños derivados del fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, que atribuyen a la incorrecta atención dispensada durante su estancia hospitalaria, en la que recibía tratamiento por las lesiones padecidas tras un accidente de tráfico.

En el expediente resulta acreditada la defunción durante el ingreso, por lo que hemos de presumir que sus familiares (cónyuge e hijos) reclamantes han sufrido un daño moral cierto.

Ahora bien, la mera constatación de un daño surgido con ocasión 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 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. 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 esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

Del examen del expediente resulta acreditado que el paciente, de 85 años de edad, ingresó el día 5 de abril de 2016 en el Hospital "X" tras sufrir un accidente de tráfico (fue atropellado por un autobús). En ese momento se le realizó un TAC craneal que reveló el padecimiento de lesiones cerebrales de importancia, por lo que fue derivado al Hospital "Y" a fin de ser valoradas por el

Servicio de Neurocirugía (Servicio con el que no contaba el hospital de procedencia). Tras permanecer dos días en observación en este segundo centro -periodo durante el cual también fue tratado por los Servicios de Cirugía Plástica y de Maxilofacial-, se decidió su retorno al Hospital "X" el día 7, hospital en el que falleció con fecha 12 de ese mes.

Los interesados relacionan el fallecimiento del paciente con la prestación de una inadecuada asistencia sanitaria, con omisión de la realización de las "pruebas diagnósticas necesarias" tanto en el Hospital "Y", en cuanto que se remitió de nuevo tras ser atendido por el Servicio de Neurocirugía al hospital de procedencia ("X"), como en este último, según afirman en las alegaciones efectuadas con ocasión del trámite de audiencia. No obstante, su imputación resulta genérica, pues únicamente concretan como reproche el consistente en que en el Hospital "Y" "no se hizo un estudio exhaustivo" de las lesiones que presentaba el enfermo, lo que, a su juicio, prueba que "ni siquiera se comprobó que tenía fracturado" el arco intercostal. Tampoco aportan informe médico alguno que avale sus aseveraciones respecto a la relación de causalidad existente y a la concurrencia de mala praxis, lo que obliga a basar nuestro análisis en los elementos de juicio proporcionados por la historia clínica y por los informes incorporados al expediente a instancia de la Administración, suscritos por diversos especialistas.

Además, observamos que las escuetas manifestaciones de los reclamantes obvian aspectos clave del estado del paciente (quien, además de su avanzada edad, padecía un cáncer de vejiga terminal) reseñados en los informes que no son rebatidos en este punto. En primer lugar, tanto la derivación al Hospital "Y" como el posterior retorno al Hospital "X" son calificados como correctos por los especialistas que informan a instancia de la compañía aseguradora, que subrayan que durante la observación por el Servicio de Neurocirugía se advirtió que "el hematoma epidural no necesitaba tratamiento quirúrgico porque en ese tiempo había disminuido ligeramente, y sobre todo porque el estado neurológico del paciente no había empeorado".

En segundo lugar, los interesados tampoco especifican qué pruebas adicionales consideran que debieron realizarse, ni en qué momento. Del examen de la historia clínica se desprende que al ingreso del paciente en el Hospital "X" se le realizó un TAC craneal que reveló lesiones graves, así como radiografías de tórax y pelvis que no evidenciaron la existencia de fracturas. En el Hospital "Y" se efectuó un nuevo TAC craneal y una Rx de parrilla costal en la que se "objetiva fractura de 5.º y 6.º arco costal". De nuevo en el Hospital "X", al presentar "dolor costal y taquipnea", se practicó un TC torácico y abdominal urgente, diagnosticándose "fracturas del 1.º al 10.º arcos costales izquierdos". Los especialistas en Medicina Interna explican que el estado del enfermo en un primer momento no requirió "ninguna actuación inicial porque no había alteración de la vía aérea ni shock", y siendo evidente que presentaba lesiones cerebrales calificadas como graves no cabe (como ya hemos señalado) objetar que se acordara su derivación inmediata al Hospital "Y" y que, valoradas aquellas por el Servicio de Neurocirugía, continuara la atención relativa al traumatismo torácico en el Hospital "X" dos días después.

Por lo que se refiere a la fractura de los arcos intercostales, la historia clínica pone de manifiesto, frente a lo afirmado por los reclamantes en su escrito inicial, que sí se detectó al menos parcialmente en el Hospital "Y", pero en todo caso aquellos ni siquiera argumentan qué relación existiría entre dicha fractura y el fallecimiento cinco días más tarde, cuyas causas explican de forma detallada los informes. A la vista de estos, no ofrece duda que la muerte se debió a una insuficiencia respiratoria calificada "como evento final de una situación terminal de un cáncer de vejiga en estadio IV al que se unió un politraumatismo por accidente de tráfico" que requirió "dosis elevadas de morfina para aliviar el dolor torácico", lo que "favoreció la aparición de broncoaspiración e insuficiencia respiratoria que fueron la causa de la muerte". Expresamente se indica que las fracturas costales no son lesiones que originen un riesgo vital, pero que en el estado del enfermo (paciente oncológico con tratamiento paliativo y de edad avanzada) llevan asociado el riesgo propio de los efectos secundarios de la medicación prescrita para el abordaje del dolor.

En consecuencia no apreciamos infracción de la *lex artis*, ni cabe atribuir el fallecimiento del perjudicado a una deficiente atención, sino que la defunción está relacionada con la desafortunada, pero previsible, evolución de un paciente politraumatizado que sufría cáncer en estado terminal.

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.