

Expediente Núm. 17/2019
Dictamen Núm. 181/2019

V O C A L E S :

Sesma Sánchez, Begoña,
Presidenta
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
Menéndez Sebastián, Eva María
García García, Dorinda

Secretaria:
de Vera Estrada, Paz,
Letrada Adjunta a la Secretaría General

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 30 de julio de 2019, con asistencia de las señoras y el señor que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 3 de enero de 2019 -registrada de entrada el día 16 del mismo mes-, 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 padre como consecuencia de la asistencia prestada en un hospital público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 26 de abril de 2018, los interesados presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia, a su juicio, de la deficiente asistencia prestada a su padre por parte del servicio público sanitario y que habría desembocado en su fallecimiento.

Señalan que este, con antecedentes de patología lumbar crónica, venía siendo tratado desde el año 2015 mediante infiltraciones epidurales en el Hospital "X", y que el 11 de octubre de 2017 le fue realizada en ese centro una intervención quirúrgica, en concreto una "discectomía L5-S1", procediéndose a "la remoción de los discos intervertebrales y la fijación con tornillos de la sección vertebral afectada".

Refieren que a partir del sexto día de la operación comenzó a detectarse "la profusión por la herida quirúrgica de un líquido `seroso`", siendo reintervenido el 23 de octubre de 2017 con el objetivo de recolocar el tornillo quirúrgico, y reseñan que esta cirugía se produjo transcurridos "cinco días desde la primera sospecha de mala colocación del mismo", mostrando su extrañeza acerca de que la incorrecta colocación del tornillo no fuera detectada "durante la propia intervención quirúrgica (...), como tampoco lo fue el daño causado a la duramadre", y afirman que estos factores "serían, a la postre, las únicas causas posibles de la fuga de líquido cefalorraquídeo; causa a su vez directa de las lesiones cerebrales que produjeron el fallecimiento del paciente". Añaden que "la lesión dural y la pérdida de líquido cefalorraquídeo no fueron advertidas en ningún momento en (el) posoperatorio inmediato del paciente, pese a los constantes signos de pérdida de líquido por la herida quirúrgica, que debieron ser motivo de sospecha directa por parte del personal asistencial".

Manifiestan que "tras la recolocación del tornillo izquierdo de L5 la pérdida de líquido sigue produciéndose de modo abundante (...). Pese a la recolocación de la instrumentación la lesión dural siguió pasando desapercibida".

Indican que a las 12 horas del día 25 de octubre de 2017 "el paciente sufre una caída en el pasillo del Hospital `X` y deja de responder a estímulos (...), siendo valorado por el equipo de Neurocirugía" del Hospital "Y" y que, "pese a ser descartado para tratamiento quirúrgico se remite igualmente desde `X`, adonde llega con las pupilas midriáticas arreactivas y ausencia de reflejos corneales. A las pocas horas de su traslado a la UCI el paciente fallece, siendo las 12:42 h del día 26 de octubre".

Ponen de relieve que hay “tres circunstancias médicas de extrema relevancia para el caso”. Así, en primer lugar, sostienen que a la vista del TC craneal posterior a la caída sufrida por su familiar en el Hospital “X” “ninguna de las lesiones cerebrales halladas en el paciente con posterioridad a la caída, y que a la postre serían la causa directa e inmediata de la muerte, fueron provocadas por la propia caída, sino que eran previas a la misma, siendo la propia caída la consecuencia de estas lesiones y no su causa”.

En segundo lugar, aluden a la anotación del curso clínico de 27 de noviembre de 2017 realizada por dos doctoras del Hospital “Y” con respecto a las circunstancias que presentaba el paciente, en las que consta que “nos resulta muy llamativa la presencia de neumoencéfalo masivo en todo el espacio subaracnoideo del raquis cervical. No existe ninguna fractura craneal que pudiera justificar la entrada de dicho aire (...). Dada la historia clínica que nos refiere el mecanismo causal del neumoencéfalo y neumorraquis sospechamos que podría ser la entrada de aire desde el canal raquídeo a nivel lumbar. Los hematomas subdurales bilaterales que presenta en el TC craneal no parecen de origen traumático y también podría tratarse de hematomas subdurales por retracción dural en el contexto de un hiperflujo extracraneal de líquido cefalorraquídeo”.

Por último, inciden en que “la anterior sospecha” resultó confirmada por la necropsia realizada por el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital “Y”, “pues el diagnóstico macroscópico fue de `hemorragia subdural bilateral`”.

Consideran que “estamos ante un supuesto de infracción de la *lex artis*, tanto en la aplicación de la técnica quirúrgica inicial” realizada el “11 de octubre de 2017 como en el manejo de la sintomatología subsiguiente (...). Con respecto al primer elemento, queda sobradamente acreditado (...) que la incorrecta colocación de los tornillos de la artrodesis, omitida en el protocolo quirúrgico, provocó bien la lesión de las raíces nerviosas, bien del saco dural”, ocasionándole “una fístula de líquido cefalorraquídeo, exudando por la herida quirúrgica y provocando progresivamente la hipotensión del cerebro (...). De este modo, la hipotensión provocó la aparición de neumoencéfalo (bolsas de aire en la cavidad cerebral), edemas cerebrales y

hematomas subdurales cuya conjunción fue la causa directa e inmediata de la muerte del paciente”.

Razonan que “si bien para la primera de las intervenciones quirúrgicas realizadas el consentimiento informado de fecha 17 de julio de 2017 recoge como riesgos típicos (...) la `rotura de la duramadre y la pérdida del líquido cefalorraquídeo´, no es menos cierto que en ninguno de los puntos del antedicho modelo se recoge como complicación derivada de la intervención el neumocéfalo, la eventual producción de edemas cerebrales, ni de hematomas subdurales, puesto que esa rotura hay que detectarla intraoperatoriamente y repararla quirúrgicamente”.

Afirman que “la malposición de los tornillos de la artrodesis no se corresponde con una correcta técnica médica, como así se desprende de sentencias varias”, y añaden una “incorrecta detección de la fístula identificándola como un mero seroma, unido a haber ignorado los informes médicos que sugerían una incorrecta colocación de los tornillos quirúrgicos (que no se recolocan hasta seis días después)”.

Aplicando la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de Reforma del Sistema para la Valoración de los Daños y Perjuicios causados a las Personas en Accidentes de Circulación, fijan la indemnización en la cantidad total de ciento noventa y dos mil euros (192.000 €) atendiendo a la edad de cada uno de los hijos reclamantes; así, corresponderían 50.400 € a cada uno de los tres con edad comprendida entre los 20 y los 30 años y 20.400 € a cada uno de los otros dos con edad superior a los 30 años.

Adjuntan a su escrito diversa documentación acreditativa del fallecimiento del perjudicado y de su relación paterno-filial con los perjudicados.

2. El día 15 de mayo de 2018, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a los interesados la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios, las

normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. Mediante oficio de 11 de junio de 2018, el Área de Reclamaciones y Asuntos Jurídicos de la Gerencia del Área Sanitaria IV envía al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia de la historia clínica del paciente relativa al episodio cuestionado, así como el informe emitido por el Servicio de Neurocirugía del Hospital "Y" el 6 de junio de 2018.

En este último se señala que el Servicio de Neurocirugía del Hospital "Y" "solo interviene en la valoración al ingreso del paciente tras haber sufrido un traumatismo craneoencefálico y presentar en el TC craneal hematoma subdural agudo bilateral y neumoencéfalo. Dada la situación clínica de midriasis bilateral arreactiva no fue considerado indicado el tratamiento quirúrgico por el mal pronóstico./ El neumoencéfalo que presenta se podría justificar por una posible fístula de LCR a nivel lumbar (aunque no fue constatada en cirugía previa). En cuanto al hematoma subdural bilateral no se puede excluir la causa traumática, ya que se produjo dicho traumatismo craneoencefálico".

4. Con fecha 25 de junio de 2018, la Gerente del Área Sanitaria I envía al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia de la historia clínica del enfermo y el informe elaborado por el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología el 14 de junio de 2018. En este se concluye que "fue intervenido el 11-10-17 por su patología lumbar. Firma consentimiento informado y lleva copia donde, en el apartado `d´ de descripción de riesgos típicos, se señala `rotura de la duramadre y pérdida de líquido cefalorraquídeo´. (...). El paciente desoye las órdenes de levantarse con corsé y, con o sin él, por las noches (...). Intraoperatoriamente no se puede certificar la correcta colocación de los tornillos pediculares al disponer solamente de control radiológico en proyecciones anteroposterior y lateral, no así axial, por lo que para corroborar este punto se debe hacer un TAC posoperatorio (...). Se solicita TAC control al tercer día posoperatorio

al referir el paciente dolor en miembro inferior izquierdo. Hasta el momento la herida quirúrgica no presentaba alteraciones ni había sospecha de mala colocación de algún implante (...). Es el día 17 (6 días tras la intervención quirúrgica) cuando se constata la existencia de un `drenado seroso`. Se realiza TAC y se decide revisión y recolocación de tornillo en L5 (...). Se programa intervención teniendo en cuenta (...) que no se trata de una urgencia vital y que se debe pedir instrumental e implantes (...). En ninguna de las dos cirugías practicadas se constató fuga de líquido cefalorraquídeo, por lo tanto, de existir, se supone sería de escasa entidad, avalado además por la aparición de exudado seroso al sexto día tras la primera intervención y no antes (...). Tras sufrir caída durante su ingreso se diagnostica hematoma subdural bilateral que bien puede estar en relación con el propio traumatismo sin necesidad de sufrir fractura ósea, y siendo probable causa directa e inmediata de la muerte del paciente (...). En todo momento la familia presente en el hospital durante su ingreso (madre y hermana, no los hijos) estuvo informada de la situación”.

5. El día 18 de septiembre de 2018, dos licenciadas en Medicina y Cirugía suscriben un informe colegiado a instancias de la entidad aseguradora. En él, tras analizar la asistencia dispensada al paciente y dejar constancia de que en el consentimiento informado firmado por el paciente “queda reflejada la posibilidad de una rotura de la duramadre con salida de LCR como complicación”, concluyen que “a lo largo del proceso asistencial no se puede afirmar que haya existido mala praxis ni negligencias médicas”. En consecuencia proponen que la reclamación sea desestimada.

6. Mediante escrito notificado a los interesados el 19 de octubre de 2018, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas les comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

El día 12 de noviembre de 2018 una de las reclamantes presenta en el Registro General de la Xunta de Galicia de Vigo un escrito de alegaciones. En él

señala que “el escueto dictamen médico-pericial (...) concluye que el fallecimiento fue a causa de la fístula de LCR, algo que además consta explicado incluso con mayor detalle en el curso clínico de hospitalización del (Hospital ‘Y’). Se descarta así la opinión contradictoria” del Jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología “del Hospital ‘X’ que atribuye la causa del fallecimiento a un traumatismo por caída”.

Considera que “el dictamen médico-pericial no analiza cómo es posible que en la segunda intervención no se detectase la rotura de la duramadre, o que no se revisase teniendo presente el abundante exudado de líquido serohemático desde el día 17 de octubre, que obligaba a la enfermería a cambiar los apósitos todos los días, incluso varias veces en el mismo día. Además, después de esta segunda intervención el redón colocado objetivaba gran cantidad de líquido seroso”.

Entiende que “si bien es cierto que el consentimiento informado por el paciente contiene como riesgo descrito la rotura de la duramadre y la fuga de LCR posterior a la intervención, ello no legitima ni actuaciones quirúrgicas inadecuadas, lo que acontece en el presente caso (vid. informe de TC de 17 de octubre de 2017), ni actuaciones sin atender a que los exudados serosos de la herida hubieron de ser objeto de abordaje por el personal de enfermería en 26 ocasiones, ni una reintervención que no revisa la lesión de la duramadre (pues ni siquiera se sospecha a pesar de lo anterior), ni un posoperatorio siguiente que sigue omitiendo la pérdida de LCR a través de redón”.

Sostiene que “no puede ser excusa de todo lo anterior lo manifestado” por el Jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología “al justificar el retraso (en la) reintervención: el material necesario no se encontraba en el depósito. Ni tampoco el otro déficit al que alude a la hora de abordar las complicaciones del paciente: el control radiológico operatorio no permite proyecciones axiales (sí anteroposteriores y laterales), por lo que es imposible comprobar la correcta colocación de los tornillos (...) hasta que se presenta ya alguna sintomatología derivada” de la misma.

Mediante oficio de 14 de noviembre de 2018, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas remite a la correduría de seguros una copia de las alegaciones.

7. Con fecha 28 de noviembre de 2018, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previa elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, al considerar que “la asistencia fue conforme a la *lex artis*. La fístula de LCR constituyó la materialización de un riesgo típico descrito en el documento de consentimiento informado. El paciente no refirió sintomatología de hipotensión cerebral como consecuencia de la fístula. La sintomatología aparece de forma tardía (6.º día posoperatorio), por lo que no se sospechó lesión de la duramadre durante la intervención quirúrgica. En la reintervención realizada posteriormente no se objetivó la existencia de una fístula de LCR”.

8. En este estado de tramitación, mediante escrito de 3 de enero de 2009, 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 públicos sanitarios 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 26 de abril de 2018, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -el fallecimiento del padre de los reclamantes- el día 26 de octubre de 2017, por lo que es claro que ha sido 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 del servicio afectado, 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 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21.1 y 24.3, letra b), de dicha Ley.

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 reclamantes solicitan una indemnización por los daños ocasionados tras el fallecimiento de su padre que anudan causalmente con una infracción de la *lex artis*, “tanto en la aplicación de la técnica quirúrgica inicial” en el curso de la intervención que le fue practicada el 11 de octubre de 2017 como “en el manejo de la sintomatología subsiguiente”.

En el expediente queda acreditado el óbito del paciente en un hospital público, por lo que debemos presumir el daño moral que ello supone para los hijos aquí reclamantes.

Ahora bien, la mera constatación de un daño real, efectivo, individualizado, evaluable económicamente y 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*.

Por tanto, para apreciar que el daño moral 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.

A los expresados efectos, nos encontramos con que en el caso que nos ocupa los dos reproches -una pretendida infracción de la *lex artis*, "tanto en la aplicación de la técnica quirúrgica inicial" en el curso de la intervención que le fue practicada el 11 de octubre de 2017 como "en el manejo de la sintomatología subsiguiente"- aparecen desprovistos de la más elemental carga probatoria en forma de dictamen médico-pericial que los avale. A pesar de las dudas que expresamente se ponen de manifiesto en el informe de la UCI del Hospital "Y" acerca de las causas del neumoencéfalo masivo en todo el espacio subaracnoideo del raquis cervical y que aparentemente contradicen el informe del Servicio de Cirugía Ortopédica, por parte de los reclamantes no se aporta ningún tipo de prueba sobre los hechos controvertidos en la asistencia sanitaria practicada, ni

respecto de la reintervención para recolocar el tornillo, ni sobre la causa y efectos de la pérdida de líquido cefalorraquídeo en este tipo de operaciones, ni sobre las causas de la hemorragia subdural (y, en particular, la incidencia al respecto de la caída del paciente) que finalmente determinó el fallecimiento. Tal modo de proceder -como hemos advertido en supuestos similares- supone construir la reclamación en vía administrativa con base en vagas imputaciones que todo apunta a que solamente serían concretadas y debidamente probadas, en su caso, ante ulteriores instancias de esta reclamación. Tal estrategia implica privar tanto a la Administración frente a la que se reclama como a este Consejo de un análisis completo de las cuestiones que suscita la acción de responsabilidad. En las condiciones expuestas, esta total indeterminación y carencia absoluta de elemento probatorio alguno en forma de dictamen pericial de soporte en orden al establecimiento del nexo causal entre el fallecimiento del padre de los reclamantes y el funcionamiento del servicio público sanitario es de por sí suficiente para concluir que en el presente caso no se ha acreditado la relación de causalidad, cuya existencia resulta inexcusable para un eventual reconocimiento de responsabilidad de la Administración.

A mayor abundamiento, los diferentes informes incorporados al expediente por parte de la Administración sanitaria reclamada, tanto el elaborado por los distintos servicios intervinientes como el emitido a instancias de la compañía aseguradora, únicos soportes probatorios puestos a disposición de este Consejo Consultivo y sobre los cuales ha de formar su juicio en cuanto al respeto de la *lex artis* en la asistencia sanitaria prestada, coinciden en explicar como probable causa de la muerte del paciente las graves lesiones cerebrales objetivadas, agravadas y vinculadas asimismo con una caída, como consecuencia de la "rotura de la duramadre y pérdida de líquido cefalorraquídeo" constatada tras la intervención a la que había sido sometido el 11 de octubre de 2017 en el Hospital 'X'; complicación que con el carácter de "riesgo típico del procedimiento" se describe en el documento de consentimiento informado previo firmado por el paciente.

En estas condiciones, no podemos apreciar la concurrencia de infracción alguna a la *lex artis ad hoc* a lo largo de la asistencia prestada al enfermo por el servicio público sanitario, por lo que la reclamación debe ser desestimada.

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,

(P. A. LA LETRADA ADJUNTA A LA SECRETARÍA GENERAL)

Fdo.: Paz de Vera Estrada

V.º B.º

LA PRESIDENTA,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.