

Dictamen Núm. 135/2023

V O C A L E S :

Sesma Sánchez, Begoña,
Presidenta
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
García García, Dorinda
Baquero Sánchez, Pablo

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 15 de junio de 2023, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 29 de marzo de 2023 -registrada de entrada el día 5 del mes siguiente-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños sufridos como consecuencia del fallecimiento de su familiar, que atribuyen a la asistencia recibida en un hospital público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 9 de septiembre de 2022 una letrada, en nombre y representación de los interesados, presenta en el Registro Electrónico una reclamación de responsabilidad patrimonial -dirigida a la Consejería de Salud del Principado de Asturias- por los daños derivados de la deficiente asistencia dispensada a su familiar por parte del servicio público sanitario, que desembocó en su fallecimiento el 9 de septiembre de 2021.

Exponen que era una mujer de 85 años plenamente autónoma que sufrió una caída en el domicilio, que compartía con su nieta, el marido de ésta y su

bisnieto, por lo que hubo de ser ingresada en el Hospital el día 9 de agosto de 2021.

Señalan que en el momento del incidente se encontraba sola, “por lo que su nieta (...) advirtió (...) que pudo haberse golpeado la cabeza”. Refieren que “se le practica una radiografía de pelvis pero no se le realiza ningún tac craneal. Se le diagnostica fractura subtrocantérea de fémur. Al ingreso en el Servicio de Traumatología está consciente. Precisa sedación (...) por agitación y dolores. Se programa intervención quirúrgica”, que “se pospone (...) sin avisar a la familia por presentar anemia, trastorno de la coagulación y signos de insuficiencia renal severa”, dejándose constancia de ello en la historia clínica el 11 de agosto de 2021 -“al parecer nadie avisó a la familia ni a la planta de suspensión”-.

Indican que fue operada el día 12 de ese mes “con reducción de la fractura de fémur izquierdo e implante de fijación metálica de fragmentos. Sin incidencias durante la cirugía (...). Consta informe de alta fechado el 12-08-2021 que no llegó a ser efectivo pues (...) permaneció ingresada hasta su fallecimiento./ Preciso nuevos sedantes y mórnicos por dolor y agitación. En la noche del día 12 de agosto (día de la intervención) aumentan estos síntomas y se requiere consulta a Medicina Interna (...), que diagnostica insuficiencia cardíaca descompensada por anemia, insuficiencia renal y deterioro del nivel de consciencia por sobredosificación de sedantes (...). Desde entonces se constata un deterioro de la función renal, presenta un gran hematoma en el muslo tras la cirugía y se inicia tratamiento con antibióticos ante sospecha de infección del hematoma (...). Presenta variaciones alternantes del estado de vigilia, con tendencia a la postración, somnolencia y ausencia de respuestas, alternando con períodos más lúcidos y mejor colaboración (períodos estos últimos escasos)./ Y esto es así ya desde el día siguiente a su ingreso, alertando la propia familia de ello”, y ponen de manifiesto que los días 19 y 20 de agosto la paciente se encontraba dormida y no despertaba pese a la estimulación externa.

Añaden que “en el posoperatorio sufrió un episodio de fiebre elevada, hallándose una infección por estafilococos”, y que “no le es realizado un tac craneal hasta el día 26 de agosto, en el que se objetiva una severa atrofia

cerebral, sin signos de isquemia o sangrado craneal”, efectuándose un nuevo “tac craneal el (...) 9 de septiembre que informa (de) un infarto lacunar residual en ganglios basales derechos”. Reseñan que hay una nota de Medicina Interna del día 19 de agosto en la que se consigna que “no se ha realizado seguimiento del programa de fractura de cadera por falta de personal”, y que “durante todo este período se constata una progresiva pérdida de función renal (...) y presencia de fiebre. Una Rx de tórax muestra una atelectasia pulmonar del lóbulo inferior izquierdo./ Comatosa desde al menos el día 2 de septiembre de 2022, presentando cuadro compatible con posible ictus hemisférico derecho versus de tronco cerebral (...), no se le practica un nuevo tac hasta el mismo día de su fallecimiento (dos días más tarde) en el que se objetiva infarto lacunar residual en ganglios basales derechos./ Sin haber intervenido en ningún momento ningún facultativo especialista ni en Nefrología ni en Neurología”.

Destacan que durante el ingreso se le suministra “Digoxina a doble dosis de la que tenía pautada y que llevaba años sin serle recetada”, y que “desde farmacia el día 12 de agosto de 2021 se solicita aclaración sobre la dosis”, administrándose dicho fármaco “con los graves riesgos que concurrían”.

Aclaran que no se presenta reclamación “por la propia intervención sino por la secuencia de hechos que se fueron produciendo”, tomando en consideración que “ante los antecedentes de la paciente (...) no constan previsiones de posibles complicaciones derivadas de las mismas por parte de la Administración sanitaria, y que ante el accidente cerebral que era previsible dados los antecedentes de afección circulatoria (...) debería haberse remitido a Neurología (...), por lo que ha existido un retraso en el diagnóstico por retraso en la realización de ambos tac”, entendiéndose que “un tratamiento adecuado en las primeras 48 horas hubiera prevenido las concurrencias del infarto cerebral. Ello aunado a la infección posquirúrgica padecida, a un empeoramiento renal no tratado desde (...) Nefrología, con probable toxicidad por Digoxina, trajo como consecuencia el fallecimiento de la paciente, motivos por los cuales la asistencia prestada en el concreto caso no se ajustó a la *lex artis*”.

Añaden que “para el caso de que se entienda que no existe mala praxis, basamos nuestra reclamación en la pérdida de oportunidad”.

Solicitan una indemnización cuyo importe total asciende a ciento diez mil noventa y cinco euros con setenta y cuatro céntimos (110.095,74 €) “atendiendo al baremo de tráfico”, de los cuales corresponderían 32.027,85 € a su hijo, 37.295,59 € a su hija y 13.590,77 € a cada uno de los tres convivientes -nieta, pareja de ésta e hijo de ambos-. Añaden que en caso de no resultar de aplicación el baremo “habrá de ser indemnizado cada uno de los perjudicados en al menos un 70 % de las cantidades anteriormente señaladas”.

Aportan copia de diversa documentación entre la que se incluye el apoderamiento otorgado ante notario en favor de la letrada actuante; Documento Nacional de Identidad de la fallecida y de los perjudicados; certificado de defunción; partidas de nacimiento de los hijos y Libro de Familia de la nieta, marido e hijo de ambos; certificado de empadronamiento, y diferente documentación clínica.

2. Mediante escrito de 28 de septiembre de 2022, la Jefa de la Sección de Apoyo del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica a los interesados la fecha de recepción de su reclamación en el referido Servicio, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará, el plazo de resolución del mismo y el sentido del silencio administrativo.

3. Previa solicitud formulada al efecto, el día 31 de octubre de 2022 el Gerente del Área Sanitaria V remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia de la historia clínica de la paciente relativa al proceso de referencia y el informe elaborado por la Jefa del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital

En este último, tras resumir los hechos clínicos, se da respuesta a las distintas cuestiones planteadas en la reclamación. Respecto a la no realización de tac craneal hasta el 26 de agosto de 2021, se remite a la nota de ingreso y a las anotaciones que figuran en la petición del tac de ese día, añadiendo que “en

la historia clínica de la paciente consta enfermedad isquémica de pequeño vaso conocida al menos desde 2010”, y concluye que “todos estos datos no hablan de accidente cerebrovascular agudo, por lo que el tratamiento, el pronóstico y la evolución de la paciente hubiesen sido los mismos independientemente de la valoración por el Servicio de Neurología”.

En cuanto a las afirmaciones de que “no se ha realizado seguimiento del programa de fractura de cadera” y que no ha intervenido “en ningún momento ningún facultativo especialista ni en Neurología ni en Nefrología”, explica que el Hospital cuenta con una médica internista “que actúa como interconsultora en los pacientes ingresados por fractura de cadera. Se trata de un apoyo al Servicio de Traumatología para el manejo de estos pacientes que por distintos motivos no puede darse en todos los casos. Pero eso no supone una merma en la calidad asistencial prestada por el Servicio de Medicina Interna (...). En las múltiples notas queda reflejada la valoración constante de la misma, la gran cantidad de pruebas diagnósticas realizadas y el ajuste pertinente de los tratamientos” con base en las mismas.

Manifiesta que “en la nota del 10-8-21 consta ` posible cirugía el jueves en función de coagulación ´, refiriéndose al jueves 12-8-21, día en que la paciente fue operada tras normalizarse la coagulación./ Las notas de la historia clínica no aclaran dónde pudo estar el malentendido respecto a la información que se le dio a la familia, pero la cirugía no fue retrasada”.

En relación con el “deterioro del nivel de consciencia por sobredosificación de sedantes”, indica que “en múltiples notas previas desde el ingreso, en el preoperatorio, en reanimación y posteriormente queda reflejado el nivel de agitación de la paciente”, precisando que es “frecuentemente observado en ancianos intervenidos por fractura de cadera”, y que “el equilibrio entre lograr su confort y la sobredosificación es muy delicado, ocurriendo en ocasiones una disminución del nivel de consciencia cuando se logra la tranquilidad del paciente”.

Sobre la presencia de un hematoma en el muslo tras la cirugía, pone de relieve que en las notas de seguimiento no se menciona su tamaño y que en el tipo de fractura que presentaba la paciente es habitual por el sangrado.

Respecto a la administración de Digoxina, subraya que en la historia clínica no se hace referencia a intoxicación pero si a su indicación dada la fibrilación auricular y la insuficiencia cardíaca diagnosticada, y en cuanto a la de Meropenem señala que la anotación citada supone, no que se cuestione, sino que “no está claro el foco de la posible infección”, tratándose de un antibiótico de amplio espectro utilizado en estos casos. Añade que los pacientes con riesgo quirúrgico estadio 3 o 4 en la clasificación de la ASA presentan una mayor probabilidad de fallecer, citando los predictores que mostraba la enferma.

Concluye que “el desenlace fatal de este caso es y seguirá siendo inevitable en un porcentaje elevado de los pacientes ancianos que sufren fractura de cadera y debe ser asumida como inherente al proceso y no a la mala praxis”.

4. Con fecha 15 de diciembre de 2022, emiten informe pericial a instancia de la compañía aseguradora de la Administración dos especialistas, una de ellas en Neurología y otro en Cirugía General y del Aparato Digestivo.

En él se concluye que “no existe negligencia, culpa y/o mala praxis en la asistencia prestada (...) por parte de los profesionales sanitarios del Servicio de Salud del Principado de Asturias”, señalando que la paciente “sufrió una caída sin traumatismo craneoencefálico ni pérdida de consciencia”, y que “en ningún momento presentó focalidad neurológica que hiciese sospechar que padecía una complicación intracraneal aguda, por lo que no se solicitó una prueba de neuroimagen”. Explican que “durante el ingreso hospitalario (...) presentó múltiples complicaciones médicas propias de una cirugía ortopédica mayor, incluyendo un síndrome confusional agudo, anemia, insuficiencia cardíaca y renal (...). El manejo de dichas patologías se realizó según la *lex artis* por los especialistas en Traumatología, Medicina Interna y Geriátrica, consultando con los Servicios de Hematología y Nefrología (...). El síndrome confusional agudo es

una patología de causa orgánica y multifactorial cuyo manejo no requiere de la valoración de un especialista en Neurología, puesto que no se trata de una patología de origen neurológico (...). El ictus lacunar residual en ganglios de la base derechos no pudo causar el síndrome confusional agudo ni el resto de complicaciones que presentó la paciente durante el ingreso hasta su fallecimiento”.

5. Mediante oficio notificado a los interesados el 23 de diciembre de 2022, el Instructor del procedimiento les comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándoles una copia de los documentos que integran el expediente.

6. El día 18 de enero de 2023, los reclamantes presentan un escrito de alegaciones en el que afirman que “ha existido una mala praxis médica que llevó como trágico desenlace al fallecimiento de la paciente (...), quien ingresó para ser operada de una fractura de cadera y falleció un mes después en el propio hospital por no haberle proporcionado el tratamiento adecuado”.

Indican que si la paciente había sufrido un infarto lacunar con carácter previo a su ingreso, “esta parte se pregunta cómo es posible que no se haya objetivado en el primer tac realizado (el día 26 de agosto), dieciocho días después de su ingreso, encontrándose ya ese día en un estado semicomatoso./ Lo cierto es que desde prácticamente tres días posteriores a su ingreso, ya desde el día 11 de agosto, (su) estado (...) fue empeorando cada día más sin que hubieran intervenido los facultativos de Neurología, ni de Geriatria incluso”.

Ponen de relieve que existen “múltiples discrepancias en cuanto al tratamiento que se le estaba proporcionando, basta con observar varias anotaciones en cuanto a los fármacos que estaba tomando (incluso alguno de ellos por vía oral en lugar de por vía intravenosa cuando la paciente ya prácticamente ni comía), las observaciones realizadas desde farmacia, etc.”.

7. Con fecha 8 de febrero de 2023, el Instructor del procedimiento formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella afirma que “la asistencia fue correcta y adecuada a la *lex artis*. La paciente fue valorada (...) por Hematología el mismo día del ingreso, dado que estaba sometida a tratamiento anticoagulante. Fue precisamente la necesidad de normalizar el INR lo que motivó la demora en la intervención quirúrgica. También fue valorada por los Servicios de Medicina Interna y Nefrología que instauraron los tratamientos oportunos, estableciéndose un seguimiento (...) por parte del Servicio de Medicina Interna. No se consideró necesario realizar una interconsulta con el Servicio de Neurología ya que al ingreso no se hace referencia a la existencia de un (traumatismo craneoencefálico), y tampoco presentaba pérdida de consciencia ni focalidad neurológica. El ictus lacunar en ganglios basales es una lesión antigua (...). Precisó la administración de antipsicóticos por la agitación que presentaba. Dadas las características de este tipo de pacientes, existe un débil equilibrio entre una sedación adecuada y la sobredosificación que, por otra parte, no causó ningún perjuicio (...). La formación de hematomas en el muslo es frecuente en este tipo de fracturas subtrocantéreas. En ningún momento en la historia clínica se hace referencia a la existencia de un “gran hematoma”. La administración de Digoxina estaba totalmente indicada dada la insuficiencia cardíaca y la fibrilación auricular que presentaba. Se realizó un control plasmático de los niveles de dioxina y no se produjo ninguna intoxicación. La administración de un antibiótico de amplio espectro (Meropenem) no se cuestiona en la historia, sino que hace referencia al desconocimiento del foco infeccioso. El fallecimiento (...) no se debió a una mala praxis médica, sino a una mala evolución y deterioro en una paciente con importantes patologías previas (...), edad avanzada, lo que por desgracia es bastante frecuente en este tipo de pacientes”.

8. En este estado de tramitación, mediante escrito de 29 de marzo de 2023, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de

responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm. de la Consejería de Salud, 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, pudiendo actuar por medio de representante con poder bastante al efecto a tenor de lo establecido en el artículo 5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC).

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado como titular del servicio público sanitario.

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la 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 9 de septiembre de 2022, habiendo tenido lugar el fallecimiento del que trae origen el día 9 de septiembre de 2021, por lo que basta con acudir al principio del *dies a quo non computatur in termino* conforme a su interpretación jurisprudencial para concluir que la acción se ha ejercitado 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, 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 que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21.1 y 24.3, letra b), de la referida 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.- Se somete a nuestra consideración un procedimiento de responsabilidad patrimonial en el que los interesados solicitan una indemnización

por el daño sufrido a causa del fallecimiento de su familiar, que achacan a una deficiente actuación sanitaria.

Acreditada la realidad del óbito y los vínculos familiares entre quienes ejercitan la acción y la persona fallecida, cabe presumir la existencia del daño cuya indemnización se reclama. Ahora bien, como venimos reiterando, la mera constatación de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si el mismo se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio público y si ha de reputarse antijurídico.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo (por todos, Dictamen Núm. 211/2021), 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 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 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 previo estado del paciente o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

También ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega, salvo en aquellos casos en que el daño es desproporcionado y denota por sí mismo un componente de culpabilidad (*res ipsa loquitur* o regla de la *faute virtuelle*). Fuera de esos supuestos, 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.

Pese a interesar a quien reclama la prueba de las alegaciones que sostiene, los perjudicados no han desarrollado en vía administrativa actividad probatoria alguna en relación con la supuesta mala praxis asistencial, limitándose a aportar los informes clínicos del hospital y a exponer su personal interpretación de los hechos. Por ello, este Consejo ha de formar su juicio acerca de la posible existencia de una infracción de la *lex artis* y de su relación causal con los daños que se alegan sobre la base de la documentación que obra en el expediente.

En el supuesto planteado, los reclamantes consideran que la mala praxis -o, en su defecto, la pérdida de oportunidad- se acredita basándose en el hecho de que la fallecida era una mujer -de 85 años- plenamente autónoma hasta el momento del ingreso hospitalario que culmina con la defunción. El ingreso se produce tras sufrir una caída en su domicilio que le provoca una fractura subtrocantérea de fémur, abordada mediante intervención quirúrgica el día 12 de agosto de 2021. En el posoperatorio la paciente fue empeorando, con una tendencia a la postración y somnolencia y diversas complicaciones (insuficiencia cardíaca descompensada por anemia, insuficiencia renal, deterioro del nivel de consciencia), así como una infección por estafilococos. Los interesados insisten en que a pesar de haberse caído estando sola en casa no se le practicó un tac craneal en el momento del ingreso y en que no hubo asistencia de especialistas, además de mencionar que recibió medicamentos en dosis excesivas e inadecuadas para su estado por el riesgo a sufrir complicaciones graves, considerando que el conjunto de la asistencia prestada evidencia una mala praxis.

Planteada en estos términos la reclamación, procede indicar que tal interpretación de las causas del fatal desenlace no encuentra sustento pericial alguno, habiéndose acreditado por la Administración sanitaria que la paciente fue valorada y atendida en función del cuadro clínico que presentaba en cada momento.

En este sentido, como hemos señalado en ocasiones anteriores (entre otras, Dictamen Núm. 137/2020), lo exigible es una asistencia adecuada a los síntomas por los que el paciente acude, “ponderada la respectiva naturaleza de esos servicios (...) y considerada la improcedencia de realizar pruebas indiscriminadas o aleatorias o de someter a los enfermos a estudios invasivos ante la menor sospecha, lo que no es asumible por el servicio público sanitario ni se ajusta a los requerimientos del cuidado de la salud”.

Formulada la anterior aclaración, cabe abordar distintas cuestiones suscitadas a la luz de la documentación incorporada al expediente. En primer lugar, y respecto a la no realización de un tac craneal en el momento del ingreso y la supuesta tardanza en practicar dicha prueba, debemos señalar que el hecho de que la paciente sufriera una caída estando sola en casa no es por sí solo motivo que evidencie su necesidad. La documentación clínica muestra que la enferma no sufrió ningún traumatismo craneoencefálico, pérdida de consciencia ni focalidad neurológica que requiriesen efectuar dicha prueba, llevándose a cabo la misma (en tres ocasiones) cuando se reveló precisa, y sin que su evolución hubiese variado en caso de haber sido valorada por el Servicio de Neurología en el momento en el que los reclamantes consideran adecuado. Se advierte, además, que “en la historia clínica de la paciente consta enfermedad isquémica de pequeño vaso conocida al menos desde 2010”.

Las complicaciones que surgieron fueron las características de una cirugía ortopédica mayor en una paciente de la edad y estado de la que nos ocupa, y consta acreditado que se sometió a un seguimiento acorde a tales complicaciones, con valoración constante y realización de numerosas pruebas diagnósticas, sin que quepa entender que la atención recibida fuera deficiente o limitada.

En cuanto a las afirmaciones sobre la inadecuada medicación que se le pautó, cabe mencionar que, por una parte, se señala la improcedencia de prescribir determinado antibiótico, justificando su empleo la Administración con base en la no detección del foco de infección que exige un antibiótico de amplio espectro. Por otro, los reclamantes relatan que se le administraba Digoxina en dosis muy altas e inadecuadas que la sumieron en un estado de falta de respuesta a los estímulos externos. También justifica el Servicio actuante las dosis empleadas debido a la fibrilación auricular y a la insuficiencia cardíaca que se le diagnosticó. Queda igualmente probado, a falta de criterio médico de contraste, que el nivel de agitación que presentaba la paciente recomendaba las dosis señaladas, indicando que “el equilibrio entre lograr su confort y la sobredosificación es muy delicado, ocurriendo en ocasiones una disminución del nivel de consciencia cuando se logra la tranquilidad del paciente”. Se afirma asimismo por parte de la Administración sanitaria que el ictus lacunar residual en ganglios de la base derechos evidenciado el 9 de septiembre no pudo causar el síndrome confusional agudo ni el resto de complicaciones que presentó la paciente, que fueron características de una cirugía ortopédica mayor, incluyendo, además del síndrome confusional agudo, anemia, insuficiencia cardíaca y renal. De todo ello resulta que la paciente presentaba diversos cuadros clínicos concurrentes que son comunes en el caso de cirugías como a la que se sometió, tomando en consideración su edad, sin que quede acreditada mala praxis por parte del personal al servicio de la Administración sanitaria.

En este complejo escenario clínico, el fallecimiento de la paciente no se puede vincular en modo alguno, en una relación de causa a efecto, a una mala praxis, sin que conste un retraso diagnóstico ni una deficiencia en los tratamientos empleados determinante del resultado.

En suma, no se objetiva negligencia alguna, siendo la actuación del personal sanitario constante, acompasada a la tórpida evolución de la clínica de la paciente y conforme a la *lex artis* según se desprende de los informes obrantes en el expediente, que en ningún momento han sido desvirtuados por los reclamantes, quienes no han acudido al derecho que la ley les confiere para

presentar pericias que acrediten que el daño padecido guarda relación con una mala praxis médica. El daño ocasionado no resulta, pues, antijurídico y no puede imputarse causalmente a la asistencia sanitaria dispensada, sin que pueda entenderse acreditada una pérdida de oportunidad terapéutica, lo que necesariamente debe llevar a la desestimación de la reclamación que nos ocupa.

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

LA PRESIDENTA,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.