

Dictamen Núm. 92/2024

V O C A L E S :

Sesma Sánchez, Begoña,
Presidenta
González Cachero, María Isabel
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 16 de mayo de 2024, por medios electrónicos, 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 18 de marzo de 2024 -registrada de entrada el día 25 de ese mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños derivados del tratamiento dispensado a su familiar desde el ingreso en la UCI hasta su fallecimiento.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 23 de mayo de 2023 la interesada, en su propio nombre y derecho y en nombre y representación de sus hermanos, presenta en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños derivados de la atención prestada a su madre desde el ingreso en la UCI hasta su fallecimiento, caracterizada por la inactividad del personal sanitario y una falta de preocupación por su bienestar.

Expone que el 22 de mayo de 2022 su madre “cayó en la escalera quedando inconsciente. Los servicios del 112 la trasladaron al (Hospital)”

previa exploración e intubación./ Un dato relevante es que había empezado a tomar Adiro hacía dos meses, después de la consulta en Neurología debido a un posible ictus transitorio (...). La neuróloga dijo que tenía que tomarlo (...) como prevención, pero en ningún caso nos advirtió de los peligros, aunque sabía que a veces tenía mareos y podía caerse”.

Refiere que fue valorada por Neurocirugía y que se les “explica a los familiares que no hay indicación quirúrgica en este caso. Por otra parte, el responsable médico de la UCI mostró una actitud muy desesperanzadora, hasta el punto de aventurar prognosis de tetraplejia (...), y propuso el no ingreso y extubación. La causa principal para no ingresar a la paciente era su edad y que estaba tomando Adiro”. Los familiares le indicaron que a pesar de la edad se trataba de “una persona independiente que hacía de todo y que había comenzado a tomar Adiro hacía dos meses de manera preventiva (...). Ante la negativa de la familia a aceptar la (...) propuesta se decidió el ingreso en UCI, si bien se advirtió a la familia que no iban a hacer nada extraordinario para mantener a la paciente con vida ante cualquier complicación que apareciese. Además no podrían administrarle sedación ni nada”. Reseña que cuando les permitieron entrar en la UCI su “madre reaccionó al (...) llamarla”, y “observamos claramente (...) que intentó incorporarse en la cama (...). Esta posibilidad de que (...) pudiera oírnos no fue nunca contemplada por los sanitarios de la UCI, que decían que era imposible que se enterase de nada y actuaban como si ella no estuviese”.

Señala que “el (...) internista de la UCI (...) dijo que la ingresaban pero que en ningún caso se le iba a administrar sedación, tampoco después de las pruebas neurológicas”. Precisa que durante su “estancia en la UCI, la tarde del 22 de mayo (...), estaba claramente incómoda, con vómitos continuos que la hacían encogerse de dolor y malestar (...). Se consultó al médico si podía darle algo para el dolor (...). Le fue suministrado Fentanilo en la bomba intravenosa. Desconocemos el tiempo que se mantuvo la analgesia, pero en el momento de su fallecimiento el Fentanilo estaba agotado completamente”.

Manifiesta que “durante toda la tarde (...) estaba incómoda y tenía vómitos continuos, muy probablemente debido a la acumulación de sangre en

estómago que no era aspirada./ Aunque tenía colocada una sonda nasogástrica (...), no se realizó la aspiración en ningún momento y la acumulación de sangre impedía el drenaje de la misma (...). En una ocasión su hijo estaba viendo que la sonda no era permeable y la tocó porque la sangre no fluía de ninguna manera. Las enfermeras en ese momento reaccionaron y los familiares explicamos nuestro temor. Dijimos que no fluía la sangre, hecho por otra parte predecible ya que es imposible que drene por gravedad y por eso se debe realizar aspiración./ Sólo en ese momento nos dijeron (...) que la iban a aspirar y nos hicieron salir. Hasta las 9 y media de la noche (...) no se volvió a realizar aspiración de la sangre, aunque la situación de vómitos y sangre seguía siendo la misma. Desconocemos cómo fue la actuación durante la noche. También le preguntamos al médico si se podía hacer algo para los vómitos ya que se veía el sufrimiento que tenía (...). Nos dijo que se le daba Primperan, aunque no consta en la historia”.

Razona que, “aunque conocemos las normas en cuanto a las visitas en la UCI, cada vez está más claro el beneficio de acompañar a los pacientes en UCI. Además, este caso tenía suficiente fundamento para permitirnos permanecer” con ella; sin embargo, no se nos permitió (...) la estancia nocturna (...), lo que hizo que no pudiésemos estar presentes en el momento de su fallecimiento. Cuando dejamos la UCI, la noche del 22 de mayo de 2022, el responsable médico nos informó que estaba estable y que se le realizaría un tac al día siguiente para ver la evolución”.

Afirma que “la actitud fue en todo momento (...) de inactividad por parte de los profesionales de la UCI, que veían una persona de 90 años y en ningún momento se preocuparon por su bienestar, hasta el punto de no aspirar tan siquiera la sonda (...) ni preocuparse en aliviar su sufrimiento./ Lo (...) expuesto indica una deficiencia en la asistencia sanitaria (...) que supuso un sufrimiento innecesario a la paciente” y ocasionó “daños y perjuicios en su derecho a la salud y a ser atendida con todos los medios disponibles, procurando el máximo bienestar incluso en el momento de su muerte”.

Solicita una indemnización de cincuenta mil euros (50.000 €).

2. Mediante oficio de 30 de mayo de 2023, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto comunica a la interesada la fecha de recepción de su reclamación, y le concede un plazo de diez días para que acredite el parentesco de los reclamantes y la representación que dice ostentar.

3. El día 16 de junio de 2023, los interesados presentan en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias una copia del Libro de Familia y una nueva reclamación -con idéntico contenido que la anterior- firmada por los tres hijos de la fallecida.

4. Mediante oficio de 22 de junio de 2023, 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, la designación de instructor del procedimiento, las normas con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

5. Previa petición formulada por el Instructor del procedimiento, el 17 de agosto de 2023 el Área de Reclamaciones y Asuntos Jurídicos de la Gerencia del Área Sanitaria IV le remite una copia de la historia clínica de la paciente y el informe librado por el Servicio de Medicina Intensiva el 8 de agosto de 2023.

En este último, la Jefa del Servicio señala que “en el momento de la valoración inicial por parte del equipo de la UCI la paciente se encontraba sedada con una perfusión IV continua de Midazolam y analgesiada con una perfusión IV continua de Fentanilo. En la exploración neurológica (...) no presentaba ningún tipo de respuesta a estímulos por lo que posteriormente se realizó una ventana de sedación” para efectuar “una nueva exploración neurológica sin interferencias, encontrándose (...) en coma con 7 en la escala de Glasgow y, según figura en la historia clínica (...), no conectaba con el medio, no abría los ojos a la llamada ni al dolor, no obedecía órdenes y presentaba una desviación de la mirada hacia la derecha./ Con respecto a la analgesia (...), sí se instauró tratamiento analgésico figurando como se puede comprobar” en la historia clínica de UCI “una perfusión IV continua de Fentanilo

(analgésico 100 veces más potente que la morfina) hasta su fallecimiento, además de Paracetamol IV”.

Explica que “la paciente estaba intubada y en ventilación mecánica. Se le colocó una sonda nasogástrica que permitía el drenaje del contenido gástrico por gravedad, que es la práctica habitual en estos casos (...). Según figura en los comentarios de enfermería (...), se realizaron 7 aspiraciones durante los turnos de tarde y noche a través de la sonda nasogástrica. Así mismo se indicó tratamiento IV con Omeprazol como protector gástrico y Metoclopramida como medicación antiemética que se administró en dos ocasiones a las 18:00 horas y a la 1:00 h”.

Refiere que “ante la presencia de sangre en aspirado gástrico -paciente antiagregada con ácido acetilsalicílico por un ictus isquémico previo- se aumentó la dosis de Omeprazol. El sangrado no era importante ya que en ese momento no se demostró anemia en la analítica realizada ni tampoco inestabilidad hemodinámica. Aun así, se media atravesando la cresta occipital externa y se extiende al margen posterolateral izquierdo del agujero magno. Hematomas epicraneales occipital derecho y parietal izquierdo. TC columna cervical: subluxación atloaxoidea rotatoria grado I”.

Añade que “la paciente es atendida inicialmente por el S. de Neurocirugía, que valorando sus características clínicas, situación neurológica y hallazgos en el TC descarta cualquier tipo de intervención, lo que comunican a la familia”, que “se opone radicalmente a la extubación de la paciente y presionan para que ingrese en la UCI a pesar de que no cumple los criterios (...). Ante las presiones familiares (...) ingresa en la UCI (...) el día 22 de mayo del 2022 falleciendo, antes de cumplir las 24 horas de ingreso, el día 23 de mayo (...) a las 7:30 horas, tras presentar bruscamente una parada cardíaca después de una fibrilación ventricular en el contexto de su grave TCE y situación clínica general”.

6. Obra en el expediente a continuación el informe pericial elaborado a instancias de la compañía aseguradora de la Administración el 27 noviembre de

2023 por dos especialistas, uno de ellos en Medicina Intensiva y el otro en Cirugía General y del Aparato Digestivo.

En él señalan que "la decisión propuesta de limitación del soporte vital realizada por los neurocirujanos y el médico intensivista, a saber, retirada del tubo orotraqueal y medidas de confort, es acorde a las recomendaciones de las sociedades científicas de Medicina Intensiva, dada la irreversibilidad de las lesiones que presentaba la paciente: / a) La limitación del tratamiento de soporte vital (...) o adecuación de esfuerzo terapéutico supone la retirada o no inicio de cualquier técnica de soporte vital cuando se considera que la enfermedad es irreversible. En ningún caso `produce´ o `causa´ la muerte (...). `Permite´ que el proceso de muerte se instaure como evolución inevitable de la enfermedad, en este caso consecuencia del TCE. / b) Está demostrado que la edad es un factor determinante en la evolución de TCE grave y en las posibilidades de recuperación funcional. (La paciente) tenía 90 años, el TCE le había provocado un estado de coma (...) grave y las lesiones en tac craneal traducían hemorragias bilaterales, edema cerebral y signos de hipertensión intracraneal (informe de tac: `efecto de masa global por edema vasogénico con compresión parcial del sistema ventricular supratentorial y colapso de las cisternas perimesencefálicas´), lo que le confería en su conjunto (características de las lesiones, edad y estado de coma) un pronóstico ominoso (...). c) La retirada del tubo orotraqueal forma parte de las medidas de confort que se ofrecen al paciente en los cuidados al final de la vida, según las recomendaciones de la Sociedad de Medicina Intensiva (...). d) (La paciente), en Urgencias, se encontraba en coma y bajo efectos de una perfusión continua de sedantes y analgésicos, como son el Midazolam y el Fentanilo, momento en el que se propone la retirada del tubo orotraqueal como medida de confort y para no prolongar una situación irreversible (...). e) La familia se niega a la retirada de este soporte por lo que decide ingreso en UCI, no sin antes ser informada (...) de la actitud a seguir.

Afirman que durante el ingreso en UCI "los cuidados médicos y de enfermería al final de la vida, dirigidos a garantizar un adecuado control del dolor, fueron acordes a *lex artis*. / a) Los cuidados paliativos hacen referencia a

un plan anticipado de cuidados que incluye un trabajo interdisciplinar y que se elabora de forma no urgente teniendo en cuenta las preferencias del paciente y de la familia. En el caso de una patología tan aguda sin posibilidad de previsión como es el caso que nos ocupa, es más correcto conceptualmente referirse a las llamadas medidas de confort como parte del tratamiento al final de la vida (...) que a cuidados paliativos, siendo cierto que ambos comparten como objetivos el alivio del sufrimiento, del dolor o cualquier otro signo de malestar que presente un paciente sin posibilidades de recuperación. Estos objetivos fueron conseguidos (...) durante el ingreso en UCI (...). b) Previo al ingreso en UCI se retira la sedación con Midazolam y la analgesia con Fentanilo, partiendo de una situación de coma (GCS 8) con el objetivo de poder realizar una valoración neurológica en una paciente (a la) que no se iban a aumentar las medidas de tratamiento y que por tanto no precisaba la sedación como parte de tratamiento habitual para el control de la hipertensión intracraneal. c) (...) Habiendo retirado la sedoanalgesia (...) continuaba presentando un GCS 7 (...), lo que significa que cuando se le produce un estímulo doloroso intenso no tiene respuesta en la apertura ocular ni respuesta verbal y sólo existe un movimiento de la extremidad en la que producimos el daño, no siendo capaz de movilizar esa extremidad a la orden del explorador ni de forma ordenada. d) A las 19:08 h se añade sedoanalgesia con Fentanilo en perfusión de forma continua para garantizar correcta analgesia (...) e) Un paciente en coma no puede expresar que tiene dolor o malestar, pero existen otros signos indirectos que pueden revelarlo. En la historia clínica se recoge que la paciente en todo momento está adaptada a ventilación mecánica (un paciente con dolor tendría cambios en la frecuencia respiratoria y le provocaría luchar con el respirador) y tampoco se objetivan cambios en tensión arterial ni frecuencia cardíaca, uso de musculatura accesoria ni otros que de forma indirecta revelarían signo de disconfort, ansiedad o dolor./ f) Los objetivos del tratamiento farmacológico en los cuidados al final de la vida son paliar el dolor, la disnea o el *distress* respiratorio y el delirio. No es un objetivo acelerar el proceso de la muerte. La paciente no precisó de mayor medicación sedante en UCI como el Midazolam ya que se encontraba en coma y por tanto con bajo nivel de conciencia (...), y

no existían en historia clínica signos de discomfort, dolor, disnea o delirio que indicaran su administración”.

Subrayan que durante su ingreso en UCI recibió “todos los cuidados para evitar cualquier otro sufrimiento derivado de la patología de la paciente según *lex artis* (...). Se recogen en la historia clínica todos los cuidados pautados, como la monitorización hemodinámica continua, mantener el cabecero elevado, colchón antiescaras, higiene bucal, cuidados de la piel, prevención de úlceras por presión y cuidados de dispositivos externos que pudieran incomodarla (...). El manejo médico y los cuidados de enfermería de las secreciones hemáticas por sonda nasogástrica y los vómitos fue el adecuado según *lex artis*./ a) Ante la presencia de vómitos con sangre se valoró por el médico de guardia, se pautó Primperam (...) para acelerar el vaciado gástrico y disminuir náuseas y vómitos./ b) Por parte de enfermería, según consta en (la) historia clínica, también se comprobó permeabilidad de la (sonda nasogástrica), se cambió” esta “por otra de mayor calibre (...) para recoger el contenido de los vómitos y se comprobó su correcta posición, descartando una de las causas más frecuentes de un mal funcionamiento de la misma./ c) El drenaje habitual por (sonda nasogástrica) se realiza por gravedad salvo que exista mucho débito en cuyo caso se conecta a aspiración de forma intermitente, tal como se hizo en este caso./ d) Se recoge en el turno de noche de enfermería” que “` se realizan numerosas aspiraciones de secreciones hemáticas’, registrando así que es cierto que sí se realizaron dichas aspiraciones./ e) No sólo recibió aspiraciones. Se asoció Omeprazol (medicación indicada en las hemorragias digestivas) e incluso se solicitó analítica a las 03:00 h con control de hemoglobina para descartar que tal sangrado pudiera estar repercutiendo en el estado hemodinámico de la paciente”.

La familia estuvo informada tanto en Urgencias por Neurocirugía como por “el médico de Cuidados Intensivos del pronóstico infausto y el plan a seguir (...) acorde a la *lex artis*, siempre velando por ofrecer los mejores cuidados (...), poniendo a su disposición todos los medios disponibles indicados./ a) Ante la negativa de la familia a la retirada del soporte vital, se aplicaron todos los cuidados de confort necesarios” hasta su fallecimiento./ b) A la familia se le

permitió visitar a (la paciente) la tarde del ingreso según los horarios que constan en el díptico que se entregó (...). La paciente permanecía estable dentro de la gravedad, incluso se programó un tac para el día siguiente, lo que no hacía predecir el desenlace tan brusco e inevitable, como es una arritmia maligna (fibrilación ventricular). Fue ese hecho y no otro lo que provocó que no se pudiera avisar a la familia con suficiente antelación, como ocurre en muchas ocasiones en pacientes críticos, para que pudieran estar presentes en el momento de fallecimiento”.

Concluyen que “no existe nexo de causalidad entre la asistencia sanitaria prestada por los profesionales del Hospital y la mala evolución de la paciente (...). a) La causa del deterioro clínico y fallecimiento final es claramente una arritmia maligna en el contexto de un daño cerebral severo con signos de hipertensión intracraneal./ b) Cualquier tratamiento de soporte invasivo o quirúrgico no hubiera podido evitar ni modificar el desenlace fatal dada la gravedad de las lesiones, edad y estado de coma al ingreso hospitalario”.

7. Mediante oficio notificado a los interesados el 23 de enero de 2024, el Instructor del procedimiento les comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándoles una copia de los documentos obrantes en el expediente.

No consta en este que se hayan presentado alegaciones.

8. Con fecha 23 de febrero de 2024, el Instructor del procedimiento elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella considera que “en el presente caso la asistencia fue correcta y adecuada a la *lex artis* (...). La presencia de sangrado ventricular es de pronóstico infausto y más con la edad de la paciente (90 años) (...). No reunía ningún criterio quirúrgico. La familia estuvo siempre informada de la situación (...) y se permitió que visitasen a la paciente”.

9. En este estado de tramitación, mediante escrito de 18 de marzo de 2024, 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. ERP 2023/86 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.- Por lo que respecta a la legitimación, los reclamantes centran su pretensión resarcitoria en la presunta "inactividad por parte de los profesionales de la UCI", que "en ningún momento se preocuparon por su bienestar", lo que habría deparado un "sufrimiento innecesario a la paciente".

Pues bien, en relación con la legitimación de los herederos para reclamar por los daños personales irrogados al causante, ya indicamos en los Dictámenes Núm. 143/2021 y 262/2023 que se admite pacíficamente en los supuestos en que este hubiera ejercitado la reclamación con antelación a su fallecimiento, y que fuera de este caso no son uniformes los pronunciamientos judiciales sobre si el título de heredero sustenta la legitimación activa para reclamar por unos daños personalísimos que sólo sufrió el causante en vida y no reclamó antes de fallecer. Así, se aprecia una línea jurisprudencial que lo excluye, pero siempre

“atendidas las circunstancias del caso concreto y el estado de salud del paciente” (Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 20 de abril de 2018 -ECLI:ES:TSJM:2018:4008-, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 10.ª), pues ha de admitirse cuando el enfermo se encuentra postrado, impedido o privado de su plenitud de condiciones para discernir y ejercitar el derecho a reclamar el daño. Entre los recientes pronunciamientos judiciales, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 15 de enero de 2021 -ECLI:ES:TSJAS:2021:2- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.ª) insiste en que “para poder ejercer tal acción a título de heredero es preciso que la masa hereditaria se integre, bien del derecho conquistado a indemnización, bien del derecho litigioso (mediante subrogación), o bien del derecho a obtener una respuesta indemnizatoria, que requiere haber ejercido el interesado tal reclamación en vida. No existe un derecho genérico a reclamar que pueda actualizarse o ejercerse *ex novo* por los herederos, salvo en los casos en que se acredite la imposibilidad del titular de ejercer o formular tal reclamación por no disponer de plazo para ello al fallecer o quedar incapacitado en su voluntad tras la consolidación de los daños o perjuicios”.

En el presente caso, en el informe clínico de alta del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital de 22 de mayo de 2022 consta que la paciente fue llevada por UVI móvil tras “caída aparentemente accidental desde 8 escaleras, con traumatismo craneal derecho e inmediata disminución del nivel de consciencia”, refiriéndose en el mismo informe que al ingreso en la UCI la paciente se hallaba en coma.

Por otra parte, este Consejo viene sosteniendo que resultando acreditado el fallecimiento del familiar “hemos de presumir el daño moral que ello supone” para sus hijos (entre otros, Dictámenes Núm. 150/2013, 29/2014 y 94/2014).

Sentado lo anterior, y 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 como 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 23 de mayo de 2023, y el fallecimiento de la madre de los interesados tiene lugar el día 23 de mayo de 2022 por lo que, en aplicación de la regla *dies a quo non computatur in termino* (segundo párrafo del artículo 30.4 de la LPAC), se acciona 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 que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21 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 reclaman una indemnización por los daños derivados de la asistencia prestada a su madre desde el ingreso en la UCI hasta su fallecimiento, caracterizado, a su entender, por inactividad y falta de preocupación por el bienestar de la paciente.

Acreditado el óbito, y sin prejuzgar aquí el concreto proceder de los servicios sanitarios, debemos recordar que 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 sanitario y si ha de reputarse antijurídico, en el sentido de que se trate de un daño que los interesados no tuvieran el deber jurídico de soportar.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo (por todos, Dictamen Núm. 182/2019), 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 eventualmente pueda sufrir el paciente con ocasión de la atención recibida, 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 concretos.

Por tanto, para poder 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 opera no sólo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles, de acuerdo con los conocimientos científicos del momento. El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que un defectuoso diagnóstico ni un error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes.

También ha subrayado este Consejo (por todos, Dictamen Núm. 81/2019) 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. Esto es, la responsabilidad patrimonial no sólo requiere que se constaten deficiencias en la atención médica prestada, sino también que el perjuicio cuya reparación se persigue sea una consecuencia o tenga como factor causal dicha prestación sanitaria.

En el supuesto analizado, los interesados -tras referir la caída sufrida por su madre en las escaleras del domicilio- advierten, como “dato relevante”, que la paciente “había empezado a tomar Adiro hacía dos meses”, y que por parte del Servicio de Neurología “en ningún caso (se) advirtió de los peligros, aunque sabía que a veces tenía mareos y podía caerse”. Seguidamente, señalan que “en la conversación con el médico internista de la UCI (éste les) dijo que la ingresaban pero que en ningún caso se le iba a administrar sedación, tampoco

después de las pruebas neurológicas”; que “durante (la) estancia en la UCI, la tarde del 22 de mayo, (la paciente) estaba claramente incómoda con vómitos continuos que la hacían encogerse de dolor y malestar”, y que desconocen “el tiempo que se mantuvo la analgesia”, pero que en el momento de su fallecimiento “el Fentanilo estaba agotado completamente”. Asimismo, manifiestan que aunque la paciente “tenía colocada una sonda nasogástrica (...), no se realizó la aspiración en ningún momento y la acumulación de sangre impedía el drenaje de la misma a la bolsa colectora”, y que no se les permitió “la estancia nocturna” por lo que no pudieron “estar presentes en el momento de su fallecimiento”. Finalmente, sostienen que “la actitud (...) en todo momento fue de inactividad por parte de los profesionales de la UCI (...) y en ningún momento se preocuparon por su bienestar, hasta el punto de no aspirar tan siquiera la sonda (...) ni preocuparse en aliviar su sufrimiento”.

Vista la posición de los reclamantes, es preciso abordar el contenido más significativo de la restante documentación obrante en el expediente.

El informe de la Jefa del Servicio de Medicina Intensiva señala que “en la exploración neurológica la paciente no presentaba ningún tipo de respuesta a estímulos por lo que posteriormente se realizó una ventana de sedación” para llevar a cabo “una nueva exploración neurológica sin interferencias, encontrándose (...) en coma con 7 en la escala de Glasgow” y, según consta en la historia clínica, “la paciente no conectaba con el medio, no abría los ojos a la llamada ni al dolor, no obedecía órdenes y presentaba una desviación de la mirada hacia la derecha”. En cuanto a la analgesia, refiere que (...) consta en la historia clínica (...) de UCI (que) sí se instauró tratamiento analgésico, figurando (...) una perfusión IV continua de Fentanilo (analgésico 100 veces más potente que la morfina) hasta su fallecimiento, además de Paracetamol IV”. Por otra parte, indica que “se le colocó una sonda nasogástrica que permitía el drenaje del contenido gástrico por gravedad, que es la práctica habitual en estos casos” -así, aparece en los comentarios de enfermería de la historia clínica que “se realizaron 7 aspiraciones durante los turnos de tarde y noche a través de la sonda nasogástrica”-, y que “se indicó tratamiento IV con Omeprazol como protector gástrico y Metoclopramida como medicación

antiemética que se administró en dos ocasiones”. Por último, añade que “es atendida inicialmente por el S. de Neurocirugía”, que “valorando sus características clínicas, situación neurológica y hallazgos en el TC descarta cualquier tipo de intervención, lo que comunican a la familia”, y que “ante las presiones familiares (...) ingresa en la UCI (...), falleciendo antes de cumplir las 24 horas de ingreso (...), tras presentar bruscamente una parada cardíaca después de una fibrilación ventricular en el contexto de su grave TCE y situación clínica general”.

Por su parte, la pericial elaborada a instancias de la entidad aseguradora señala que la “propuesta de limitación del soporte vital realizada por los neurocirujanos y el médico intensivista, a saber, retirada del tubo orotraqueal y medidas de confort, es acorde a las recomendaciones de las sociedades científicas de Medicina Intensiva, dada la irreversibilidad de las lesiones que presentaba la paciente”, puesto que “las lesiones en tac craneal traducían hemorragias bilaterales, edema cerebral y signos de hipertensión intracraneal (...), lo que le confería en su conjunto (características de las lesiones, edad y estado de coma) un pronóstico ominoso respecto a su supervivencia y recuperabilidad a pesar de los tratamientos disponibles”. A continuación, indica que “en el caso de una patología tan aguda (...) es más correcto conceptualmente referirse a las llamadas medidas de confort como parte del tratamiento al final de la vida (...) que a cuidados paliativos, siendo cierto que ambos comparten como objetivos el alivio del sufrimiento, del dolor o cualquier otro signo de malestar que presente un paciente sin posibilidades de recuperación”; que “estos objetivos fueron conseguidos (...) durante el ingreso en UCI”, puesto que previamente “se retira la sedación con Midazolam y la analgesia con Fentanilo, partiendo de una situación de coma (GCS 8) con el objetivo de poder realizar una valoración neurológica en una paciente (a la) que no se iban a aumentar las medidas de tratamiento y que, por tanto, no precisaba la sedación como parte de tratamiento habitual para el control de la hipertensión intracraneal”; que “a las 19:08 h se añade sedoanalgesia con Fentanilo en perfusión de forma continua para garantizar correcta analgesia”; que “en la historia clínica se recoge que la paciente en todo momento está

adaptada a ventilación mecánica (un paciente con dolor tendría cambios en la frecuencia respiratoria y le provocaría luchar con el respirador) y tampoco se objetivan cambios en tensión arterial ni frecuencia cardíaca, uso de musculatura accesoria ni otros que de forma indirecta revelarían signo de discomfort, ansiedad o dolor”, y que “no precisó de mayor medicación sedante en UCI como el Midazolam, ya que se encontraba en coma y por tanto con bajo nivel de conciencia (...) y no existían en historia clínica signos de discomfort, dolor, disnea o delirio que indicaran su administración”.

Advierte también el informe que “ante la presencia de vómitos con sangre se valoró por el médico de guardia (y) se pautó Primperam (...) para acelerar el vaciado gástrico y disminuir náuseas y vómitos”; que “por parte de enfermería (...) se comprobó permeabilidad de la (sonda nasogástrica), se cambió (...) por otra de mayor calibre (...) para recoger el contenido de los vómitos y se comprobó su correcta posición, descartando una de las causas más frecuentes de un mal funcionamiento de la misma”, y que “en el turno de noche de enfermería (...) se realizan numerosas aspiraciones de secreciones hemáticas”, registrando así que es cierto que sí se realizaron dichas aspiraciones”.

Finalmente, manifiesta que “la familia estuvo informada tanto en Urgencias por Neurocirugía como por el médico de Cuidados Intensivos del pronóstico infausto y el plan a seguir”; que “se le permitió visitar a (la paciente) la tarde del ingreso según los horarios que constan en el díptico que se entregó”; que “la paciente permanecía estable dentro de la gravedad, incluso se programó un tac para el día siguiente, lo que no hacía predecir el desenlace tan brusco e inevitable como es una arritmia maligna (fibrilación ventricular)”; que “fue ese hecho y no otro lo que provocó que no se pudiera avisar a la familia con suficiente antelación”, y que “cualquier tratamiento de soporte invasivo o quirúrgico no hubiera podido evitar ni modificar el desenlace fatal dada la gravedad de las lesiones, edad y estado de coma al ingreso hospitalario”.

Por su parte, la propuesta de resolución mantiene que “la presencia de sangrado ventricular es de pronóstico infausto y más con la edad de la paciente

(90 años)”, que “no reunía ningún criterio quirúrgico” y que “la familia estuvo siempre informada de la situación (...) y se permitió que visitasen a la paciente”.

Planteadas en estos términos la controversia, y con carácter previo a cualquier otra consideración, es preciso advertir que, pese a interesar a quien reclama la prueba de las alegaciones que sostiene, los reclamantes no han desarrollado en vía administrativa actividad probatoria alguna, por lo que las afirmaciones vertidas en la reclamación, tanto de índole fáctico como técnico, únicamente hallan fundamento en su particular opinión sobre los hechos; en consecuencia, este Consejo se ve obligado a formar su convicción acerca de las cuestiones de índole médica sobre la base de la documentación incorporada al expediente por la Administración y su compañía aseguradora. Asimismo, es necesario no perder en ningún momento de vista la extremadamente compleja situación clínica de una paciente nonagenaria que presentaba las siguientes enfermedades previas: hipertensión arterial, hipertrigliceridemia, deterioro cognitivo, hipotiroidismo, poliartrosis, cervicoartrosis, accidente isquémico transitorio en mayo de 2021, ictus isquémico en junio de 2021, accidente isquémico transitorio de repetición en hemisferio izquierdo (datos obrantes en el informe clínico de alta del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital de 22 de mayo de 2022).

Fijadas las respectivas posiciones, cabe descender al fondo del asunto.

En primer lugar, es necesario precisar que, aunque la reclamación refiere una “actitud (...) de inactividad por parte de los profesionales de la UCI” y que la paciente “sufrió daños y perjuicios en su derecho a la salud y a ser atendida con todos los medios disponibles”, los interesados no atribuyen a la atención prestada el fallecimiento de su madre.

La gravedad del accidente padecido y las peculiares circunstancias de la paciente quedan manifiesto en la documentación remitida a este Consejo. Por lo que respecta al accidente, se trata de una “paciente de 90 años que es traída por UVI móvil” tras sufrir una “caída aparentemente accidental desde 8 escaleras, con traumatismo craneal derecho e inmediata disminución del nivel de consciencia” (folio 30 de la historia Millennium), y que, además de su

avanzada edad, padecía hipertensión arterial, deterioro cognitivo, cervicoartrosis y había sufrido un accidente isquémico transitorio en mayo de 2021, un ictus isquémico en junio de 2021 y un accidente isquémico transitorio de repetición en hemisferio izquierdo (todo ello, según el informe clínico de alta del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital de 22 de mayo de 2022).

En cuanto a la valoración de la situación de la enferma, la historia clínica señala que a la llegada de UVI móvil se encuentra "inconsciente con GCS de 8 (...), herida inciso contusa intraparietal con sangrado y desviación de la mirada hacia la dcha., con pupilas medias reactivas. Ante bajo nivel de consciencia se decide IOT (...) sin incidencias, se coloca collarín rígido" y se traslada al Hospital A su llegada al Servicio de Urgencias "misma exploración, en TC cráneo cervical se observa lesión axonal difusa, contusiones hemorrágicas y focos de HSA bilaterales con vertido intraventricular, fractura occipital derecha, subluxación rotatoria atloaxoidea grado I" (folio 30 de la historia Millennium). Asimismo, en la historia clínica consta como diagnóstico principal "traumatismo craneoencefálico severo (GCS de recogida 8)./ Contusiones hemorrágicas y focos de HSA bilaterales con vertido intraventricular./ Posible lesión axonal difusa./ Fractura occipital derecha./ Subluxación rotatoria atloaxoidea grado I (folio 32 de la historia Millennium).

En este contexto, el Servicio de Neurocirugía explica a la familia que "dada la edad, estado de antiagregación y características radiológicas de las lesiones intracraneales la paciente no tiene indicaciones quirúrgicas", y el Servicio de Medicina Intensiva informa "del mal pronóstico neurológico y funcional" y de que "dada la edad lo correcto sería hacer una adecuación del esfuerzo terapéutico y una extubación terminal" (folio 30 de la historia Millennium), posición respaldada por el informe pericial elaborado a instancias de la compañía aseguradora al señalar que "cualquier tratamiento de soporte invasivo o quirúrgico no hubiera podido evitar ni modificar el desenlace fatal dada la gravedad de las lesiones, edad y estado de coma al ingreso hospitalario".

En ese mismo contexto hay que juzgar la conducta de la familia, que abrumada ante la eventual pérdida de un familiar se opone radicalmente a la

extubación e insiste en un ingreso en la UCI al que, a pesar del infausto pronóstico y en una decisión que también evidencia empatía, se accede por parte de los facultativos que atendieron a la paciente. Nada se puede objetar a la pretensión de los reclamantes de que se pusiesen a disposición de su madre absolutamente todos los medios y recursos, pero calibrar la suficiencia y adecuación de estos -operación dirigida a resolver acerca de la responsabilidad patrimonial del servicio público sanitario- es un tema que sólo puede abordarse desde criterios exclusivamente técnicos.

En definitiva, la cuestión a resolver queda centrada en si la paciente recibió o no la atención adecuada y con los medios suficientes para aliviar su sufrimiento y garantizar su bienestar, acompañados a la extremadamente grave situación clínica que presentaba al ingreso en el hospital.

En segundo lugar, los reclamantes mantienen, como "dato relevante", que su madre "había empezado a tomar Adiro hacía dos meses" y que por parte de Neurología "en ningún caso (se les) advirtió de los peligros", si bien no vinculan expresamente la caída en las escaleras con tal circunstancia.

Sobre este extremo, basta recordar que la fallecida presentaba un cuadro clínico muy delicado, deterioro cognitivo y ya había sufrido accidentes isquémicos e ictus, y por otra parte los propios interesados reconocen que su madre "a veces tenía mareos". Entendemos, pues, que ninguna consecuencia de índole jurídica puede derivarse, de haberse producido, de una eventual falta de advertencia -en cualquier caso, incluida en el correspondiente prospecto informativo para el usuario del fármaco- sobre los efectos secundarios del medicamento pautado, en vista de la situación de una paciente nonagenaria con la patología ya indicada, no pudiendo exigirse del correspondiente facultativo una exposición detallada de éstos, sino únicamente la mención de los que quepa considerar más significativos en cada caso.

Por lo que atañe a la analgesia y sedación de la paciente, el informe del Servicio de Medicina Intensiva señala que en la historia clínica de UCI consta que "sí se instauró tratamiento analgésico", pues figura recogida en ella "una perfusión IV continua de Fentanilo (analgésico 100 veces más potente que la morfina) hasta su fallecimiento, además de Paracetamol IV". Por su parte, el

informe emitido a instancias de la compañía aseguradora de la Administración indica que “previo al ingreso en UCI se retira la sedación con Midazolam y la analgesia con Fentanilo, partiendo de una situación de coma (GCS 8) con el objetivo de poder realizar una valoración neurológica en una paciente (a la) que no se iban a aumentar las medidas de tratamiento y que por tanto no precisaba la sedación como parte de tratamiento habitual para el control de la hipertensión intracraneal”, aunque “a las 19:08 h se añade sedoanalgesia con Fentanilo en perfusión de forma continua para garantizar correcta analgesia”. Añade que en la historia clínica se recoge que “en todo momento está adaptada a ventilación mecánica (un paciente con dolor tendría cambios en la frecuencia respiratoria y le provocaría luchar con el respirador) y tampoco se objetivan cambios en tensión arterial ni frecuencia cardíaca, uso de musculatura accesoria ni otros que de forma indirecta revelarían signo de disconfort, ansiedad o dolor”, reseñando más adelante que “la paciente no precisó de mayor medicación sedante en UCI como el Midazolam, ya que se encontraba en coma y por tanto con bajo nivel de conciencia (...), y no existían (...) signos de disconfort, dolor, disnea o delirio que indicaran su administración”.

Acudiendo a la historia clínica, se comprueba que el Servicio de Medicina Intensiva refleja que “a nuestra valoración, paciente con pc de Midazolam y Fentalino, PINR, no responde a estímulos” (folio 30 de la historia Millennium), y si bien en ella se consigna que “al ingreso en UCI, paciente en coma, sin pc de sedoanalgesia”, tal circunstancia queda explicada un poco más adelante al señalar que “al ingreso en UCI se suspende la sedación para evaluación neurológica, con GCS 7 (...), PINR, se implementa analgesia pendiente de la evolución neurológica” (folio 31 de la historia Millennium).

Así pues, cabe concluir que la administración de anestesia a la paciente se llevó a cabo de forma adecuada, habiéndose efectuado en las condiciones que cada momento requería.

En cuanto al reproche de los reclamantes de que a pesar de la acumulación de sangre “no se realizó la aspiración en ningún momento”, el informe del Servicio de Medicina Intensiva subraya que “los comentarios de enfermería de la historia clínica” ponen de manifiesto que “se realizaron 7

aspiraciones durante los turnos de tarde y noche a través de la sonda nasogástrica”, y que “se indicó tratamiento IV con Omeprazol como protector gástrico y Metoclopramida como medicación antiemética que se administró en dos ocasiones”. Por su parte, el informe pericial emitido a instancias de la entidad aseguradora destaca que “por parte de enfermería, según consta en historia clínica, también se comprobó permeabilidad de la (sonda nasogástrica), se cambió” esta “por otra de mayor calibre (...) para recoger el contenido de los vómitos y se comprobó su correcta posición, descartando una de las causas más frecuentes de un mal funcionamiento de la misma”, añadiendo que “en el turno de noche de enfermería (...) `se realizan numerosas aspiraciones de secreciones hemáticas´, registrando así que es cierto que sí se realizaron dichas aspiraciones”. En efecto, las notas de curso clínico de enfermería incorporadas a la historia clínica reflejan “VM en VC al 35 %, secreciones hemáticas, hace 4 vómitos hemáticos con volumen importante, (sonda nasogástrica) continua a bolsa precisando numerosas aspiraciones con débito hemático + coágulos, GV sacados y vistos por MG, mantiene HB de 11,2 g/dL” (folio 25 de la historia Millennium).

Por último, sobre el acompañamiento de la paciente al momento de fallecer, la pericial aportada por la entidad aseguradora pone de manifiesto que de la historia clínica se desprende que “permanecía estable dentro de la gravedad, incluso se programó un tac para el día siguiente, lo que no hacía predecir el desenlace tan brusco e inevitable, como es una arritmia maligna (fibrilación ventricular)”, y que “fue ese hecho y no otro lo que provocó que no se pudiera avisar a la familia con suficiente antelación”. Asimismo, no cabe obviar que el régimen de acompañamiento familiar a pacientes hospitalizados está recogido en el Plan de Visitas del Hospital de 13 de octubre de 2021, y a sus tramos horarios y duración habrían de ajustarse los interesados, quienes, por otro lado, tampoco reprochan que el trato dispensado en este aspecto fuese diferente al del resto de usuarios del centro.

En definitiva, de la documentación e informes incorporados al expediente, único material probatorio al que este Consejo puede acudir a la hora de formar su convicción, sin que en el trámite de audiencia haya resultado

rebatido por los interesados, se desprende que la paciente fue atendida conforme a los protocolos asistenciales, con medios suficientes y adecuados en interés de su bienestar desde el ingreso hasta el óbito.

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.