

Dictamen Núm. 130/2025

V O C A L E S :

Baquero Sánchez, Pablo
Presidente
Díaz García, Elena
Menéndez García, María Yovana
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
Santiago González, Iván de

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 29 de julio de 2025, 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 16 de mayo de 2025 -registrada de entrada el día 20 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 fallecimiento de su esposa y madre, respectivamente, como consecuencia de una intervención quirúrgica.

De los antecedentes que obran en el expediente, resulta:

1. Con fecha 25 de abril de 2023, el esposo de la fallecida, -actuando en su propio nombre y en representación del hijo menor de edad de ambos- presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos como consecuencia del fallecimiento de su familiar.

Expone que la perjudicada fue sometida el 17 de mayo de 2022 “a una intervención quirúrgica en el Hospital ‘X’”, para “extracción” de prótesis de

cadera izquierda, por lo que “no se trata de una operación a vida o muerte”. Señala que, “tras la práctica de la cirugía la paciente tuvo un despertar tórpido, precisando el suministro de medicación tendente a neutralizar los efectos de la sedación”, siendo trasladada a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital “Y”, donde le diagnosticaron “coma en reacción a descerebración”, falleciendo el 19 de mayo de 2022.

Considera que “el equipo médico no supo reaccionar ante la entrada en coma de la paciente en el momento de su reanimación tras (la) actuación quirúrgica” y que su traslado al Hospital “Y” se realizó tardíamente.

Por otra parte, manifiesta que existe una falta de consentimiento informado para la anestesia general, ya que la enferma había firmado un consentimiento para anestesia epidural, de modo que solo fue informada de los riesgos que conllevaba este último tipo de anestesia.

Refiere que, como consecuencia del óbito, el hijo, menor de edad, “sufre un cuadro ansioso depresivo, con notable angustia, tristeza, irritabilidad, humor disfórico y problemas de atención, concentración, crisis de ansiedad y alteraciones del sueño”, motivo por el cual se encuentra realizando terapia psicológica y tratamiento psiquiátrico.

Tomando en consideración el baremo previsto en 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, fija la indemnización solicitada en doscientos siete mil trescientos sesenta y nueve euros con treinta y cuatro céntimos (207.369,34 €), de los cuales 98.730,92 € corresponderían al cónyuge viudo y 87.760,82 € al hijo de la finada por perjuicio personal básico, incrementándose la indemnización de este último en 20.000 € por “daño moral y psicológico”, además de un perjuicio patrimonial básico de 438,80 € para cada uno de los reclamantes.

Adjunta copia del certificado de defunción de su familiar, del certificado de matrimonio, del certificado de nacimiento del hijo de la fallecida y del informe psicológico e informe psiquiátrico relativos a los padecimientos sufridos por el menor.

2. El día 10 de mayo 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 en el referido Servicio, el nombramiento de instructor y su régimen de recusación, así como las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. Previa petición formulada por el Instructor del procedimiento, el 22 de junio 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 relativa a su estancia en el Hospital "Y".

Asimismo, tras reiteradas solicitudes, el día 26 de junio de 2023, la Gerencia del Hospital "X" remite al Instructor del procedimiento el informe del Servicio de Anestesia y una copia de la historia clínica de la paciente que, finalmente, se recibe ese mismo día.

En el mencionado informe, suscrito por un facultativo especialista de Área del Servicio de Anestesiología y Reanimación el 25 de mayo de 2023, señala que "la primera opción planteada dado el tipo de cirugía es la anestesia general, no la anestesia epidural, con aceptación reflejada en el epígrafe del consentimiento informado" que firmó la fallecida y en el que figura que, "entre otras complicaciones, aunque rara, se presenta como reacción anómala el fallecimiento del paciente".

Respecto a su evolución, indica que "el cuadro resultó tórpido, paradójico, inhabitual y abigarrado desde el principio (...). La atención inicial en el posoperatorio inmediato, el traslado de quirófano a Reanimación, la monitorización y reevaluación, el traslado al Servicio de Radiología (...) se hicieron con la máxima celeridad posible". Reconoce que siguen desconociendo "la fisiopatología" de este proceso y admite que querrían "saber exactamente cuáles fueron las circunstancias que llevaron al mismo, pero en nuestra capacidad de medios llegamos al límite de nuestra actuación".

4. Con fecha 22 de agosto de 2023, el Instructor del procedimiento solicita al Hospital "X" la "gráfica o registro de anestesia de la intervención quirúrgica", que requiere la compañía aseguradora de la Administración sanitaria, a fin de emitir el informe pericial.

El 27 de noviembre de 2023 se reciben mediante correo electrónico las hojas de trabajo del anestesista durante la intervención.

5. A continuación, obra incorporado al expediente el informe librado el 15 de enero de 2024 a instancias de la compañía aseguradora de la Administración por una especialista en Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor.

En él, tras analizar la asistencia dispensada a la paciente, se formulan una serie de consideraciones médicas sobre la cirugía de recambio de prótesis de cadera, la anestesia para esta intervención, la monitorización, el control del sangrado intraoperatorio y el manejo de la encefalopatía hipóxico-isquémica. Concluye que "la indicación de anestesia general (...) fue completamente adecuada y acorde al conocimiento científico actual". Explica que, "la mera materialización de un riesgo, descrito y publicado en la literatura médica asociada al procedimiento de anestesia, y que consta recogido en el consentimiento informado que la paciente firmó en tiempo y forma, no puede presuponer una actuación negligente de los profesionales que la realizan dado el carácter inexacto de nuestra ciencia médica, siendo un riesgo que todo paciente tiene la obligación de soportar". A su juicio, "la técnica anestésica realizada fue correcta (...) sin observarse ninguna incidencia y/o complicación durante la técnica anestésica, no habiendo indicios de error técnico durante el acto médico" y añade que "queda acreditado en (la) historia clínica que se llevaron a cabo las medidas de protección y prevención de la isquemia cerebral recomendadas por la evidencia científica actual".

Señala que la afectada "sufrió una lesión cerebral irreversible durante el acto anestésico-quirúrgico de naturaleza indeterminada (...). Tanto el manejo preoperatorio como el intraoperatorio fue el correcto y adecuado a las

recomendaciones y guías de actuación actuales encaminadas a la prevención de la isquemia cerebral”. Por otra parte, indica que “se le realizaron las pruebas diagnósticas adecuadas para este tipo de lesión sin demora ni dilaciones indebidas” y que “se siguieron los tratamientos indicados para la patología existente”.

Concluye que no observa “negligencia, culpa y/o mala praxis por parte de los facultativos” del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

6. Mediante oficio notificado a los interesados el 7 de marzo de 2024, el Instructor del procedimiento les comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

Con fecha 27 de marzo de 2024, el esposo de la fallecida presenta, en su nombre y en el de su hijo, un escrito de alegaciones en el que se ratifica en la reclamación presentada. En cuanto al informe pericial librado a instancias de la compañía aseguradora de la Administración, considera que “no entra en el detalle de lo ocurrido, no arroja luz alguna al respecto”. A su juicio, “la incapacidad de explicar (...) las concretas circunstancias que llevaron al inesperado desenlace de la muerte de la paciente supone *per se* un anormal funcionamiento de la Administración dado que en procedimientos habituales y estandarizados, como es un anestesia general, tendría que ofrecerse una explicación sobre las causas y motivos de la falta de reanimación”.

Por otra parte, alega que existe “una falta de diligencia y tardanza en la toma de decisiones, puesto que una vez finalizada la cirugía a las 13:28 horas ya se observa en la paciente un despertar tórpido, sin respuesta a estímulos y con tendencia a la rigidez, y sin embargo no es trasladada a reanimación hasta las 14:21 horas (...). No se solicita el traslado” a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital `Y´ “hasta las 16:42 horas, siendo ingresada finalmente (...) a las 19:28 horas, esto es, 6 horas más tarde de haber observado lo anormal y grave de la situación”.

Apunta como causa de muerte a “la pérdida de sangre durante la cirugía”, pues “existe causa hipóxica vinculada a hipovolemia” y en “el informe

del anestesista se habla de una pérdida de 2.500 a 3.000 mm, no pudiendo olvidar que la pérdida entre 2.000 y 3.000 mm se considera grave”, destacando que, como consecuencia de lo anterior, se registró el día 17 “una petición urgente al Banco de hemoderivados”.

Finalmente, en cuanto al consentimiento informado, reprocha que “en ningún momento se especifica ni puntualiza que se trata de una anestesia general” y tampoco señala “qué tipo de las 5 anestесias que se recogen en el documento es la que se va a usar con la paciente”. Afirma que “siempre se le manifestó (...) que sería una anestesia epidural, lo que le permitiría una rápida recuperación para la vuelta a casa”.

Aporta un escrito en el que autoriza a los letrados que identifica “a fin de que puedan presentar reclamación previa por responsabilidad patrimonial de manera telemática, autorizándoles también a recibir notificaciones, pudiendo acceder al expediente y, en su caso, obtener copias y presentar escritos”.

7. Mediante oficio de 2 de abril de 2024, la Jefa de la Sección de Apoyo del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios traslada a la correduría de seguros una copia de las alegaciones presentadas.

8. El día 11 de abril de 2024, el Instructor del procedimiento elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella, atendiendo a las conclusiones alcanzadas en el informe pericial librado a instancias de la compañía aseguradora, razona que la perjudicada “sufrió una lesión cerebral irreversible durante el acto anestésico-quirúrgico de naturaleza indeterminada, produciéndose la materialización de un riesgo descrito y publicado en la literatura médica asociado al procedimiento de anestesia y que consta recogido en el consentimiento informado que la paciente firmó”.

En respuesta a las alegaciones de los reclamantes, señala que “el equipo médico no es capaz de explicar lo ocurrido porque todo se ha hecho conforme a la *lex artis* y, sin embargo, ha ocurrido el riesgo típico descrito en el

consentimiento informado: “la posibilidad de reacción anómala a la anestesia que pueda causar la muerte, de causa desconocida y extremadamente rara”.

9. Mediante escrito de 22 de abril 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. de la Consejería de Salud, adjuntando, a tal fin, copia autenticada del mismo en soporte digital.

10. El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el 18 de julio de 2024, dictamina que no es posible un pronunciamiento, debidamente motivado, sobre el fondo de la cuestión planteada y que debe retrotraerse el procedimiento, al objeto de “completar la instrucción” con la emisión de cuantos informes sean necesarios “para resolver todas las cuestiones de índole técnica, que en síntesis consisten en determinar: a) Si el riesgo A.S.A. II que presentaba la perjudicada obligaba a haber adoptado alguna medida que no se ejecutó para reducir el riesgo de sufrir isquemia cerebral intra o posoperatoria. b) Si se produjo alguna incidencia o complicación durante el proceso asociado a la anestesia. c) Cuál fue, según la autopsia, la causa del fallecimiento, y si la misma puede imputarse a la técnica anestésica realizada o al manejo intraoperatorio de la paciente. d) La influencia de la pérdida de sangre durante la cirugía en el proceso pues, como indica el reclamante, en el informe del facultativo especialista de Área del Servicio de Anestesiología y Reanimación se recoge una pérdida de 2.500 a 3.000 ml. e) Si el transcurso de seis horas desde que se observa el despertar tórpido -y sin respuesta a estímulos- y el ingreso en la (Unidad de Cuidados Intensivos) del Hospital “Y” es razonable, o si bien el equipo debió actuar con mayor premura. f) Si una actuación precoz habría evitado el fatal desenlace”. Asimismo, interesábamos que se aclarase por qué se intervino a la paciente bajo anestesia general, cuando el documento de consentimiento informado que se puso a su disposición era para anestesia “loco regional”.

Practicados los anteriores actos de instrucción y “evacuado el correspondiente trámite de audiencia y formulada otra propuesta de resolución habrá de instarse nuevamente el dictamen de este órgano”.

11. Mediante oficio de 27 de agosto de 2024, el Instructor del procedimiento requiere al esposo de la finada para que acrediten su condición de herederos.

El 11 de septiembre de 2024 este presenta en el Registro Electrónico de la Administración General del Estado un escrito, afirmando actuar en nombre propio y en representación de su hijo menor de edad, por medio del cual da cumplimiento al requerimiento efectuado y aporta una declaración de herederos abintestato, otorgada ante notario el 28 de octubre de 2022.

Por otra parte, puntualiza que “la reclamación de daños morales y psicológicos se realiza solo y exclusivamente respecto al hijo menor de edad”.

12. Previa petición formulada por el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios, el 31 de octubre de 2024 la Gerencia del Área Sanitaria IV le remite una copia de la autopsia realizada a la finada el 8 de mayo de 2023.

13. Mediante oficio de 7 de noviembre de 2024, el Instructor del procedimiento solicita a la Gerencia del Hospital “X” que, por los Servicios de Anestesia y Neurología, se informe sobre los extremos indicados por el Consejo Consultivo.

El 20 de diciembre de 2024, el Gerente del Área Sanitaria VII remite un informe suscrito por el facultativo especialista de Área del Servicio de Anestesiología y Reanimación el 10 de diciembre de 2024. Tras una exposición pormenorizada de los hechos, señala que “el proceso sufrido por la paciente parece progresivo, como resulta del (índice biespectral), Glasgow y (electroencefalograma) finales en los que en el transcurso de 24 h se pasa a una situación de muerte cerebral. Añadido este hecho además al informe de la necropsia, parece que el diagnóstico en el informe del *exitus* no aclara en absoluto las circunstancias que llevaron al nefasto desenlace”. En cuanto al consentimiento informado, indican que el documento “que se facilita a la

paciente es un consentimiento genérico que abarca todos los tipos de anestesia (...) cuando se realiza la valoración anestésica de la paciente con fecha 27-4-2022, la primera opción anestésica que queda reflejada en el formulario de valoración anestésica de esa misma fecha es la anestesia general. Y esta opción es la lógica y pertinente” por los motivos que enumera.

14. Mediante oficio de 6 de marzo de 2025, se nombra a un nuevo Instructor del procedimiento, el cual, ese mismo día, una vez terminada la instrucción del expediente, confiere un nuevo trámite de audiencia a los interesados.

El 14 de abril de 2025 se presenta un escrito de alegaciones por medio del cual se señala que el nuevo informe elaborado por el especialista del Servicio de Anestesiología y Reanimación no ofrece “ninguna aclaración o explicación medica de lo ocurrido”. Se añade que “se ignora la causa de la muerte y ninguna explicación son capaces de ofrecer ni el forense ni el equipo médico responsable de la intervención quirúrgica”, destacando que “la opacidad en este asunto es absoluta” y que “nada explica de los motivos médicos por los cuales se esperaron 6 horas para dar respuesta, y guarda silencio sobre la necesidad de actuar con mayor premura”.

En cuanto al consentimiento informado, se reitera que el documento que se sometió a conocimiento de la paciente, como reconoce el especialista, se trataba de “un consentimiento ‘genérico’ y no de un consentimiento informado” y se señala que “pretender que se considere como válido un consentimiento (...) que puede abarcar todas las posibilidades médicas, es tanto como vaciar de contenido la necesidad de consentimiento”. Se afirma que la perjudicada “nunca prestó consentimiento para realizar una intervención bajo anestesia general”, destacando “la pérdida o extravío de la valoración realizada el mismo día de la cirugía”. En conclusión, consideran que se ha producido un “anormal funcionamiento de la Administración, existiendo nexo causal entre ese anormal funcionamiento y el fallecimiento de (...) una mujer de 52 años, sin ninguna patología previa, que iba a ser intervenida de una operación sin riesgo”, que falleció “durante la cirugía”.

15. El día 5 de mayo de 2025, el Instructor del procedimiento elabora una nueva propuesta de resolución en sentido desestimatorio, reiterando las conclusiones de la propuesta anterior. Como novedad reseña que “la paciente fue clasificada como riesgo anestesia ASA II al tratarse de una persona con enfermedad sistémica leve/moderada (...) por lo que se realizaron las medidas de abordaje adecuadas al riesgo”. Y, por otra parte, indica que “la pérdida de sangre no tuvo influencia en el fallecimiento de la paciente, ya que con las medidas adoptadas durante la intervención se mantuvieron (...) cifras aceptables de tensión arterial sin necesidad de soporte farmacológico”.

En ella, atendiendo a las conclusiones alcanzadas en el informe pericial librado a instancias de la compañía aseguradora de la Administración, razona que la perjudicada “sufrió una lesión cerebral irreversible durante el acto anestésico-quirúrgico de naturaleza indeterminada, produciéndose la materialización de un riesgo descrito y publicado en la literatura médica asociado al procedimiento de anestesia y que consta recogido en el consentimiento informado que la paciente firmó”.

16. En este estado de tramitación, mediante escrito de 16 de mayo de 2025, 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, estando facultado el padre para actuar en representación de su hijo menor de edad, según lo establecido en el artículo 162 del Código Civil sobre representación legal de los hijos.

Ahora bien, además del daño propio generado por el óbito de su familiar, los interesados también accionan por un daño ocasionado a la fallecida, denunciando una falta de consentimiento informado para la anestesia, toda vez que la paciente había firmado un consentimiento para anestesia epidural y no para anestesia general. Aunque la Administración no se cuestiona la legitimación para la reclamación de este daño por los herederos, procede detenernos en esta cuestión para deslindar nuestra doctrina al respecto.

En línea de principio, como daño personalísimo, “el daño moral que se anudaría a la insuficiencia de la información suministrada al paciente y la antijuridicidad de las lesiones producidas cuando falta el consentimiento informado originan un derecho que solo este puede invocar” (por todos, Dictamen Núm. 159/2013).

Ahora bien, la aplicación de esta doctrina se ha visto matizada por diversos pronunciamientos judiciales y posiciones doctrinales -no exentos de controversia- sobre la legitimación activa de los herederos para reclamar los daños personalísimos del causante -aquellos que afectan a su integridad

personal y moral-. Singularmente, se citan las Sentencias de la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo de 13 de septiembre de 2012 -ECLI:ES:TS:2012:7648-, que ampara la transmisibilidad cuando el “alcance real del daño sufrido por la víctima estaba ya perfectamente determinado a través de un informe del médico forense”, y de 15 de marzo de 2021 -ECLI:ES:TS:2021:807-, que reconoce la transmisibilidad *mortis causa* del derecho al resarcimiento por el daño corporal “pericialmente determinado”.

Al respecto, debemos remitirnos a los Dictámenes Núm. 262/2023 y 269/2023, que recogen *in extenso* la posición de este Consejo, y a la Memoria correspondiente al año 2023, que sintetiza nuestra doctrina y los criterios a tener en cuenta, con carácter general, en la transmisión *mortis causa* del crédito por daños, tanto personales como patrimoniales. En síntesis, son los siguientes: “(i) La determinación del alcance del daño (‘pericialmente determinado’) se exige también por los tribunales del orden civil, en cualquier caso, como presupuesto previo para entender transmitido el derecho a reclamar los daños de carácter personalísimo. (ii) El derecho a reclamar será transmisible cuando el daño afecte a un bien o derecho patrimonial. (iii) Tratándose de daños personales, su resarcimiento no ha de desligarse de esa naturaleza, pero debe ponderarse si el perjuicio tiene una inmediata traducción o repercusión patrimonial y si el fallecido tuvo un margen de libre decisión. (iv) Debe reputarse transmitido a los herederos todo daño del que derive un menoscabo patrimonial cierto, lo que incluye el cuantificado por la norma o el ‘pericialmente determinado’ en la medida en que se traduce en una minoración de la masa hereditaria, quedando aquí comprendidos los gastos a los que el fallecido tuviere que haber hecho frente a raíz del siniestro. (v) No se estima transmisible en otro caso cuando el daño recae sobre la integridad física o moral del fallecido, salvo que, atendidas las circunstancias concretas del supuesto, la persona afectada no se hubiere hallado en condiciones para discernir y ejercitar su derecho o que mediare alguna manifestación de voluntad de la que pueda deducirse su voluntad de reclamar. (vi) Merece singularizarse el supuesto de quien aguarda a la consolidación de las secuelas y

se ve sorprendido por la muerte por causa distinta. De sobrevenir el fallecimiento a resultas del mismo hecho lesivo, la compensación que corresponde a los familiares se reconduce a la pauta para daños propios (sin perjuicio de que puedan acumularse dos pretensiones si el fallecido reclamó en vida), pero si fallece por causas ajenas al siniestro indemnizable cuando sus secuelas le eran aún desconocidas podría plantearse que no opera la presunción de que los actos que objetivamente pudieran constituir lesiones no merecieron esa consideración personal para el perjudicado”.

En suma, son dos los supuestos que amparan la legitimación de los herederos para accionar por daños personales sufridos por su causante: uno de raíz objetiva, anudado al alcance del daño -cuando este se traduce en un detrimento patrimonial y no en la mera ausencia de un ingreso adicional- y otro de índole subjetiva, que concurre cuando el fallecido se encontró postrado, impedido o privado de su plenitud de condiciones para discernir y ejercitar su derecho a reclamar.

El primero puede estimarse avalado por la Sentencia del Tribunal Supremo de 4 de abril de 2024 -ECLI:ES:TS:2024:1792- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 4.ª) que resuelve la cuestión de interés casacional sobre “si el derecho que ostenta la persona afectada por una situación de dependencia antes de la aprobación del Programa Individual de Atención (...) es transmisible a sus herederos en el momento de su fallecimiento a los efectos de percibir los servicios y prestaciones correspondientes a la dependencia como consecuencia de la dilación de la Administración al tramitar el expediente”. Tomando en consideración que las prestaciones concretas se determinan en el Programa Individual de Atención pero la afectada tenía derecho a ellas desde el reconocimiento de su situación de dependencia, considera el Alto Tribunal que esas prestaciones son “personalísimas”, pero los herederos tienen interés en que se apruebe el Programa Individual de Atención, no obstante el fallecimiento, en la medida en que ese Programa está llamado a determinar “el alcance del daño causado”, al haberse consumido recursos

económicos en atenciones (coste de residencia) acaso cubiertas por el servicio público.

El segundo, sea cual fuere el alcance del daño, viene sustentándose por este Consejo (entre otros, Dictamen Núm. 175/2023, en el que reseñábamos que, no habiendo ejercitado la acción el finado, para reconocer legitimación a sus herederos “debe atenderse a las circunstancias concurrentes, en particular, al estado de salud del causante y a si las condiciones en las que se encontraba le permitían la presentación de la reclamación”) en atención a numerosos pronunciamientos judiciales. Así, 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”. Y concluye que “no estamos ante el caso de un perjudicado (...) que fallece en accidente y no tiene oportunidad u ocasión de ejercer su derecho a reclamar, ni ante quien pierde la vida en quirófano o centro sanitario sin ocasión de reclamar, sino ante quien supuestamente sufrió unos perjuicios de calidad de vida y daños morales y, con posterioridad, fallece por causas ajenas a la actuación sanitaria, por lo que obviamente no transfiere derecho a indemnización alguno por aquellos supuestos daños morales y de calidad de vida, sin integrarse como derecho hereditario alguno preexistente del art. 659” del Código Civil. También sigue este criterio la Sentencia del mismo Tribunal de 5 de febrero de 2021 -ECLI:ES:TSJAS:2021:237- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.ª), que aborda un caso en el que no concurre un fallecimiento inmediato, pero sí

acontece que el causante deviene en una situación palmaria de invalidez, con una enfermedad terminal de la que no se repone y que “justifica, sobradamente, la imposibilidad de adoptar decisiones en orden al ejercicio de una acción de responsabilidad. Por ello, en este preciso caso, dadas las excepcionales circunstancias concurrentes, la sala no se plantea la duda, trasladada a las partes, sobre la concurrencia de legitimación activa”.

En lo que atañe específicamente a la lesión del derecho del paciente a la autodeterminación informada, cabe mencionar que el Tribunal Superior de Justicia de Madrid (por todas, Sentencias de 26 de febrero -ECLI:ES:TSJM:2024:2271- y de 18 de marzo -ECLI:ES:TSJM:2024:3147-, ambas de 2024 y de la Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 10.ª) y el Tribunal Superior de Justicia de Castilla-La Mancha (entre otras, Sentencia de 30 de junio de 2022 -ECLI:ES:TSJCLM:2022:2066-, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 2.ª) abogan por reconocer la transmisibilidad del derecho cuando el daño irrogado -aun no ocasionando una merma patrimonial- deriva de la infracción del derecho de autodeterminación del paciente, que fallece al concretarse un riesgo del que no había sido adecuadamente informado. En este contexto, aunque se trate de un daño personal del finado, la regla general se invierte pues, de ordinario, el corto tiempo transcurrido entre la intervención o técnica no consentida y el deceso no permite al fallecido cobrar conciencia del perjuicio y adoptar una decisión.

Merece puntualizarse que, en relación a la compatibilidad de reclamar *ex iure proprio*, por la muerte, y *ex iure hereditatis*, por el daño corporal sufrido por el causante en vida, el Tribunal Supremo ha declarado que “el daño corporal sufrido por el causante antes del fallecimiento, pericialmente determinado, puede ser reclamado por los herederos y es compatible con el daño experimentado por estos como perjudicados por su fallecimiento” (Sentencia de 15 de marzo de 2021 -ECLI:ES:TS:2021:807-, Sala de lo Civil). Tal como advertimos en el Dictamen Núm. 262/2023, “no parece que subsista controversia acerca de la compatibilidad de la acción como herederos y la acción por daños propios de los familiares, ya que tal compatibilidad -que se

admite cuando el causante accionó en vida, sin que merezca en otro caso una solución distinta- viene siendo abordada a través del ajuste de la indemnización correspondiente como herederos del fallecido (reduciendo las cuantías que arroja el baremo en la medida en que responden a una expectativa de vida ya frustrada)”.

En el presente caso, los interesados imputan el fallecimiento a la cirugía realizada bajo anestesia general, sin que la paciente hubiese prestado su consentimiento a este tipo de anestesia. Lo relevante aquí es, por tanto, la inmediatez del daño reclamado respecto al óbito, teniendo en cuenta el escaso lapso temporal transcurrido entre la cirugía realizada con anestesia general y el fatal desenlace -apenas dos días- y el estado de la enferma -en coma-. Es, por tanto, el carácter súbito del fallecimiento lo que frustra la posibilidad de cualquier reclamación y lo que otorga singularidad a este concreto supuesto y, a su vez, permite reconocer a sus herederos legitimación para reclamar *ex novo* el daño irrogado a aquella.

En definitiva, en el caso examinado, no ofrece duda que la fallecida no se encontraba en disposición de reclamar el daño por el que aquí se acciona de *iure hereditatis* (infracción del consentimiento informado), por lo que, a la vista de la declaración de herederos abintestato, en la se reconoce a su hijo como “único heredero abintestato de dicha causante”, ha de admitirse únicamente su legitimación respecto de esta imputación, sin descender en este momento a la relación de causalidad de aquel daño con el servicio sanitario, extremo que atañe al fondo de la pretensión resarcitoria.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado, como 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 expediente ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 25 de abril de 2023 y, habiendo tenido lugar el fallecimiento de la paciente el día 19 de mayo de 2022, 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 de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

En la instrucción del procedimiento, de los documentos obrantes en el expediente remitido, se evidencia que se nombra un nuevo instructor del procedimiento, debido al cese del anterior, sin comunicar formalmente este hecho a los reclamantes. Sin embargo, este hecho no ha causado indefensión, ya que la actuación material se produjo antes del segundo trámite de alegaciones -trámite comunicado por el nuevo instructor- sin que aquellos hayan objetado nada.

Sin embargo, reparamos en que, solicitado informe al Servicio de Neurología -tras la retroacción de las actuaciones acordada por este Consejo-, el mismo no se ha incorporado al procedimiento.

Finalmente, se observa 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 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 “Solo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que este 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 aquellos, 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 por los daños derivados del fallecimiento de una paciente tras una intervención quirúrgica de recambio de prótesis de cadera.

Acreditado el óbito en un hospital público, cabe presumir que el mismo ha causado a los interesados un daño moral cierto que, en el caso del menor -hijo de la finada- se acredita además con varios informes médicos. Asimismo, procedería también, en su caso, reconocer que se ha irrogado a la perjudicada un daño derivado de la lesión del derecho a la autodeterminación del paciente, cuya reparación es objeto, igualmente, de este procedimiento.

Ahora bien, la mera constatación de un perjuicio efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica, surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario, no implica, *per se*, 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.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo (por todos, Dictamen Núm. 80/2020), 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 automáticamente a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico, reiteradamente utilizado, para efectuar este juicio imprescindible -tanto por la doctrina como por la jurisprudencia-, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada

tiene que ver con la garantía de obtención de resultados favorables en relación con la salud del paciente.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por los reclamantes es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario, hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica ordinaria requerida.

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 estos 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.

Debemos subrayar, con carácter previo, que en el presente caso, los reclamantes no han desarrollado en vía administrativa ninguna actividad probatoria en relación con la, supuesta, mala praxis de los profesionales del servicio público sanitario en el proceso asistencial seguido, de modo que, a falta de tal prueba, el juicio de este Consejo ha de formarse a la vista del conjunto documental constituido por la historia clínica y los informes médicos librados a instancias del servicio público sanitario.

Los interesados sostienen, al mismo tiempo, la existencia de un daño desproporcionado -con el consiguiente traslado de la carga de la prueba a la Administración sanitaria- y la concurrencia de varias infracciones de la *lex artis*

que identifican como clave del nexo casual, incluyendo un déficit en el consentimiento informado suministrado a la paciente y un inadecuado manejo posoperatorio.

Según la información disponible en la historia clínica, la perjudicada, de 52 años de edad, fue sometida a una cirugía de recambio de prótesis de cadera izquierda el día 17 de mayo de 2022. Al finalizar la intervención, no recupera el nivel de conciencia, describiéndose un despertar tórpido y muy mala respuesta a estímulos. Se realizó una analítica y una gasometría con carácter urgente, no objetivándose causas para el retraso en el despertar y se trasladó a la paciente a reanimación. También se realizó un tac craneal -que fue informado como normal por parte del Servicio de Radiodiagnóstico- y se solicitó valoración por el Servicio de Neurología, que diagnostica a la afectada de "coma con reacción de descerebración, con impresión de hipertensión intracraneal, con edema cerebral difuso". Se procedió a su traslado al Hospital "Y", donde se decide su ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos ese mismo día. Al día siguiente se realizan exploraciones complementarias no concluyentes, con la impresión diagnóstica de "encefalopatía hipóxico-isquémica (hemorragia/shock)" y, como alternativa diagnóstica, "embolismo graso", presentando muerte encefálica el día 19 de mayo de 2022.

En primer lugar, procede despejar la controversia surgida a raíz del déficit de información que alegan los reclamantes, según los cuales existe una falta de consentimiento informado para la anestesia general, ya que la paciente había firmado un consentimiento para anestesia epidural, de modo que solo fue informada de los riesgos que conllevaba este último tipo de anestesia.

Al respecto, el facultativo especialista del Servicio de Anestesiología y Reanimación defiende -en el primer informe evacuado a lo largo del procedimiento de fecha 25 de mayo de 2023- que, en el formulario de valoración anestésica, consta que "la primera opción planteada dado el tipo de cirugía, es la anestesia general, no la anestesia epidural, con aceptación reflejada en el epígrafe del consentimiento informado (...) en el cual, entre otras complicaciones, aunque rara, se presenta como reacción anómala, el

fallecimiento del paciente”. En efecto, en la historia clínica obra incorporado al expediente un documento de consentimiento informado para “anestesia” (documento 4, CD pág. 36), en el que se recogen las diferentes técnicas existentes: anestesia general, regional, bloqueos periféricos o anestesia troncular, raquídea, retrobulbar, tópica y sedación. Acordada la retroacción del procedimiento para aclarar, entre otras cuestiones, si pese a la enumeración de diferentes técnicas en el consentimiento informado, se advirtió debidamente a la paciente de que se iba a intervenir bajo anestesia general, el mencionado facultativo especialista asevera que, “de ninguna manera se puede llegar a la conclusión de que la anestesia loco regional fuese la técnica de elección” e insiste en que, cuando se realiza la valoración anestésica de la paciente el 27 de abril de 2022, “la primera acción anestésica que queda reflejada en el formulario de valoración (...) es la anestesia general”. Pues bien, revisada la historia clínica, consta efectivamente que, el 28 de abril de 2022, la paciente acude a la consulta preanestésica, donde -en el apartado “Valoración y consentimiento”- figura como “primera opción anestésica: general”. Además, se recoge que esta ha firmado el consentimiento informado, que presenta un grado ASA II (paciente con enfermedad sistémica moderada), siendo el resultado de la impresión clínica “apto” (informe de valoración preanestésica -documento 8, CD pág. 36-).

Por otra parte, cabe señalar que, en el documento de consentimiento informado para anestesia que se sometió a conocimiento de la paciente, -que figurada firmado por ella y por la médico especialista el 27 de abril de 2022 (documento 4, CD pág. 36)-, se indica que “todo acto anestésico (...) es un procedimiento capaz de originar lesiones agudas, secuelas crónicas, complicaciones anestésicas graves e incluso la muerte (...). La probabilidad de aparición de alguna complicación anestésica es del 1 % y la mortalidad atribuible a causas exclusivamente anestésicas es del 1 por 10.000. Cada tipo de anestesia tiene sus propios riesgos. Los riesgos no pueden suprimirse por completo”. Y, en el apartado “riesgos generales y específicos”, se advierte que

el procedimiento puede conllevar una “reacción anómala a la anestesia que puede causar la muerte. Causa aún desconocida y extremadamente rara”.

Por tanto, en el caso analizado, la paciente fue debidamente informada y consintió, tanto la realización de la cirugía como la administración de la anestesia general, pues obran en el expediente los pertinentes consentimientos firmados por ella para ambos actos (documentos 2 y 4, CD pág. 36), los cuales se le facilitaron oportunamente antes de la intervención. Y, por lo que aquí interesa, la fallecida era conocedora de los riesgos asociados a la anestesia, pues tal y como acabamos de exponer, en el consentimiento informado se detallaban los riesgos asociados, mencionándose, aun con una muy baja incidencia, la muerte, como finalmente aconteció.

En consecuencia, no podemos calificar como desproporcionado el daño invocado -como pretenden los reclamantes-, toda vez que, “como recuerda la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 14 de febrero de 2024 -ECLI:ES:TSJAS:2024:429- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 2.ª), la existencia de un daño desproporcionado “se caracteriza porque un acto médico produce un resultado anormal, insólito e inusualmente grave en relación con los riesgos que normalmente comporta”, pero no “concorre tal daño desde el momento en que la existencia” de la complicación “aparece expresamente recogida en los documentos de consentimiento informado”. En idéntico sentido, la Sentencia del mismo Tribunal y Sala de 14 de febrero de 2024 -ECLI:ES:TSJAS:2024:372- resume la doctrina del daño desproporcionado y advierte que, “el desplazamiento de la carga de la prueba del buen hacer hacia la administración sanitaria solo opera, primero, cuando no existen pruebas suficientes en autos; segundo, cuando el daño se cualifica como desproporcionado por imprevisto, de manera que se excluyen de tal concepto los daños graves, incluso infrecuentes, siempre que sean posibles”, concluyendo que, aquella asistencia sanitaria prestada -“con el consentimiento informado con advertencia de los riesgos típicos, frecuentes e infrecuentes”, en la que “se actuó con presteza para atajar los problemas y riesgos que fatalmente se materializaron”-, carece de encaje en la doctrina del

daño desproporcionado, que “se reserva para aquella lesión que ‘no queda ínsita en los riesgos propios de la intervención que firmó y asumió la paciente’ (...). O como señala la STS Civil de 12 de abril de 2016 (...): ‘Siendo así, no puede existir daño desproporcionado, por más que en la práctica lo parezca, cuando hay una causa que explica el resultado, al no poder atribuirseles cualquier consecuencia, por nociva que sea, que caiga fuera de su campo de actuación (...). Pero es que, además, la prestación sanitaria (...) se ejecutó en cumplimiento de una obligación de medios, no de resultado, y el daño sufrido por el paciente no puede ser tratado sino como la materialización de los riesgos que comporta su aplicación, razón por la cual no es posible prescindir del elemento subjetivo de culpa causalmente vinculado al daño para imputar responsabilidad en la prestación asistencial’”. En el asunto examinado la fatal complicación producida, como acabamos de exponer, es posible en la administración de este tipo de anestesia, al margen de que la técnica haya sido adecuada. Como hemos señalado en ocasiones anteriores (por todos, Dictamen Núm. 282/2020), la mención del riesgo en el consentimiento informado pone de manifiesto que se trata de un riesgo típico o descrito e impide considerar que nos encontremos ante un daño desproporcionado.

Sobre la idoneidad de la anestesia general y sobre el resto de las técnicas posibles, el facultativo especialista de área explica que “esta opción es la lógica y pertinente por la combinación de varios motivos: la realización de una técnica neuro axial conlleva un bloqueo simpático que complica el control hemodinámico en una cirugía con previsión de un importante recambio de líquidos. Por otro lado, la duración de esta cirugía supera los tiempos de una anestesia raquídea y los razonables y tolerables para la paciente para la sedación asociada y en el caso de una anestesia epidural, además del bloqueo simpático ya señalado, las condiciones de relajación neuromuscular pueden no ser suficientes para la realización de la técnica quirúrgica. Y, por último, dado que la posición de la paciente es el decúbito lateral, el control de la vía aérea se ve garantizado desde el primer momento en previsión de cualquier incidencia, entre las cuales, insisto, es un factor fundamental la duración de la cirugía”. En

idénticos términos se pronuncia la especialista en Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor que informa por cuenta de la compañía aseguradora de la Administración, según la cual “la indicación de anestesia general que se le propuso (...) fue completamente adecuada y acorde al conocimiento científico actual. Presenta ventajas con respecto a la anestesia neuro axial como la tolerancia a la postura, duración de la cirugía y pérdida hemática; así como la mayor estabilidad en hemodinámica”.

A la vista de lo anterior, resulta indubitado que la paciente había prestado su consentimiento para someterse a la cirugía mediante anestesia general y que la técnica anestésica elegida era la adecuada, considerando las necesidades de la paciente en ese momento, que precisaba un recambio de la prótesis de cadera.

Por otra parte, no ha quedado acreditado que, durante la cirugía ni debido al acto anestésico, se desarrollasen complicaciones. Al respecto, el facultativo especialista de área del Servicio de Anestesiología y Reanimación explica en su informe de 25 de mayo de 2023 que, el intraoperatorio se desarrolló “sin incidencias reseñables”. Y, tras la retroacción del procedimiento, emite un nuevo informe en el que señala que la paciente, clasificada con riesgo ASA II, no tenía “factores conocidos de riesgo de pérdida de la capacidad de autorregulación del flujo sanguíneo cerebral y renal”.

Por su parte, la perito de la compañía aseguradora, tras revisar la información disponible en la historia clínica y, especialmente las hojas del trabajo de anestesia (formulario de medicación y constantes intraoperatorias -folio 44- y hojas de anestesia -folio 49 del expediente-), concluye que la paciente sufrió “una lesión cerebral irreversible durante el acto anestésico-quirúrgico de naturaleza indeterminada”. Señala que, durante la intervención, “la paciente se mantiene hemodinámicamente estable manteniendo tensiones arteriales dentro de los límites normales” y que, “según se recoge en la documentación aportada, se realizan las medidas intraoperatorias encaminadas a la protección neurológica recomendadas por la evidencia científica actual”, incluyendo “administración de ácido tranexámico para limitar la pérdida

sanguínea por consumo de factores de coagulación”, así como “resucitación con fluidoterapia y hemoderivados para contrarrestar la pérdida hemática” y “mantenimiento de la estabilidad hemodinámica guiada por monitorización invasiva (arteria radial)”. Finalmente, subraya que “queda acreditado que se practicó una anestesia general no observándose en la documentación aportada que se hubiese producido ninguna incidencia y/o complicación durante la técnica anestésica, no habiendo indicios de error técnico durante el acto médico anestésico”.

De otro lado, los reclamantes alegan que “el informe del anestesista habla de una pérdida de 2.500 a 3.000 mm, no pudiendo olvidar que la pérdida entre 2.000 y 3.000 mm se considera grave, y por encima de 3.000 se puede considerar hemorragia masiva”. Añaden que “puede observarse en los estudios de coagulación inmediatamente posteriores a la cirugía, que existe un déficit de factores del complejo protrombínico”. Y, en relación con dicho déficit, consideran que “no se adoptaron las medidas necesarias”.

En respuesta a esta cuestión, el facultativo especialista del Servicio implicado, en el nuevo informe emitido tras las dudas planteadas por este Consejo, explica que en “la pérdida de sangre estimada durante la cirugía se cubren los dos aspectos esenciales en estos casos: por un lado, el mantenimiento del volumen intravascular con el fin de mantener cifras tensionales aceptables sin necesidad de soporte farmacológico, y por otro garantizar cifras de hemoglobina para un adecuado transporte de oxígeno a los tejidos. En el caso que nos ocupa se realiza con aporte progresivo balanceado de coloides (...), cristaloides (...) y dos concentrados de hematíes durante la duración de la cirugía, que para una pérdida estimada entre 2.500 y 3.000 ml de sangre y teniendo en cuenta las pérdidas insensibles y la diuresis de 600 ml durante la intervención, cubren ambos aspectos, como se pone de manifiesto con el mantenimiento adecuado de la tensión arterial, diuresis y las cifras de hemoglobina al finalizar la cirugía -9,2- que en una paciente como la que nos ocupa permiten un adecuado aporte de oxígeno a los tejidos”.

Finalmente, los interesados consideran que “el equipo médico no supo reaccionar ante la entrada en coma de la paciente en el momento de su reanimación tras (la) actuación quirúrgica” y que su traslado al Hospital “Y” se realizó tardíamente.

Al respecto, en el informe del Servicio de Anestesiología y Reanimación se defiende que “la atención a la paciente fue continua, con aplicación de las medidas que se consideraron pertinentes en cada momento; (...) el cuadro resultó tórpido, paradójico, inhabitual y abigarrado desde el principio, con respuesta progresivamente deficiente a las medidas y exploraciones que se plantearon. La atención inicial en el posoperatorio inmediato, el traslado de quirófano y reanimación, la monitorización y reevaluación, el traslado al Servicio de Radiología, la realización e informe del scanner, el nuevo desplazamiento a reanimación, nueva monitorización, valoración por neurología, nuevas medidas terapéuticas, contacto y presentación del caso a la unidad de referencia” en el Hospital “Y”, “preparación para el traslado con nueva instauración de ventilación mecánica, contacto con el 112 y nueva presentación del caso y, finalmente, llegada de los compañeros de la (Unidad de Cuidados Intensivos) móvil y acomodación de la paciente para un traslado en condiciones de seguridad, se hicieron con la máxima celeridad posible y compromiso del equipo a cargo. La implicación del equipo médico y de enfermería fue exhaustiva y continua, primando la atención a la paciente sobre referenciar cada (uno) de los pasos ya que la prioridad era la actuación directa sobre la paciente, con la presencia de (tres) anestesistas (...), de los cuales dos ya se encontraban fuera de su horario laboral, y del equipo de enfermería al completo, recabando la ayuda de los especialistas que pudieran arrojar luz sobre un proceso que aun ahora desconocemos la fisiopatología del mismo”. Y tras la retroacción de las actuaciones, en el informe ampliado de este mismo Servicio, el facultativo defiende que “todo el proceso temporal desde la detección del problema hasta el ingreso” en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital “Y” “se ajustó a la búsqueda de la posible causa y abordaje terapéutico adecuado en tiempo y forma”. Insiste en que todo el proceso que se sucedió en el posoperatorio

inmediato se realizó “con la máxima agilidad que el caso permitía, descartando procesos y agotando las posibilidades que nuestro centro tiene a su alcance”.

Por su parte, la especialista que informa a instancias de la compañía aseguradora expone que “tras la finalización de la cirugía y reversión del bloqueo neuromuscular con sugammadex, la paciente recupera la respiración espontánea, pero con un despertar tórpido, con deficiente respuesta a estímulos y con tendencia a la rigidez. Durante la fase inicial de despertar de la anestesia general, se llevan a cabo las maniobras y técnicas habituales como es la revisión del bloqueo neuromuscular para facilitar y acelerar la recuperación de la movilidad muscular. A pesar de recuperar la ventilación espontánea (...), el cuadro de déficit de respuesta a estímulos se prolonga por lo que se aplican medidas de reversión farmacológica”. Añade que, en el posoperatorio inmediato, “según se recogen los informes y documentación aportada se realizó una analítica y gasometría urgentes, descartándose causas electrolíticas, del equilibrio ácido-base o metabólicas del retraso en el despertar./ Se siguen, por tanto, los pasos indicados y establecidos por la evidencia científica en el diagnóstico diferencial de las causas de retraso en el despertar”. Concluye que “queda acreditado que, ante el retraso en el despertar de la anestesia general, se siguieron los pasos y recomendaciones establecidas por las guías clínicas de actuación para el diagnóstico diferencial de las posibles causas, descartándose las causas tratables con la mayor celeridad, obteniéndose analítica y gasometría inmediatas en el quirófano, e incluso prueba de imagen neurológica en la primera hora del posoperatorio inmediato”. Considera que, una vez diagnosticado el coma, “se realizaron las pruebas diagnósticas indicadas según el conocimiento científico actual; se solicita interconsulta especialista en la materia y se realizó el tratamiento inicial indicado para la patología presente. Queda constancia en la historia clínica informatizada la ausencia de retraso en el proceder, cumplimentándose el algoritmo diagnóstico en la primera hora del posoperatorio inmediato”. Y destaca que “se constata en la historia que, independientemente de no tener diagnóstico de la causa del coma, se realizan las medidas de soporte indicadas”.

Todas estas consideraciones médicas no han sido confrontadas técnicamente por los reclamantes, cuyas imputaciones vienen desprovistas de cualquier soporte probatorio, por lo que no son suficientes para desvirtuar el criterio de los especialistas que han analizado el caso. Es cierto que, tras la retroacción del expediente y la incorporación del informe de autopsia, no se ha podido alcanzar una convicción con un grado de certeza sobre la causa final del fallecimiento de la paciente pues, como indica el facultativo especialista del Servicio de Anestesiología y Reanimación, “parece que el diagnóstico en el informe del *exitus* no aclara en absoluto las circunstancias que llevaron al nefasto desenlace”, pero ello no obsta para reconocer que la actuación médica dispensada en este caso fue acorde a la *lex artis ad hoc*, como sostienen todos los especialistas que, de manera exhaustiva y detallada, lo han analizado.

Así, según ha quedado reflejado en los diferentes informes médicos, tanto el manejo intraoperatorio como la atención dispensada en el posoperatorio, fueron correctos y adecuados a las recomendaciones y guías clínicas actuales, sin apreciar dilaciones indebidas en el tratamiento de la paciente ante el retraso en el despertar de la anestesia. Asimismo, debemos destacar que se pusieron todos los medios disponibles para intentar su recuperación, pero no fue posible remontar la situación, produciéndose lamentablemente el fallecimiento.

En definitiva, lo actuado revela que la atención prestada a la paciente fue correcta, tanto en lo relativo a la indicación de la cirugía de recambio de la prótesis como a la elección de la técnica anestésica y a la actuación desplegada durante el posoperatorio inmediato. Pese a ello, la intervenida presentó una reacción anómala a la anestesia que provocó su fallecimiento, siendo esta una complicación muy infrecuente -pero descrita y reseñada en el documento de consentimiento informado- lo que, unido a la ausencia de prueba que ponga de manifiesto una actuación contraria a la *lex artis*, determina la desestimación de la reclamación.

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

LETRADA ADJUNTA
A LA SECRETARÍA GENERAL,

V.º B.º
EL PRESIDENTE,