

Expediente Núm. 219/2006
Dictamen Núm. 217/2006

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
Bastida Freijedo, Francisco
Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
Fernández García, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 9 de noviembre de 2006, con asistencia de los señores y señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V.E. de 26 de julio de 2006, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración del Principado de Asturias formulada por don, en nombre de don, don y doña, que, a su vez, actúan en representación de su esposa y madre, respectivamente, doña, por los daños ocasionados a ésta como consecuencia de lo que califican de inadecuada asistencia sanitaria recibida en centros hospitalarios públicos.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 28 de octubre de 2005, don, en nombre de don, don y doña, que, a su vez, actúan en representación de su esposa y madre, respectivamente, doña, presenta, en la Delegación Territorial de

Valladolid de la Junta de Castilla y León, una reclamación de responsabilidad patrimonial dirigida al Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) por los daños ocasionados a la esposa y madre, respectivamente, de sus representados.

El escrito de reclamación fue registrado en la Administración del Principado de Asturias con fecha 7 de noviembre de 2005 y, comienza relatando que el día 2 de septiembre de 2004, alrededor de las 20.30 horas, la perjudicada, doña, “comenzó a sentir un fuerte dolor de cabeza; por lo que acudió con su familia al hospital comarcal `.....´ de, donde después de realizarle ciertas pruebas y un TAC, le fue diagnosticada `HSA difusa´ (hemorragia subaracnoidea), indicando a su familia que su estado era grave y por ello debía ser trasladada de urgencia en UVI móvil al `Hospital Señala que ese mismo día fue ingresada en dicho centro sanitario, que “durante todo este tiempo (...), estuvo consciente, presentando Glasgow 15 pero su empeoramiento era progresivo” y que la doctora que la atendía informó a la familia que al “día siguiente (...) se le realizaría una artrografía”.

Continúa la exposición diciendo que el día 3 de septiembre, a las 12 horas, le informan al marido de que la paciente había sido llevada a la UCI, y que “había entrado en coma y la habían entubado”. Que en las pruebas de neuroimagen que se realizaron se observaron “aneurismas clisados en ambas arterias comunicares posteriores. Aneurisma en punta de arteria basilar de 7 mm., bilobulado con una zona desflacada en la cúpula, que se comprende en el punto de rotura”. Que, pese a los resultados de dichas pruebas, “no fue hasta el final de la tarde cuando ya por fin se le colocó un catéter de drenaje intraventricular con el fin de aliviar la presión intracraneal de la hidrocefalia causada por el sangrado retrasando la intervención del aneurisma./ Seguidamente se programó una embolización para el día 6 por la mañana; siendo ésta al parecer una técnica de reciente implantación en el Hospital

También se afirma en la reclamación que durante los días siguientes la

perjudicada continuó ingresada en la UCI y que, con fecha 6 de septiembre, se comunica a la familia que “habían suspendido la embolización debido a una avería en la máquina utilizada para esa intervención, quedando a la espera de la reparación de la misma para realizar el tratamiento a la paciente”. Se añade que “según la Dra. del Servicio los protocolos establecen que la embolización se debía practicar dentro de los 7 días tras el sangrado y que si no se pudiera intervenir a la paciente durante ese periodo la remitirían a un centro de Madrid o La Coruña, para realizarla./ El día 7 de septiembre (...), una TAC craneal realizada de urgencia mostraba empeoramiento de la situación neurológica, señalaba: “aumento de la hidrocefalia, con mayor tamaño del sistema ventricular, observándose signos de hidrocefalia activa, así como efecto de masa sobre las cisternas basales y sobre los surcos, en probable relación con edema cerebral” (...), no es hasta el día 9 de septiembre, que se realizó por fin la embolización. Los facultativos que la llevaron a cabo informaron (...) que todo había salido muy bien y que el aneurisma estaba cerrado. A pesar de ello, ese mismo día por la tarde, (la perjudicada) volvió a entrar en quirófano con el fin de recolocar el drenaje ventricular que, al parecer, durante la operación y traslado de la mañana, se había salido”.

Prosigue el relato de los hechos afirmando que, durante los días posteriores a la intervención, “la paciente continuó en la UCI y allí sufrió diferentes infecciones (...)./ El 16/09/04 se le realizó nuevamente un TAC que arrojaba el siguiente resultado: “sangre en cavidad ventricular y asta occipital derecha. Infarto cerebral posterior izquierdo”./ En los informes posteriores se describe una mala evolución (...)./ El día 1 de noviembre fue trasladada desde la UCI a la planta de Neurocirugía y durante los siguientes días, se le practicó una derivación ventrículo peritoneal, con el fin de evitar infecciones./ Finalmente, el día 3 de enero de 2005, decidieron remitir a la paciente al Hospital de, refiriéndonos que la misma: “en la actualidad se encuentra en coma vigil, sin contacto con el medio. Habiendo terminado la fase quirúrgica y estando la paciente en estado crónico se decide el traslado al

Hospital para cuidados intermedios´´.

Por todo lo expuesto, se considera en la reclamación presentada que existen diversos aspectos que no se ajustan a una buena praxis médica. Por un lado, “un inexcusable retraso en el tratamiento. Pues a pesar de que el diagnóstico fue precoz y correcto, y de que se indicó un estudio urgente con vistas al tratamiento se produjo una dilación innecesaria hasta que se realizó la embolización”, considerando “que el tratamiento de la HSA debe ser lo más precoz posible, puesto que los resultados están en función de la rapidez en la aplicación del tratamiento. (...) se debió instaurar de inmediato un tratamiento de taponamiento mediante embolización, para evitar nuevos episodios de sangrado y la extensión del daño neurológico./ Se perdió la oportunidad y la paciente sufrió graves y repetidas lesiones cerebrales, que condujeron al coma vigil, como consecuencia de la dilación en recibir un tratamiento adecuado”. Por otro lado, se dice que “se faltó al deber de información al no ofrecer a la familia las distintas opciones terapéuticas existentes, al no informarles de sus beneficios, ni de sus riesgos, no se dejó participar a la familia, pues la enferma no podía, en la toma de decisiones a lo largo del proceso asistencial”.

Además de lo expuesto, “al retrasar el tratamiento adecuado, no se evitó el riesgo de recurrencia que más tarde se dio. Existió una vez más una falta de diligencia y cautela al dejar abierta la posibilidad de que se produjeran complicaciones graves, como ventriculitis, desprendimiento del drenaje, vasoespasmo que conduce a una isquemia e infarto cerebral u otro episodio de hemorragia cerebral grave, como así sucedió”.

Considerando la existencia de una clara relación causa efecto entre el retraso en el tratamiento y los daños cerebrales que padece la enferma, aquejada de una minusvalía del 100%, reclaman una indemnización que cuantifican en seiscientos mil euros (600.000 €), “solicitándose además el coste total de por vida de los tratamientos y asistencias médicos y rehabilitadores completos de la paciente incluso en instituciones privadas especialistas en dichos tratamientos, y el coste total de las asistencias de terceras personas,

ayudas mecánicas y ortopédicas, eliminación de barreras, así como las que se originen como consecuencia de esa situación, más los intereses legales oportunos desde la fecha de presentación de esta solicitud”.

Se acompaña la reclamación de los siguientes documentos: copia del Libro de Familia de la perjudicada; informe del Área de Urgencias del Hospital, de fecha 2 de septiembre de 2004; informe del Servicio de Neurocirugía del Hospital....., de 2 de septiembre de 2004; informes de TAC craneal del Servicio de Radiodiagnóstico, de fechas 7, 20 y 30 de septiembre de 2004; informe de alta, de fecha 2 de noviembre de 2004, del Servicio U.V.I.; informes de alta del Servicio de Neurocirugía del, de fechas 9 de diciembre de 2004 y 3 de enero de 2005; reconocimiento de grado de minusvalía de la perjudicada, emitido el 28 de febrero de 2005 por la Consejería de Vivienda y Bienestar Social del Principado de Asturias, así como documentación complementaria a este reconocimiento y escritura de apoderamiento otorgada por los reclamantes, esposo e hijos de la perjudicada, a favor, entre otros, de don

2. Mediante escrito de 16 de noviembre de 2005, notificado con acuse de recibo del día 23 del mismo mes, el Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias comunica al representante de los interesados la recepción de su reclamación y las normas del procedimiento con arreglo al cual se tramitará en dicho Servicio.

3. Con fecha 18 de noviembre de 2005, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto solicita de la Secretaría General del la remisión de la historia clínica de la perjudicada e informe del servicio o servicios implicados.

4. Mediante escrito de 21 de noviembre de 2005 el Gerente del Hospital....., de, remite un ejemplar del parte de reclamación del seguro de responsabilidad sanitaria y copia de la historia clínica de la perjudicada obrante

en el hospital.

5. El día 28 de diciembre de 2005 el Secretario General del remite copia de la historia clínica de la perjudicada obrante en el hospital.

6. Por escrito de 25 de enero de 2006 el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto solicita del Servicio de Geriátrica del Sanatorio la remisión de informe acerca del estado actual de la perjudicada.

7. Con fecha 31 de enero de 2006 el Director Médico del Sanatorio emite informe médico, fechado el mismo día, en el que se hace constar que la situación neurológica de la perjudicada se "ha estabilizado permaneciendo en coma vigil".

8. Con fecha 8 de febrero de 2006, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación en el que, después de recoger los antecedentes del caso y los medios de diagnóstico de este tipo de lesiones, analiza la actuación de la Administración sanitaria, extrayendo las siguientes conclusiones: "1. La perjudicada sufrió una hemorragia subaracnoidea por rotura de un aneurisma de la arteria basilar. Entre sus antecedentes personales destacaban haber sido intervenida de dos aneurismas en las comunicantes posteriores derecha e izquierda en 1992, y una hipertensión arterial no tratada./ 2. Una vez diagnosticada, se adoptaron las medidas terapéuticas adecuadas a este tipo de patología: reposo absoluto, sueroterapia, antihipertensivos, antieméticos, analgésicos, realizándose un drenaje ventricular a la espera de proceder a la embolización del aneurisma./ 3. La paciente sufrió un deterioro de su estado neurológico por recurrencia del sangrado (la probabilidad de que surja esta complicación en las dos semanas posteriores a la hemorragia es del 25%). Además se comprobó que el catéter de derivación se hallaba fuera del ventrículo, por lo que fue recolocado en las

horas siguientes./ 4. La paciente reunía las condiciones exigidas para la embolización del aneurisma. Ésta se hizo dentro del plazo estipulado para su realización, quedando el aneurisma completamente ocluido, sin apreciar complicaciones inmediatas tras el procedimiento./ 5. La perjudicada presentó un área de infarto agudo-subagudo en el córtex de la arteria cerebral posterior izquierda, secundaria a un vasoespasma e hidrocefalia, complicaciones ambas junto al resangrado, que ensombrecen el pronóstico de la hemorragia subaracnoidea. Además la paciente sufrió una ventriculitis que requirió tratamiento antibiótico./ 6. La situación de coma vigil con tetraparesia en el que entró la perjudicada es la consecuencia de una hemorragia subaracnoidea muy importante y a la aparición de complicaciones de esta entidad, profusamente descritas en la literatura científica, que ensombrecen notablemente su evolución y pronóstico./ 7. Sobre una supuesta falta al deber de información a la que aluden los reclamantes, privándoles de participar en la toma de decisiones a lo largo del proceso, se constata en la documentación clínica obrante en el expediente la existencia de diversas hojas de consentimiento firmados por su esposo”.

Por todo ello, concluye “que la situación clínica actual de la perjudicada no es consecuencia, como pretenden los reclamantes, de un supuesto retraso en el tratamiento, que se efectuó prontamente y siempre dentro de los plazos observados en los centros sanitarios más prestigiosos y con mayor experiencia. Por el contrario, el estado actual de la enferma es la consecuencia de un proceso hemorrágico cerebral muy importante, al que se sumaron diversas complicaciones de esta entidad clínica, ampliamente recogidas por la literatura científica, cuya aparición ensombrece de forma notable su evolución y pronóstico. Tampoco se ha detectado infracción alguna al deber de información, como atestigua la presencia en la historia clínica de documentos de consentimiento informado para diversos procedimientos invasivos”. Considerando, en definitiva, que “la actuación de los profesionales sanitarios del Servicio de Salud del Principado de Asturias que han intervenido en la asistencia

(...), al utilizar los medios diagnósticos y terapéuticos que su patología exigía en cada momento, fue correcta y ajustada a la *lex artis ad hoc*".

9. Con fecha 10 de febrero de 2006 se remite copia de lo actuado a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y a la correduría de seguros.

10. Mediante escrito de 15 de mayo de 2006 el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto solicita de la Dirección Gerencia A. Especializada Área la remisión de informe de los servicios afectados.

11. Con fecha 10 de mayo de 2006 el representante de los interesados solicita "una copia de todo lo actuado en el expediente administrativo", que le es enviada mediante oficio de 22 de mayo de 2006, notificado el día 26 del mismo mes.

12. Mediante oficio de 26 de mayo de 2006 el Secretario General del Hospital envía copia de diversos informes de los servicios que atendieron a la perjudicada, indicando que ya "figuran en la historia clínica de dicha paciente".

El día 29 del mismo mes se remite copia de dicha documentación a la compañía aseguradora.

13. El día 3 de abril de 2006 se emite informe médico, realizado colegiadamente por dos doctores especialistas en Neurocirugía, constando en la propuesta de resolución que ha sido realizado a instancias de la compañía aseguradora. En el mismo, después de relatar los antecedentes del caso, que en nada difieren de los recogidos en el informe técnico de evaluación, realizan diversas consideraciones médicas, manifestando "que las actuaciones médicas han sido correctas, y que no hay justificación en la reclamación, dado que el cuadro de coma vigil de la paciente no es consecuencia directa de un retraso en

la embolización del aneurisma, sino de un proceso de edema cerebral difuso e hidrocefalia arreabsortiva producida por su hemorragia subaracnoidea. En un proceso de hemorragia subaracnoidea por rotura aneurismática hay que diferenciar entre el tratamiento del propio aneurisma roto, que se realiza para prevenir su resangrado exclusivamente, y los efectos dañinos de la hemorragia subaracnoidea, que son los más graves y que no pueden solucionarse con la embolización del aneurisma. La hemorragia subaracnoidea obstruye todo el sistema de circulación de líquido cefalorraquídeo en el espacio subaracnoideo, y produce un edema generalizado, así como un cuadro de hidrocefalia asociado, que sólo puede tratarse con la evacuación de líquido mediante un drenaje ventricular externo. Hasta que no se reabsorbe la hemorragia subaracnoidea (un proceso que tarda varias semanas en solucionarse), persisten los riesgos de isquemia cerebral por inflamación del propio cerebro así como por vasoespasmos (un cuadro de contracción refleja de las arterias cerebrales causado por irritación directa de la sangre a nivel del espacio subaracnoideo). Ni la hidrocefalia, ni el edema cerebral, ni el vasoespasmos pueden solucionarse ni prevenirse con la embolización del aneurisma, independientemente de la rapidez con que se realice ésta”.

Consideran que “el deterioro neurológico inicial fue debido al desarrollo de una hidrocefalia, causada por la hemorragia subaracnoidea, que fue tratada de forma urgente con la colocación de un drenaje ventricular externo. En el mismo día de la colocación del drenaje se realizó un estudio angiográfico que diagnosticó el aneurisma roto, y dado que un procedimiento de embolización de un aneurisma de la punta de la arteria basilar supone un riesgo asociado de obstrucción de arterias perforantes, no se suele realizar un tratamiento urgente de embolización hasta que no se ha valorado el caso concreto de aneurisma (según sus características de tamaño, localización, morfología, y relación cuello/cúpula) por un equipo conjunto de neurocirujanos y neurorradiólogos intervencionistas. Sólo cuando el neurorradiólogo embolizador diagnostica un aneurisma con unas características muy favorables para su embolización

inmediata puede procederse a la embolización urgente, siempre bajo el conocimiento del neurocirujano vascular. Al tratarse de un procedimiento que requiere un alto entrenamiento y dominio técnico, sólo puede realizarse la embolización por un neurorradiólogo experto con su equipo de profesionales y de medios técnicos disponible en su totalidad, y la embolización, en ocasiones, debe retrasarse por este motivo unos pocos días”.

A su juicio, “la única circunstancia desfavorable por la que puede culpabilizarse a un retraso en la embolización de un aneurisma, es el resangrado confirmado mediante TAC de control comparándolo con el TAC inicial de urgencias. En esta paciente no hay evidencia de resangrado. Todas las demás complicaciones como desarrollo de hidrocefalia, swelling o vasoespasmo, o incremento de presión intracraneal no controlable, no pueden atribuirse al aneurisma, sino que son debidas a la propia hemorragia subaracnoidea. Esta hemorragia no se trata con embolización y sólo puede tratarse de prevenir el vasoespasmo y el edema con tratamiento médico. En consecuencia es falsa la aseveración del informe de reclamación de que se haya producido hidrocefalia, o infección del sistema ventricular como consecuencia del retraso en la embolización. También es falso que haya una clara relación causa-efecto entre el retraso en el tratamiento y los daños cerebrales que padece la enferma, pues el principal daño cerebral evidente en los estudios de TAC, ha sido el de un infarto cerebral que se ha producido como consecuencia de un proceso de elevada presión intracraneal o de vasoespasmo por la propia hemorragia subaracnoidea. La embolización inmediata del aneurisma no habría podido impedir el desarrollo de dicho infarto. Dado que ramas perforantes de la arteria obstruida proporcionan riego sanguíneo a centros del tronco cerebral encargados de la activación de consciencia en la corteza cerebral, debe asumirse como causa fundamental del coma vigil de la paciente su propio infarto cerebral, en cuyo desarrollo no ha influido el retraso en el procedimiento de embolización”.

Extrayendo de todo ello las siguientes conclusiones: "1. Todas las actuaciones médicas y terapéuticas realizadas en esta paciente han sido correctas./ 2. La disminución rápidamente progresiva en el nivel de consciencia de esta paciente se produjo en las primeras 24 horas del ingreso, a consecuencia del desarrollo de hidrocefalia y edema cerebral, ambos causados por su hemorragia subaracnoidea./ 3. La hidrocefalia fue tratada rápidamente con un drenaje ventricular externo, y su edema cerebral con tratamiento médico intensivo./ 4. No hay evidencia de que la paciente haya sufrido resangrado por retraso en la embolización del aneurisma./ 5. La embolización de un aneurisma, aunque sea más beneficiosa cuanto más precozmente se realice, sólo puede hacerse por un equipo especializado tras la valoración del caso por neurocirujanos y neurorradiólogos, y con todos los medios técnicos disponibles, ello supone algunas veces un retraso de algunos días que se debe asumir./ 6. El daño cerebral irreversible de la paciente se ha debido a un infarto de la arteria cerebral posterior por hipertensión intracraneal no controlado o vasoespasmo. No hay evidencias de relación causa efecto entre el desarrollo de este infarto y el retraso en la embolización del aneurisma".

14. Mediante escrito de 8 de junio de 2006, notificado como "carta" el día 14 del mismo mes, se comunica al representante de los interesados la apertura del trámite de audiencia y vista del expediente, por un plazo de quince días, adjuntándole la relación de documentos obrantes en el mismo.

Mediante fax de fecha 14 de junio de 2006, el representante de los interesados solicita el envío de parte de la documentación obrante en el expediente, que le es remitida mediante escrito fechado el mismo día de la solicitud, notificado el día 20 del mismo mes.

15. En escrito presentado el día 29 de junio de 2006 en la Oficina de Empleo de Valladolid IV (San Pablo), recibido en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias el día 7 de julio, se formulan alegaciones por el

representante de los interesados.

En las mismas, después de ratificarse íntegramente en su escrito inicial, manifiesta su disconformidad con los informes emitidos tanto por la Inspección Sanitaria como por la Asesoría Médica de la aseguradora de la Administración. Sostiene que el primero “resulta totalmente contradictorio a la luz de la historia clínica de la paciente” y critica el hecho de que la Inspección Médica realice un informe, “que debería ser objetivo y riguroso sin profundizar en los detalles que figuran en la historia clínica”. Así, “aunque por un lado se afirma (...) que la paciente sufrió un deterioro del estado neurológico por recurrencia de sangrado, y que el catéter de derivación tuvo que ser recolocado, sin embargo se pretende desviar la atención de esta realidad y se llega a señalar que el tratamiento que se realizó se hizo prontamente. Esto es claramente falso./ Se objetiva que, a pesar de que el diagnóstico fue precoz y correcto, en la patología de (la perjudicada) y de que se indicó un estudio urgente, con vistas al tratamiento se produjo una dilación innecesaria”.

Además, considera que el informe de la Inspección apoya su postura ya que relaciona “el estado de coma vigil que sufre en la actualidad la paciente con las complicaciones surgidas en torno al sangrado. Sin embargo, de manera asombrosa insiste en que la embolización se realizó dentro del plazo estipulado. Nos preguntamos cómo es posible que se produjeran las complicaciones propias de un retraso en la embolización, si dicho retraso no se produjo. Esto es claramente insostenible./ Lo cierto es que las complicaciones se producen única y exclusivamente porque no se instauró el tratamiento que las hubiera evitado”.

Por lo que se refiere al informe aportado por la entidad aseguradora de la Administración, entiende que “es destacable el hecho de que se reconozca que cuando la paciente ingresa en el centro hospitalario no presenta alteraciones y sigue en esa situación cuando se le traslada al Hospital”. Añade que se señala en dicho informe que “a pesar de haber sido diagnosticada de hemorragia subaracnoidea difusa mediante TAC craneal, lo que representa una situación para extremar la vigilancia y control de una paciente, se le pasa a

la planta de Neurocirugía en lugar de a UCI, lo que supuso una grave falta de cuidado. Es más, se reconoce que se le pasó a planta y no se le realizó ni camplaje quirúrgico ni la embolización, ni tampoco se le realizó un drenaje ventricular, y ello a pesar de que el aneurisma sangrante (...) requería una actuación urgente. Tampoco se le realizan pruebas diagnósticas (...). Está claro que el seguimiento y control de la paciente, fue escaso y sin tomar ningún tipo de precauciones, lo que llevó al agravamiento de la patología”.

Continúa su alegato sosteniendo que en el mencionado informe se reconoce que hasta el día siguiente no se le realiza ninguna prueba y que si se hacen es porque la situación de la paciente ha empeorado, “lo que era normal y claramente previsible, pues una hemorragia subaracnoidea que se deja a su evolución natural es evidente que complicará el cuadro./ A pesar de que el informe describe que durante el periodo de espera del tratamiento la paciente sufre un cuadro de midriasis bilateral con incremento de la presión intracraneal y aumento de la hidrocefalia, omiten (sus autores) de manera inexcusable que dicho cuadro es consecuencia del resangrado que se produce, complicación más grave del aneurisma cerebral sangrante”. Considera que “el no actuar precozmente (...), dio lugar al resangrado, lo que es claramente contrario a la lex artis”.

Insiste en que ambos informes, “pretenden minimizar el hecho de que la embolización se produjo el día 9 de septiembre, totalmente en contra de la precocidad con que debe llevarse a cabo dicho tratamiento. Ya sólo esto es suficiente para que nazca la responsabilidad de la Administración responsable del servicio público sanitario”.

Por último, señala que “conforme recoge el informe de (la asesoría médica), la hemorragia subaracnoidea obstruye todo el sistema de circulación del líquido cefalorraquídeo en el espacio subaracnoideo y produce un edema generalizado, así como un cuadro de hidrocefalia asociado, que sólo puede tratarse con la evacuación del líquido mediante la colocación de un drenaje ventricular externo./ Es lamentable que a pesar de ello no se colocara el

drenaje al ingreso, sino a la mañana siguiente”, lo que, a su juicio, permitió claramente el empeoramiento clínico de la paciente

Por todo ello, concluye que existen “evidencias claras a lo largo del expediente administrativo que establecen que la situación de coma en que se encuentra hoy (la perjudicada) pudo y debió haberse evitado si se hubieran tomado las medidas oportunas y el personal del servicio público sanitario hubiera actuado como le era exigible”. Y que “el resangrado que sufrió la paciente pudo haber sido controlado con el camplaje quirúrgico o la embolización, que en el caso de la paciente no se realizó hasta cuando ya era muy tarde y se había llevado (...) a una situación irreversible”.

16. Mediante oficios, fechados el 13 de julio de 2006, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias remite una copia de las alegaciones presentadas a la compañía aseguradora y a la correduría de seguros.

17. Con fecha 14 de julio de 2006, el instructor formula propuesta de resolución en el sentido de “desestimar la reclamación” interpuesta, razonando que “en el caso que nos ocupa la actuación de los facultativos del Hospital `.....´ de y del, que intervinieron en la asistencia a la reclamante, al utilizar los medios diagnósticos y terapéuticos que la patología y las circunstancias del caso requerían, ha resultado conforme con la `lex artis ad hoc´. El deterioro neurológico que la paciente sufre actualmente -situación de coma vigil con tetraparesia espástica- es consecuencia de un sangrado cerebral muy importante que por sí mismo conlleva muy mal pronóstico, viéndose éste ensombrecido por la aparición de distintas complicaciones de la hemorragia subaracnoidea (infarto cerebral) originado por el edema cerebral o el vasoespasmo, que no pudieron ser evitados pese a lo acertado del tratamiento administrado, y que una embolización más precoz del aneurisma tampoco habría podido evitar”.

Por otro lado, considera que “no se ha detectado una supuesta falta del deber de información, pues la revisión de la historia clínica de la perjudicada ha constatado la existencia de diversos documentos de consentimiento informado firmados por su esposo”.

18. En este estado de tramitación, mediante escrito de 26 de julio de 2006, registrado de entrada el día 28 del mismo mes, V.E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración del Principado de Asturias objeto del expediente núm., de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, cuyo original adjunta.

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 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), está la perjudicada activamente legitimada para solicitar la responsabilidad patrimonial del

Principado de Asturias, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

No obstante, se observa que no consta debidamente acreditada la calidad de representantes que la Administración reconoce al esposo e hijos de la perjudicada durante la tramitación del procedimiento, que en todo momento actúan en nombre de ella y no en interés propio. Este defecto, que en ningún momento fue advertido por la Administración, por lo que no requirió su subsanación expresa, supone un incumplimiento del artículo 32.3 de la LRJPAC, que dispone que "Para formular solicitudes, entablar recursos, desistir de acciones y renunciar a derechos en nombre de otra persona, deberá acreditarse la representación por cualquier medio válido en derecho que deje constancia fidedigna, o mediante declaración en comparecencia personal del interesado".

En aplicación del precepto citado, y a la vista de la documentación obrante en el expediente, es preciso concluir que en modo alguno pueden reclamar en representación de la perjudicada su esposo e hijos, pese al estado de coma vigil en el que parece encontrarse ésta en el momento de presentar la reclamación. Esta representación en procedimientos administrativos nada tiene que ver con la representación para prestar el consentimiento informado en el ámbito de las actuaciones médicas cuando el estado físico del paciente no le permita adoptar por sí mismo las decisiones de esa naturaleza, situación regulada específicamente en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, cuyo artículo 9.3, apartado a), dispone que, en tal supuesto, "Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho". Tratándose el presente caso de un procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración, no hay constancia de que la perjudicada haya sido legalmente incapacitada, ni tampoco de documento alguno en el que ésta haya otorgado la representación a favor de los hoy reclamantes. Aunque obra en el expediente copia del Libro de Familia, hemos

de recordar que el artículo 71 del Código Civil establece que “Ninguno de los cónyuges puede atribuirse la representación del otro sin que le hubiere sido conferida”. A lo dicho habría de unirse el hecho de que el marido e hijos de la perjudicada, que pretenden actuar en representación de ésta, confieren a su vez apoderamiento a un letrado, siendo predicable también de éste la carencia de poder de representación con respecto a la perjudicada.

Pese a todo lo expuesto, la Administración ha tramitado el procedimiento. En consecuencia, de acuerdo con lo establecido en el artículo 32.4 de la referida LRJPAC, que permite subsanar la falta o insuficiente acreditación de la representación, el órgano administrativo, previamente a dictar la resolución que ponga fin al procedimiento, habrá de comunicar a los solicitantes que deberán subsanar dicho defecto dentro del plazo de diez días, con advertencia de que, si así no lo hicieran, se les tendrá por desistidos de su petición, previa resolución dictada en legal forma. Observación ésta que tiene la consideración de esencial a efectos de lo dispuesto en el artículo 3.6 de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, y en el artículo 6.2 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo del Principado de Asturias.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

TERCERA.- En cuanto al plazo de presentación de la reclamación, el artículo 142.5 de la LRJPAC dispone que “En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse 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 caso ahora examinado, la acción se ejerce en plazo, ya que el alta de la perjudicada en el Servicio de Neurocirugía del se produce el día 3 de enero de 2005 y el escrito de reclamación se presenta el 28 de octubre del mismo año.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC y, en su desarrollo, en el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Procedimiento de tramitación al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de audiencia y propuesta de resolución. Sin embargo, no se ha dado cumplimiento estricto a la obligación de comunicar a los interesados, en los términos de lo dispuesto en el artículo 42.4 de la LRJPAC, la fecha en que su solicitud ha sido recibida por el órgano competente, el plazo máximo legalmente establecido para la resolución -y notificación- del procedimiento, así como los efectos que pueda producir el silencio administrativo, puesto que, si bien se comunica a los reclamantes por el Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias la incoación del mismo, dicha comunicación no se ajusta a los términos y contenidos del precepto citado, al haberse precisado dichos extremos mediante una mera referencia a la normativa que rige el procedimiento.

Además, se aprecia que se ha excedido el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. Presentada la reclamación el día 28 de octubre de 2005, se concluye que, a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo, el día 28 de julio de 2006, el plazo de resolución y notificación ha sido ampliamente sobrepasado. Ello no impide, no

obstante, la resolución del procedimiento, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.4, letra b), de la referida LRJPAC.

Por último, por lo que se refiere a la incorporación de los informes de los servicios “cuyo funcionamiento haya ocasionado la presunta lesión indemnizable”, tal y como específicamente exige el artículo 10.1 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial, constan en el expediente, como tales informes, los mismos que obran en la historia clínica y que, obviamente, son anteriores a la reclamación presentada.

Este Consejo, como hemos señalado en Dictámenes precedentes (números 44/2006 y 131/2006, entre otros), no considera jurídicamente correcto el criterio, que parece mantener el órgano instructor, de que el trámite de emisión de informe del servicio o servicios implicados en la reclamación queda cumplido con la incorporación de los evacuados durante el proceso sanitario asistencial y, por tanto, con anterioridad al inicio del procedimiento de responsabilidad patrimonial. El artículo 10.1 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial demanda la elaboración de un informe posterior a la presentación de la reclamación, que no puede suplirse por la información que sobre el proceso asistencial consta en el historial clínico respectivo, ya que ello impide la versión que el servicio implicado pueda tener sobre datos y consideraciones que consten en la reclamación planteada. En el presente caso, los informes remitidos por la Secretaría General del, mediante oficio de 26 de mayo de 2006, no son los que aquel Reglamento requiere y el propio Inspector de Prestaciones Sanitarias solicita en oficios de fechas 18 de noviembre de 2005 y 15 de mayo de 2006. Por el contrario, son copia de los que obran en el historial médico de la perjudicada, y así lo reconoce la propia Secretaría General del al recordarle al instructor que los informes ya “figuran en la historia clínica de dicha paciente”.

La ausencia de los referidos informes es determinante en este caso e impide un pronunciamiento sobre el fondo del asunto, pues afecta al conocimiento de elementos imprescindibles para el análisis del supuesto fáctico

que motiva la reclamación y de la relación que los daños alegados puedan tener con el funcionamiento del servicio público sanitario. Más concretamente, es preciso que los servicios implicados se pronuncien sobre el hecho del resangrado ventricular anterior a la embolización, anotado y resaltado en el folio 53 del expediente, correspondiente a una hoja, "lista de problemas", de la historia clínica de la paciente, así como sobre sus consecuencias. En el informe técnico de evaluación se da cuenta de este episodio, tanto en la parte de "acreditación de los hechos alegados" como en la conclusión tercera, en la que se afirma que "la paciente sufrió un deterioro de su estado neurológico por recurrencia del sangrado"; incidente al que no se le concede importancia, pues se afirma que toda la actuación médica fue acorde con la "*lex artis ad hoc*". Sin embargo, en el dictamen pericial de la asesoría médica solicitado por la aseguradora de la Administración, se concede relevancia a un hipotético resangrado ventricular, pero niega que se hubiese producido: "la única circunstancia desfavorable por la que puede culpabilizarse a un retraso en la embolización de un aneurisma, es el resangrado confirmado mediante TAC de control comparándolo con el TAC inicial de urgencias. En esta paciente no hay evidencia de resangrado". Puesto que una de las razones por las que se reclama es el retraso en la embolización de la perjudicada, es preciso saber qué explicación dan los servicios afectados a las divergencias acabadas de exponer y a las demás supuestas irregularidades por las que se alega.

Por todo ello, previa acreditación de la representación en los términos que resultan de la consideración jurídica Segunda, se deben incorporar al expediente los informes señalados; efectuar un nuevo trámite de audiencia y vista del expediente, adjuntando, en su caso, las alegaciones que se efectúen, y formular una nueva propuesta de resolución, para luego recabar el preceptivo dictamen de este Consejo.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no es posible, en el estado actual del procedimiento, un análisis y un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada y que, por ello, debe retrotraerse el procedimiento a fin de cumplimentar cuanto queda enunciado en el cuerpo de este dictamen. "

V.E., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.