

Expediente Núm. 147/2007
Dictamen Núm. 34/2008

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
Bastida Freijedo, Francisco
Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 3 de abril de 2008, 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 20 de junio de 2007, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por don, en nombre y representación de don y de don y doña, quienes, 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 un centro hospitalario público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 28 de octubre de 2005, don presenta, en la Delegación Territorial en, una reclamación de responsabilidad patrimonial dirigida al Servicio de Salud del Principado de Asturias, “en nombre de” don y de don y doña, “en representación de su esposa y madre, respectivamente,

doña”, por los daños ocasionados a ésta con ocasión de la asistencia sanitaria recibida en el Hospital “X”.

En el escrito de reclamación, registrado en la Administración del Principado de Asturias con fecha 7 de noviembre de 2005, se expone 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 (...) al hospital comarcal `Y´, 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 `X´)”. Señala que ese mismo día fue ingresada en dicho centro sanitario y que la doctora que la atendía informó a la familia que al día siguiente se le realizaría una artrografía.

Manifiesta que el día 3 de septiembre, a las 12 horas, 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 le 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 ‘X’)”.

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”. 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 "A" o "B", para realizarla". Continúa relatando que el día 7 de septiembre "una TAC craneal realizada de urgencia mostraba empeoramiento de la situación neurológica" y que "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".

Señala que, durante los días posteriores a la intervención, "la paciente continuó en la UCI y allí sufrió diferentes infecciones" y que "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 'Z', refiriéndonos que (...) `en la actualidad se encuentra en coma vigil, sin contacto con el medio´".

Por lo expuesto, considera 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", estimando "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 mismo. 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 sostiene 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, “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, vasoespasma que conduce a una isquemia e infarto cerebral u otro episodio de hemorragia cerebral grave, como así sucedió”.

Al considerar 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%, se reclama “una indemnización de 600.000 € solicitándose además el coste total de por vida de los tratamientos y asistencias” médicas y rehabilitadoras completas 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 adjunta a la reclamación una copia de los siguientes documentos: libro de familia de la perjudicada; informe del Área de Urgencias del Hospital “Y”, de fecha 2 de septiembre de 2004; informe del Servicio de Neurocirugía del Hospital “X”, 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 del Servicio UVI, de fecha 2 de noviembre de 2004; informes de alta del Servicio de Neurocirugía del Hospital “X”, de fechas 9 de diciembre de 2004 y 3 de enero de 2005; reconocimiento del 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 poder notarial otorgado 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 el 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 al Secretario General del Hospital "X" 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 "Y", remite al Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias un ejemplar del parte de reclamación del seguro de responsabilidad sanitaria y copia de la historia clínica de la perjudicada obrante en el mismo.

5. El día 28 de diciembre de 2005, el Secretario General del Hospital "X" remite al Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias una copia de la historia clínica de la perjudicada obrante en dicho hospital.

6. Mediante escrito de 25 de enero de 2006, el Inspector de Prestaciones Sanitarias solicita al Servicio de Geriátrica del Sanatorio "Z" la remisión de un informe acerca del estado actual de la perjudicada.

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

8. El día 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 vasoespasmo 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 la 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 firmadas por su esposo".

Por 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". Considera, 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, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias remite copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente a la correduría de seguros.

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

11. Con fecha 2 de mayo de 2006, el representante de los interesados presenta en la Oficina de Empleo de un escrito en el que solicita "una copia de todo lo actuado en el expediente administrativo", que le es enviada el día 26 de mayo de 2006.

12. Mediante oficio de 26 de mayo de 2006, el Secretario General del Hospital "X" remite al Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias

copia de diversos informes emitidos por 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. Con fecha 3 de abril de 2006, emite informe una asesoría privada, suscrito colegiadamente por dos especialistas en Neurocirugía, constanding 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, efectúan diversas consideraciones, 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 vasoespasmo (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 vasoespasmo 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 (...) 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”.

De ello extraen 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 (...) 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 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.

Por 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 el día 20 del mismo mes.

15. Con fecha 29 de junio de 2006, el representante de los interesados presenta en la Oficina de Empleo de un escrito en el que se formulan alegaciones.

En las mismas, después de ratificarse íntegramente en su escrito inicial, manifiesta su disconformidad con los informes emitidos tanto por el Servicio de Inspección Sanitaria como por la asesoría privada de la aseguradora de la Administración. Sostiene que, en el primero, aunque 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”, y concluye que “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 ‘Y’ no presenta alteraciones y sigue en esa situación cuando se le traslada al Hospital ‘X’”.

Añade que se señala en él 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 indicando 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 miadrisis 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”. Estima 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 privada), 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.

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 día 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 ‘Y’ y del Hospital ‘X’, 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. Solicitado dictamen preceptivo a este Consejo con fecha 26 de julio de 2006, el Pleno, en sesión celebrada el día 9 de noviembre de 2006, dictamina que no es posible un pronunciamiento sobre el fondo de la consulta solicitada y que debe incorporarse al expediente, por resultar imprescindible para el análisis de los hechos que motivan la reclamación, un informe de los servicios implicados, sobre la existencia en particular de un resangrado ventricular anterior a la embolización, su trascendencia y el resto de supuestas irregularidades alegadas por la parte, al objeto de conocer la explicación que dan los citados servicios a las divergencias que resultan del informe técnico de evaluación y del dictamen pericial de la asesoría privada. Que, tras la incorporación de dichos informes, debe retrotraerse el procedimiento al momento de la práctica del trámite de audiencia, adjuntando al expediente las alegaciones que, en su caso, se efectúen, formulando nueva propuesta de resolución y recabando el preceptivo dictamen del Consejo.

Sin perjuicio de lo anterior, en la consideración segunda del dictamen se efectúa una observación 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, relativa a la falta de acreditación de la representación para actuar en nombre de la perjudicada, tanto de la correspondiente al esposo y a los hijos -puesto que no hay constancia en el expediente de la incapacitación legal de aquélla, ni tampoco de documento alguno en el que se haya otorgado la representación a favor de los reclamantes- como de la que ostenta el letrado para actuar en nombre de ella, y se señala que el órgano

administrativo, antes de dictar la resolución que ponga fin al procedimiento, deberá conceder a los actuantes un plazo de subsanación de diez días, con la advertencia de que, si así no lo hicieran, se les tendrá por desistidos de su petición, previa resolución dictada en legal forma.

19. Tras la notificación del dictamen, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Disciplinaria del Servicio instructor solicita a la Dirección Gerencia del Hospital "X", con fecha 3 de enero de 2007, la remisión del informe del Servicio de Neurocirugía que atendió a la paciente en el que se "recoja la asistencia dispensada", precisando que el mismo debe pronunciarse "sobre si hubo o no resangrado/aumento del sangrado ventricular a lo largo del proceso evolutivo".

20. Con fecha 9 enero de 2007, se notifica al representante de los interesados la apertura de un trámite de subsanación de los defectos observados en la representación.

21. Con fecha 17 de enero de 2007, el representante de los interesados presenta en el registro de la Oficina de Empleo de un escrito al que acompaña copia de la sentencia dictada por el Juzgado de Primera Instancia e Instrucción N.º 2 de Mieres, de 26 de julio de 2006, por la que se declara a la perjudicada "total y absolutamente incapaz para gobernarse por sí misma y administrar sus bienes", y se designa como tutor a su esposo. Consta en el antecedente de hecho primero de la citada resolución judicial que el procedimiento se inicia mediante demanda presentada el día 28 de junio de 2005.

Respecto de la condición con la que intervienen los interesados, afirma el representante que actúan "en nombre propio como perjudicados". Subraya que "los perjudicados directos y legítimos son la paciente y también ellos mismos, ejerciendo acciones propias y personales pues se ven perjudicados de manera directa". Además, el esposo, "como tutor de la incapaz está legitimado para

actuar en su representación”.

Asimismo, comunica al instructor que sobre los mismos hechos “está conociendo la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Oviedo, recurso n.º”.

22. Mediante escrito de 2 de febrero de 2007, el Jefe del Servicio instructor remite al Servicio Jurídico del SESPA una copia del expediente de responsabilidad patrimonial de referencia, al objeto de atender al requerimiento formulado por la Sección 3.ª de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias, en virtud de Providencia de 27 de septiembre de 2006, por la que se admite a trámite el recurso interpuesto por los interesados frente a la desestimación presunta de la reclamación de responsabilidad patrimonial.

23. Con fecha 20 de abril de 2007, el Secretario General del Hospital ‘X’ remite al Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias una copia del informe elaborado por el Jefe del Servicio de Neurocirugía de dicho hospital, con fecha 18 del mismo mes. Tras efectuar un relato del curso clínico de la perjudicada, con referencia a las medidas diagnósticas y terapéuticas aplicadas, afirma, respecto de estas últimas, que “se debatieron las opciones terapéuticas por los especialistas implicados, estableciendo como mejor procedimiento en este caso la embolización endovascular. Conviene aclarar que tanto la cirugía como la embolización van encaminadas a eliminar el aneurisma de la circulación y a evitar nuevos episodios hemorrágicos o resangrados. En ningún caso estos métodos actúan sobre la hemorragia subaracnoidea que ya se ha producido o sobre sus consecuencias tardías, como el vasoespasmo, edema cerebral, infartos cerebrales o hidrocefalia. Estas complicaciones suelen ser graves o muy graves. Se tratan en su mayoría con medidas medicamentosas y en el caso concreto de la hidrocefalia con métodos derivativos del líquido cefalorraquídeo”.

En cuanto al resangrado, manifiesta que “hemos revisado todos y cada

uno de los estudios radiológicos practicados desde el ingreso hasta el alta y no se detectan signos de resangrado ni antes ni después de la embolización”.

Finalmente, afirma que “la atención asistencial prestada a la paciente durante cuatro meses ha sido puntual y minuciosa por parte de todos los facultativos implicados” y que “desde el primer día se informó a la familia a diario de la situación, incidencias y pautas de tratamiento más adecuadas a seguir. En ningún momento manifestaron su disconformidad o negativa a las medidas que se tomaron”.

24. Mediante escrito de 24 de abril de 2007, notificado el día 30 del mismo mes, se comunica al representante de los interesados la apertura de un nuevo trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándole una copia de la documentación incorporada al expediente.

25. Con fecha 10 de mayo de 2007, el representante de los interesados presenta, en el registro de la Oficina de Empleo de, un escrito de alegaciones en el que, tras ratificarse íntegramente en su pretensión indemnizatoria, afirma que “el propio Jefe de Servicio -de Neurocirugía- reconoce el retraso en la embolización aunque lo justifica en la falta de medios disponibles. El que existiera una avería técnica no justifica el retraso en la asistencia. Si el centro hospitalario no disponía en ese momento de los recursos necesarios se debió remitir de forma urgente a la paciente a otro centro, pero nunca demorar una asistencia que le hubiera dado la oportunidad de evitar los graves daños que hoy padece”. Añade que “se tardaron tres días en realizar una intervención urgente y vital y la consecuencia fue un grave daño a la paciente./ Cuando finalmente tuvo lugar la embolización ya era muy tarde y la solución era inviable”.

Con respecto al resangrado, manifiesta que “la historia clínica refleja que existió el sangrado, y así consta en el folio (...) que recoge los resultados de las pruebas de TAC realizadas. Consta literalmente: `Se realiza TC cráneo: aumento del sangrado ventricular. Resangrado´”, y estima que “no puede

asumirse una conclusión subjetiva realizada por uno de los doctores implicados cuando la historia clínica recoge expresamente lo contrario. Y no sólo eso, sino que el propio informe técnico de evaluación lo considera como un hecho probado". Apunta que, "desde el punto de vista médico, es sobradamente conocido en el campo de la neurocirugía que un cuadro de midriasis bilateral con incremento de la presión intracraneal y aumento de la hidrocefalia, como el que presentaba en ese momento, la paciente es consecuencia directa del resangrado que se produce".

Considera que los daños sufridos "tienen causa directa con la actuación del servicio público sanitario, bien por no reparar la avería cuanto antes, por no trasladar a la paciente a otro centro, en definitiva, no tomar las medidas oportunas para realizar el tratamiento que necesitaba la paciente./ Tratamiento que le hubiera dado la posibilidad (...) de superar con éxito la patología y por consiguiente (de) tener una calidad de vida en lugar de estar en la situación de coma en que hoy se encuentra".

Finalmente, en cuanto a la falta de información, afirma que "el propio facultativo señala que `las opciones terapéuticas se debatieron por los especialistas implicados´. Pero ni (a) la enferma ni (a) la familia se le explicaron ni informaron de las distintas opciones posibles, luego reconoce la falta de información alegada por esta parte a lo largo del expediente".

26. Con fecha 6 de junio de 2006 (*sic*), el Jefe del Servicio instructor eleva propuesta de resolución en la que, tras describir los antecedentes de hecho, con expresión de la retroacción de actuaciones y los trámites seguidos, razona en derecho y propone la desestimación de la reclamación, con base en los fundamentos de derecho ya contenidos en su propuesta de 14 de julio de 2006.

27. En este estado de tramitación, mediante escrito de 20 de junio de 2007, registrado de entrada el día 22 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), están los perjudicados activamente legitimados 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.

En el escrito de reclamación se afirma que el letrado actúa en representación del esposo e hijos de la perjudicada, quienes, a su vez, lo hacen en representación de ésta. A la solicitud se adjunta un poder de representación otorgado por el esposo e hijos a favor de aquél, pero nada se acredita en ese momento sobre la representación de éstos en relación con la perjudicada, por lo que, con ocasión de nuestro Dictamen Núm. 217/2006, efectuamos una observación esencial al respecto, ya que el hecho de que el órgano instructor no cuestione la legitimación o la representación de los reclamantes no exime

del cumplimiento de un requisito procesal que es sustantivo, no adjetivo o accesorio. En el trámite de subsanación abierto por el Servicio instructor se confirma que, por sentencia de 26 de julio de 2006, se declara a la perjudicada total y absolutamente incapaz y se designa tutor a su esposo, que adquiere así formalmente la condición de representante de su cónyuge. Además, en el escrito de subsanación se indica que los interesados actúan “ejerciendo acciones propias y personales pues se ven perjudicados de manera directa”, con lo que se modifica así la posición procesal de los reclamantes, y en particular la de los hijos de la perjudicada, quienes, de actuar supuestamente en representación de su madre, se sitúan ahora como directamente afectados. En la medida en que la indemnización que desde un principio se reclama se dirige, al menos en parte, a cubrir el coste total de la asistencia sanitaria que haya de tener en el futuro la perjudicada, en estado de coma vigil, y que a ellos corresponde, después de su padre, darle ese sustento en los términos de lo establecido en los artículos 142 y siguientes del Código Civil, entendemos, aplicando un criterio antiformalista, que los tres reclamantes están legitimados para actuar en este procedimiento.

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 Hospital “X” 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 incorporación de informe del servicio afectado, audiencia con vista del expediente 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 notifica a los reclamantes por el Servicio instructor la incoación del procedimiento, dicha comunicación no se ajusta a los términos y contenidos previstos en el artículo citado, al haberse precisado estos extremos mediante una mera referencia a la normativa rectora del mismo.

Por último, observamos que ha sido rebasado el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. Recibida la reclamación el día 7 de noviembre de 2005, se concluye que, a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo, el día 22 de junio de 2007, el plazo de resolución y notificación ya había sido sobrepasado y los reclamantes habían

recurrido jurisdiccionalmente la desestimación presunta de su reclamación. No obstante, esto no impediría la resolución tardía del procedimiento, ya que, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 43.3, segundo inciso, de la LRJPAC, en los procedimientos iniciados a solicitud del interesado, “La desestimación por silencio administrativo tiene los solos efectos de permitir a los interesados la interposición del recurso administrativo o contencioso-administrativo que resulte procedente”, de modo que, subsistente la obligación de la Administración de dictar resolución expresa y de notificarla en todos los procedimientos, la Ley dispone en casos como el que nos ocupa, en el que por el vencimiento del plazo ha operado el silencio negativo, que la resolución expresa posterior se adopte “por la Administración sin vinculación alguna al sentido del silencio” (artículo 43.4, letra b), de la referida LRJPAC).

No obstante, dado que el procedimiento se encuentra incurso en recurso contencioso-administrativo, sin que conste formalmente en el expediente que dicho proceso judicial haya concluido, deberá acreditarse tal extremo (es decir, su no finalización por resolución judicial) con carácter previo a la adopción de la resolución que se estime procedente.

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 139 de la LRJPAC, ya citada, 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, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos”. 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 141 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

SEXTA.- Los reclamantes basan su pretensión indemnizatoria en el anormal funcionamiento de la Administración sanitaria, al considerar que el daño neurológico que sufre la perjudicada es consecuencia del retraso en la práctica de una intervención endovascular -embolización- dirigida a la oclusión de un aneurisma cerebral roto. Estiman que, con la supuesta demora en el tratamiento, se perdió la oportunidad de curación y, adicionalmente, imputan al servicio público una vulneración del derecho a la información sanitaria.

En cuanto a la efectividad del daño físico alegado, resulta acreditado que la perjudicada se encuentra en coma vigil, carece de actividad motora voluntaria y de posibilidad de comunicación con el medio que la rodea, por lo que se encuentra en situación de absoluta dependencia. Ahora bien, la mera constatación de un daño, surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario, no implica sin más la declaración de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público.

Como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, el servicio público sanitario debe procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la obtención de resultados concretos.

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

todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que ésta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

Considera el representante de los interesados que la adversa evolución clínica de la perjudicada se debe a “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”. Concreta esa demora en dos hechos: el primero, la tardanza en practicar el drenaje ventricular, porque habiendo ingresado en el Hospital “X” en la madrugada del día 3 de septiembre de 2004, “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”; el segundo, un retardo en la embolización para resolver el aneurisma, ya que “se programó una embolización para el día 6 por la mañana”, pero, por una avería del aparato necesario para la intervención, ésta se realiza el día 9. Añade, como dato relevante, que el no actuar precozmente dio lugar al resangrado, que “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 la paciente a una situación irreversible”.

Los interesados no aportan más pruebas que la historia clínica y no contraponen a los informes técnicos que obran en el expediente, todos ellos favorables a la actuación realizada por el servicio público, otros que avalen la reclamación. Tan sólo exponen juicios personales y las contradicciones en que supuestamente incurren aquéllos.

No es propio de nuestra función consultiva realizar valoraciones médicas complejas, pero sí debemos constatar lo que refleja la historia clínica y los razonamientos puestos de manifiesto en los citados informes técnicos. La enferma, con antecedentes de intervención quirúrgica por aneurisma comunicante posterior, realizada en 1992, ingresa en la primera hora del día 3

de septiembre de 2004 en el Hospital "X", en el Servicio de Neurocirugía, con el diagnóstico de hemorragia subaracnoidea y con nivel de consciencia. Durante la noche es atendida por el personal sanitario y a las 10 horas de ese día se avisa a la UCI por disminución del nivel de consciencia de la paciente, donde ingresa a las 10:30 horas; datos todos ellos que figuran en la hoja de observaciones de enfermería de esa fecha. En el informe de alta, de 2 de noviembre de 2004, el Jefe del Servicio de la UVI anota que el día de su ingreso se realiza a la paciente un nuevo TAC, que revela "aumento de hidrocefalia activa, así como efecto masa sobre cisternas basales y surcos en probable relación con edema cerebral. Asimismo, mediante arteriografía, se diagnostica de aneurisma de a. basilar de 7 mm, bilobulado, con zona desflecada en cúpula, correspondiente al punto de rotura. Neurocirugía decide colocar sistema de drenaje ventricular a la espera de poder embolizar el aneurisma"; el drenaje que se lleva a cabo a las 20:20 horas de ese mismo día, según la hoja de registro de quirófano. A falta de prueba en contra, parece razonable entender que no hay desidia o falta de diligencia en la atención a la enferma en el primer día de ingreso y que las medidas adoptadas se aplican al ritmo que marca la evolución de la paciente. Así lo reconocen unánimemente los distintos informes técnicos, por lo que hemos de concluir que no hubo retraso en la atención médica dispensada en esta fase del tratamiento.

Por lo que respecta a la dilación en la realización de la embolización, hay que distinguir dos periodos: el comprendido entre el ingreso hospitalario, el día 3 de septiembre de 2004, y la adopción de la decisión de practicar la embolización del aneurisma, el 6 de septiembre, por un lado; y el que va desde esta fecha hasta el 9 de septiembre, día en que se lleva a cabo la intervención, por otro.

Los interesados entienden que debió realizarse la embolización cuanto antes. Aducen 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 'A' o 'B', para realizarla". El informe técnico de evaluación afirma que "debe

ser practicada lo más rápidamente posible, siempre dentro de los ocho días siguientes a la hemorragia”, mientras que el dictamen médico de la aseguradora de la Administración no atribuye tanta premura a esa intervención, al entender que, “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 (...) hasta que no se ha valorado el caso concreto de aneurisma (...) por un equipo conjunto de neurocirujanos y neurorradiólogos intervencionistas”. Consta que la embolización se llevó a cabo dentro de los siete días siguientes al sangrado inicial, es decir, dentro del plazo que señala el protocolo alegado por los interesados; sin embargo, no queda acreditado que se hubiera sugerido por el personal médico la alternativa de remitir a la paciente a otro centro para una más pronta intervención. Según el informe técnico de evaluación, la detención de la hemorragia subaracnoidea ha de hacerse cuanto antes, pero ello no significa que sea la única medida posible, ni que con carácter previo a la embolización no se hubieran adoptado otras medidas al respecto, pues el mismo día del ingreso se coloca un catéter de drenaje ventricular con el fin de aliviar la presión intracraneal. Para los reclamantes ésta es una maniobra que retrasa la intervención del aneurisma, pero no aportan prueba alguna de que sea una decisión incorrecta. Por el contrario, el dictamen médico de la aseguradora afirma que la hemorragia subaracnoidea “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”, y añade que “ni la hidrocefalia, ni el edema cerebral, ni el vasoespasmismo pueden solucionarse ni prevenirse con la embolización del aneurisma, independientemente de la rapidez con que se realice ésta”. Por lo que respecta al “resangrado”, al que atribuyen tanta importancia los reclamantes, no se produce en este periodo de tiempo, entre el 3 y el 6 de septiembre. En la hoja de la UVI, denominada “lista de problemas”, aparece anotado, el día 6 de septiembre de 2004, “TC cráneo: mejoría”. Por tanto, en esta fecha, que era la inicialmente prevista para hacer la embolización, no hay prueba que ponga de

manifiesto que la decisión de practicar la intervención tres días después del ingreso significase un retraso en el tratamiento de la enferma, ni tampoco un empeoramiento por resangrado; al contrario, la atención dispensada, mediante la colocación de un catéter de drenaje intraventricular, supuso una mejoría, contrastada en el TAC.

En relación con la demora en la embolización, debida a una avería en uno de los aparatos clínicos, desde que se decide realizar la intervención, el día 6 de septiembre, hasta que se lleva a efecto, el día 9 de ese mes, nadie la pone en duda y la causa es reconocida en el propio informe del Servicio afectado. La cuestión está en saber si esa incidencia técnica fue determinante en la aparición de un resangrado y en el subsiguiente estado de coma de la enferma.

Los reclamantes ponen especial énfasis en un supuesto resangrado, tanto por las consecuencias que le atribuyen, como por las contradicciones que observan sobre este asunto en los informes que obran en el expediente. Así, el informe técnico de evaluación señala que “la paciente sufrió un deterioro de su estado neurológico por recurrencia del sangrado”. Por el contrario, el informe del servicio de Neurocirugía afirma que “hemos revisado todos y cada uno de los estudios radiológicos practicados desde el ingreso hasta el alta y no se detectan signos de resangrado ni antes ni después de la embolización”. En idéntico sentido se pronuncia el dictamen de la asesoría privada, en el que se indica “en esta paciente no hay evidencia de resangrado”. Examinada la historia clínica, en la hoja de la UVI “lista de problemas”, correspondiente al día 9 de septiembre de 2004, aparece anotado “midriasis arreactiva. Se realiza TC cráneo: aumento del sangrado ventricular. Resangrado”. También se refiere a este episodio el informe de alta del Servicio UVI del Hospital “X”, de 2 de noviembre de 2004. Por tanto, no cabe duda de que se produjo ese resangrado. Para los reclamantes tiene particular relevancia que el dictamen de la asesoría médica, que niega la existencia del resangrado, afirme que “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”. A juicio de los

interesados, una vez acreditado el resangrado, la conclusión debería ser, en coherencia con lo postulado en el dictamen médico, la existencia de un retraso culpable. Sin embargo, una lectura detenida de la historia clínica y de los informes técnicos impide llegar a tal resultado, más allá de la contradicción sobre la presencia del resangrado, cuya existencia es innegable.

Aun con la demora en la embolización por razones técnicas, la intervención se practicó dentro del plazo que indica el protocolo médico como conveniente, es decir, dentro de los siete u ocho días desde la hemorragia inicial. Pero más importante es que el resangrado se detecta, mediante TAC, el mismo día en que se efectúa la intervención endovascular y no antes, según atestigua la mencionada hoja de la UVI, denominada "lista de problemas", y en la que basan su argumentación los interesados. En la fecha en que se decide practicar la embolización el TAC de control señala "mejoría", por lo que la espera, hasta que se solucionase la avería dentro de aquel plazo, no parece contraria a la *lex artis*, habida cuenta de los riesgos que comportaría la alternativa de traslado de la enferma, dado su grave estado, a otro centro fuera de Asturias, tal como sugieren los reclamantes.

En todo caso, no hay prueba alguna que demuestre, ni siquiera de manera indiciaria, que el estado de coma vigil en el que se encuentra la enferma se deba al retraso de tres días en la aplicación del tratamiento endovascular. Por el contrario, todos los informes técnicos coinciden en que las secuelas que padece la perjudicada son consecuencia de la hemorragia subaracnoidea que motiva su ingreso. Como señala el dictamen emitido por la aseguradora de la Administración, "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". Sobre el caso concreto, considera que "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 vasoespasmio 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". En suma, la situación de coma vigil en la que se encuentra la enferma es un daño derivado de la grave dolencia que padece y de su fatal evolución, sin que la actuación del servicio sanitario, pese a la demora por razones técnicas en la embolización del aneurisma, se haya manifestado como causante de la misma.

En cuanto a la imputación relativa a la vulneración del derecho a la información asistencial, expone el firmante de la reclamación que no se ofrecieron a la familia "las distintas opciones terapéuticas existentes". Nuevamente los documentos incorporados al expediente vienen a contradecir las alegaciones de parte, pues, según señala el informe del Servicio afectado, descartada la cirugía directa por los especialistas implicados y valorada por aquéllos la embolización como "mejor procedimiento", fue esta alternativa terapéutica la que se propuso a la familia y a la que luego prestaría consentimiento el cónyuge de la perjudicada, a tenor de lo reflejado en el correspondiente documento obrante en la historia clínica.

Por lo anterior, no podemos considerar que la asistencia médica analizada haya sido incorrecta, tanto en lo que se refiere a la pauta asistencial aplicada, como en lo relativo a la prestación de la información sanitaria debida. La situación en que se encuentra la perjudicada no puede vincularse causalmente con el funcionamiento del servicio público sanitario, sino que es consecuencia del curso de su grave proceso patológico.

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 formulada por don, en nombre y representación de don y de don y doña, como consecuencia de los daños sufridos por su esposa y madre, respectivamente, doña"

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

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.