

Expediente Núm. 10/2008
Dictamen Núm. 20/2009

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
Jiménez Blanco, Pilar
Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 5 de marzo de 2009, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 9 de enero de 2008, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, en nombre propio y en el de su esposa, por los daños y perjuicios ocasionados con motivo de la asistencia sanitaria recibida en un centro hospitalario público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Mediante escrito presentado en una oficina de Correos de Avilés el día 5 de julio de 2007, registrado de entrada en el Servicio de Salud del Principado de Asturias el día 9 del mismo mes, el reclamante solicita una indemnización por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida en un centro hospitalario público.

Inicia su escrito relatando que acudió al Hospital en fecha 6 de julio de 2006, presentando "desviación de comisura en zona peribucal a la derecha así como ptosis palpebral de ojo derecho", y que se le dio el alta sin hacerle ninguna prueba. Asegura que "se le `despacha´ de manera rápida (...), sin prestarle la debida atención a lo que se exponía (...), y al estado evidente que presentaba el paciente y que su familia (...) denunciaba insistentemente. (El interesado) tenía ya con anterioridad problemas de riesgo".

Refiere que al día siguiente "se le agravan de forma muy importante los síntomas (...), con inestabilidad en la marcha, pérdida de fuerza" y que "se fueron aún agravando, hasta la situación final estable de dependencia absoluta e incapacidad para valerse". Subraya que sus continuas alusiones a que "el día 6 había estado en el hospital fueron obviadas e incluso negadas, hasta el punto de que se omiten en documentos del hospital", afirmando disponer del parte de Urgencias que lo acredita, en el que se indica que "el paciente carece de antecedentes de interés".

Añade que el día 12 de julio de 2006, el hospital informa que el paciente "ha padecido un ictus en territorio de arteria cerebral media derecha, posiblemente embólico, por desprendimiento de ateroma en carótida derecha". Considera que era "perfectamente evitable, pues de haberle atendido mínimamente le hubiesen prevenido el suceso posterior o, en su caso, limitado muchísimo su evolución", ya que ésta "fue muy negativa hasta el punto de encontrarse en la actualidad en una situación de completa dependencia de tercera persona, con enormes gastos" entre los que cita los derivados del obligado cambio de residencia y la "desaparición de su vida anterior". Concluye que "la asistencia recibida ha sido inadecuada" y que "ha sido la causa" de su situación de gran invalidez.

Solicita una indemnización que cuantifica, provisionalmente, según la evolución posterior, en cuatrocientos mil euros (400.000 €) para él, por "la gran invalidez, adecuación de vivienda", y otros ciento veinte mil euros (120.000 €) para su esposa, por la alteración de la vida y la convivencia, "así como los cuidados y atención continuada que preciso y que ella me aporta".

Adjunta copia de los siguientes documentos: a) Informe del Servicio de Urgencias del, fechado el 6 de julio de 2006, en el que consta "NAMC, no HTA, ni DM, ni enfd. cardiopulmonares", así como la medicación recetada por el médico de Atención Primaria -"AAS (Adiro 100) y Hemovas 400"- que el paciente toma desde hace "3-4 años `para el riesgo´". Tras las exploraciones complementarias que se detallan, se constata que acude con "desviación de comisura y hormigueo en zona peribucal D, con cierre palpebral D". Como "ID" (impresión diagnóstica) recoge parálisis facial periférica. Se le pauta tratamiento con Dacortin, vitaminas del grupo B y Nervinex y se indica que deberá acudir al Servicio de Neurología. b) Recetas de los medicamentos que se le pautaron ese día. c) Informe de alta del Servicio de Neurología del, de 12 de julio de 2006, dirigido a la Fundación, en el que se hace constar, en el apartado de antecedentes personales, "hipertensión arterial desde hace años", y en el epígrafe de enfermedad actual, que el día 6 de julio "la familia le nota ptosis palpebral de ojo derecho y desviación de la comisura bucal a la derecha"; que el día 7 "se levanta igual y con inestabilidad en la marcha", y que entre los días 8 y 9, ya ingresado, empeora la paresia "a pesar del tratamiento instaurado", permaneciendo estable desde el día 9 de julio. Como impresión diagnóstica se consigna "ictus en territorio de arteria cerebral media derecha posiblemente embólico por desprendimiento de ateroma en carótida derecha". d) Informe de alta de la Unidad de Geriatría de la Fundación, fechado el 10 de septiembre de 2006, en el que figura, como valoración funcional, que resulta "dependiente para las actividades de la vida diaria (...). Capacidad de marcha dificultosa (...), debiendo utilizar silla de ruedas para desplazamientos largos. Incontinencia urinaria", y como valoración psíquica, "sin trastorno cognitivo", señalando que "comenzará tratamiento rehabilitador ambulatorio el 11 de septiembre de 2006".

2. Mediante oficio de 17 de julio de 2007, la Directora Médica del remite al servicio instructor el parte de reclamación del seguro de responsabilidad sanitaria enviado a la correduría de seguros, copia de los episodios de la

historia clínica a los que se hace referencia en la reclamación, así como informe del Servicio de Neurología.

En la historia clínica figuran, entre otros, los siguientes documentos: a) Hoja de registro de enfermería de Urgencias del, del día 6 de julio de 2006, en la que constan, entre otros datos, hora de inicio, "17:30"; síntoma principal "hormigueo zona dcha. cara"; antecedentes, "sin interés", y respuesta, "alerta". b) Informe del Servicio de Urgencias del, fechado el día 6 de julio de 2006, adjunto a la reclamación, ya consignado. c) Hoja de observaciones, en la que se refleja alta a las 19:50 horas. d) Hoja de registro de enfermería de Urgencias del SAMU, fechado el 7 de julio de 2006, en la que se indica "avisan por posible código ictus. A nuestra llegada de pie en la puerta de su casa, refiere hoy al levantarse (+/- 3 horas) trastorno de la marcha, hemiparexia izda. Ayer acudió a (Urgencias) por torcedura de la boca con facial izdo. (...). Parálisis facial izda., disartria, trastorno de la marcha./ EKG RS". e) Informe clínico-asistencial de Urgencias del SAMU, en el que se consigna como motivo de llamada "pérdida de fuerza lado izdo." En antecedentes personales, consta "no RAMC, no HTA, no DM, no antec. de riesgo cardiovascular./ En tto. con AAS (Adiro 100) Hemovas 400", y en anamnesis, que "ayer presentó un cuadro de desviación de comisura bucal a la dcha., etiquetado de parálisis facial periférica, para lo que se pone (tratamiento)./ Esta mañana, el paciente presenta ya un cuadro de (aumento) de desviación de comisura bucal, borramiento del surco nasogeniano dcho., alteración del equilibrio con torpeza del lado izdo., imposibilidad a la marcha". Se diagnostica como "Hemiparesia izda./ Parálisis facial izda./ ACV". En tratamiento, se señala "paciente con ACV de más de 3 h de evolución./ No entra en código ictus". f) Hoja de curso clínico de Urgencias del del día 7 de julio de 2006, en la que se anota "no AMC/enfer. del riego a tto. Adiro y Hemovas" y como enfermedad actual "cuadro brusco de hemiparesia (...) de 6 h evolución. No cefalea. No fiebre". Tras la realización de un TAC, en el que se aprecia "dudosa lesión hipodensa de pequeño tamaño (...). Pudiera ser de origen isquémico y no necesariamente actual. No evidencia de sangrado", y de otras pruebas complementarias se diagnostica "probable ACV" y se pauta "ingreso en Neurología". g) Hoja de curso clínico del Servicio de Neurología del

....., en la que se refleja, a las 23:30 horas del día 7 de julio de 2006, "paciente que ayer acudió a Urgencias al presentar desviación de comisura bucal y parestesias faciales siendo (diagnosticado) de parálisis facial periférica. Ya ayer refería también cierto trastorno para la marcha con inestabilidad más acentuada en el día de hoy, lo que ya apreció al levantarse". Como impresión diagnóstica, se señala "ACV derecho en paciente en ritmo sinusal y sin aparentes factores de riesgo". El día 8 de julio de 2006 (aunque por error se escribe 2007) se anotan como antecedentes "HTA conocida hace años (...). Acudió a S. Urgencias hace 1-2 años por cefalea con TC craneal con leucoaraiosis". Respecto a la enfermedad actual, consta "hace 48 horas, comienza (no sabe precisar el momento de inicio, se lo dijo la familia)" con descenso de "hendidura palpebral D., desviación comisura bucal y parestesias faciales D. A las 24 horas, claro empeoramiento", con disminución de fuerza en hemicuerpo I y se establece el diagnóstico de "infarto cerebro-trombótico con evolución en dos tiempos", con otro alternativo, recomendando "vigilancia progresión". El día 9 del mismo mes -se mantiene el error en el año- se apunta que "ha empeorado con respecto a ayer", se diagnostica "ictus en progresión" y es descartada la "posibilidad topográfica de ictus fase post., inicio anticoagulación". El 10 de julio se indica "ratifica" la historia el paciente, anotándose "el 6/07, la familia le nota ptosis palpebral OD y desviación comisura bucal a la dcha./ El 7/07 se levanta igual + inestable en la marcha. Entre el 8 y 9/07 empieza la paresia. Desde entonces estable". h) Informe radiológico, de 11 de julio de 2006, en el que figura "comparado con el estudio previo se aprecia la aparición de una hipodensidad (...) de perfil isquémico. No veo signos de sangrado./ Resto sin cambios. Persisten lesiones hipodensas (...) en relación con enfermedad isquémica de pequeño vaso". i) Informe de alta del Servicio de Neurología del, fechado el 12 de julio de 2006, dirigido a la Fundación, adjunto a la reclamación y ya consignado.

El informe de la Jefa de Sección de Neurología, de fecha 16 de julio de 2007, especifica, entre otros extremos, las pruebas que se le realizaron al reclamante, esto es: "Eco-Doppler de troncos supraaórticos (TSA)", el 19 de julio de 2006, y "RM y Angio-RM de TSA", el 22 de septiembre del mismo año,

que “mostraba el conocido infarto en territorio de arteria cerebral media derecha (...) en estadio subagudo y áreas de gliosis secundarias a enfermedad de pequeño vaso crónica, hallazgos que se observan en paciente con HTA de larga data, que, (...) es un importante factor de riesgo vascular”. Termina señalando que “progresó el ictus los primeros días para estabilizarse el día 9-6-06 (en realidad es 9-7-06) e iniciar recuperación”.

3. Mediante escrito notificado al interesado el día 20 de julio de 2007, el Jefe del Servicio instructor le comunica la fecha en que su reclamación ha tenido entrada en dicho Servicio -13 de julio de 2007-, la incoación del oportuno procedimiento y las normas con arreglo a las cuales se tramitará, indicándole que el plazo de seis meses se empezará a contar desde la fecha señalada como de inicio del procedimiento, y los efectos del transcurso de plazo sin que haya recaído resolución expresa. Asimismo, le requiere para que acredite la capacidad de representación de su esposa.

4. El día 27 de julio de 2007, comparece el reclamante en las dependencias administrativas y declara que las dos personas que identifica tienen capacidad de representación suficiente para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, entablar recursos, desistir de acciones o renunciar a derechos en su nombre en el presente procedimiento, según consta en el acta suscrita al efecto.

5. Con fecha 23 de julio de 2007, la Directora Médica del remite al Servicio instructor el informe emitido por el Servicio de Urgencias el día 18 de julio de 2007. El Jefe de la Unidad de Urgencias señala en él que, “dado el tiempo transcurrido desde la asistencia (...) la médica que atendió (al reclamante) no lo recuerda por lo que se remite a la documentación escrita de la misma./ En la historia de la asistencia del día 6 de julio el paciente presentaba un cuadro neurológico que fue interpretado por la médica como una parálisis facial periférica instaurando el tratamiento indicado para esta enfermedad y solicitando una consulta al Servicio de Neurología del centro para estudio. No se

realizaron otras pruebas porque en ese momento y con ese diagnóstico no se estimaron necesarias, no porque se pretendiera `despachar con rapidez´ al paciente./ Unas horas después, la evolución del cuadro neurológico pone de manifiesto que no se trataba de una parálisis facial periférica, sino central, asociándose alteraciones neurológicas que se comprobó eran debidas a un accidente vascular cerebral”.

6. Con fecha 31 de julio de 2007, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. Tras varias consideraciones médicas acerca de los accidentes cerebrovasculares y de las parálisis faciales, analiza el caso concreto en los siguientes términos: “el día 6 de junio (es julio) de 2006 (...), no sólo no (*sic*) se tuvieron en cuenta sus antecedentes personales sino que se reflejaron en el informe de asistencia, al igual que el tratamiento que seguía (...). La exploración física mostraba desviación de la comisura bucal hacia el lado derecho, borramiento del surco nasogeniano y de las arrugas frontales derechas, disminución del cierre palpebral y hormigueo en la zona peribucal del mismo lado. El resto de la exploración neurológica era normal, así como la del conducto auditivo externo. El cuadro clínico fue interpretado como una parálisis facial periférica para la que se prescribió el tratamiento habitualmente indicado y se recomendó revisión por Neurología, procediéndose a las 19:50 horas a darle el alta hospitalaria (...). El día siguiente, a las 12:40 horas, cuando el reclamante fue valorado por el SAMU, mostraba ya una clara sintomatología ictal, con hemiparesia izquierda, parálisis facial y disartria de varias horas de evolución. Con diagnóstico de ACV, fue trasladado al (...), donde desde un primer momento fue correctamente diagnosticado y tratado con antiagregantes, pese a lo cual experimentó una evolución desfavorable, con pérdida de fuerza en el hemicuerpo izquierdo (...). Realizó tratamiento rehabilitador (...). En el momento del alta, el 19 de febrero de 2007, presentaba marcha espástica ayudado de bastón con miembro superior izquierdo en actitud de flexión”. Considera que “el supuesto retraso o error en el diagnóstico del ACV (...) no fue tal, pues, a la luz de la anamnesis y los hallazgos exploratorios que se recogen en el informe de asistencia, cuando

por primera vez acudió al Servicio de Urgencias del, el reclamante presentaba la clínica típica de una parálisis facial periférica unilateral derecha. Se trataba de un cuadro autolimitado sin evidencia alguna de síntomas neurológicos asociados a otro nivel. Los antecedentes personales del paciente fueron recogidos en la historia, excepción hecha de su hipertensión arterial para la que no tomaba tratamiento medicamentoso específico (...). La aproximación diagnóstica fue correcta y el tratamiento prescrito y las recomendaciones dadas eran las indicadas para esta patología (...). Al día siguiente se instauró una clínica franca de ACV cuyos primeros síntomas el paciente situó al levantarse ese día (...). Pese a instaurar el tratamiento adecuado, el cuadro clínico evolucionó desfavorablemente, dejando secuelas que un pronto tratamiento de rehabilitación no consiguió revertir totalmente./ Pretender, a tenor del resultado, que lo que inicialmente se etiquetó como una parálisis facial periférica, era en realidad la primera manifestación del cuadro ictal que más tarde se diagnosticó al reclamante, y que un diagnóstico precoz hubiera evitado las graves secuelas que presenta el paciente, no deja de ser una mera lucubración carente de base científica (...). La forma de presentación del cuadro era la típica de una parálisis facial, lo que junto a la normalidad del resto de la exploración neurológica y general descartaba otros posibles diagnósticos diferenciales". Por ello, considera que "el ACV fue diagnosticado tan pronto como se hicieron evidentes los síntomas propios de la patología ictal, los cuales no estaban presentes el día anterior en el que el reclamante acudió a los servicios de urgencia hospitalarios (...). Las secuelas que presenta el paciente son las propias de un ACV que, pese a su adecuado manejo, ha evolucionado de forma desfavorable (...). En definitiva, la actuación de cuantos profesionales del sistema sanitario público han intervenido en la asistencia al reclamante, al utilizar los medios que las circunstancias de éste imponían en cada momento, fue correcta y ajustada a la *lex artis*".

7. Con fecha 2 de agosto de 2007, el Jefe del Servicio instructor remite a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias copia del

informe técnico de evaluación y a la correduría de seguros del expediente completo.

8. Obra incorporado al expediente un dictamen de 24 de septiembre de 2007, emitido a instancia de la compañía aseguradora del Principado de Asturias, y suscrito colegiadamente por cuatro especialistas en Medicina Interna y médicos del Servicio de Urgencias. En él realizan diversas consideraciones en relación con los hechos objeto de reclamación, constatando que el reclamante “sufrió un infarto cerebral” como consecuencia del cual le “quedó una hemiparesia izquierda”. Se le hizo un “estudio buscando alguna lesión en las arterias cerebrales y troncos supraaórticos, siendo todos ellos normales (...). El enfermo presentaba una enfermedad de pequeño vaso, que consiste en la presencia de múltiples pequeños infartos cerebrales que generalmente son asintomáticos y están relacionados (...) con la existencia de hipertensión arterial (...). La afectación de pequeño vaso puede afectar a un vaso de mayor calibre, como debió ocurrir en este paciente en el que se descartó la existencia de un émbolo procedente de un ateroma de carótida desprendido y es muy improbable que existiese embolismo cardiogénico en ausencia de cardiomegalia y de fibrilación auricular. Por tanto, aunque se sospechó (...) la posible causa embólica, parece más probable que el infarto cerebral fuese de causa trombótica y el tratamiento final que recibió este paciente así lo justifica, ya que fue tratado con antiagregantes plaquetarios y no con anticoagulantes”. Por lo que se refiere al diagnóstico realizado en el Servicio de Urgencias del el día 6 de julio de 2006, informan que la parálisis facial “puede ser central o periférica (...). Para que se afecten los dos núcleos es necesario que exista una lesión muy extensa que es incompatible con un estado de alerta, como tenía este paciente. Por ello, cuando se afecta la parte inferior del nervio (apareciendo desviación de la comisura bucal hacia el lado sano) y la parte superior (existiendo imposibilidad de cerrar el ojo del lado afectado) en un enfermo consciente se puede asegurar que la lesión está fuera del sistema nervioso central, denominándose parálisis periférica”. Subrayan que “el hecho de que en la primera atención en Urgencias no se estableciese el diagnóstico de infarto cerebral no influyó en la evolución

posterior. El tratamiento del infarto cerebral consiste en observación y cuidado del paciente evitando las elevaciones o descensos de la tensión arterial, las cifras elevadas de glucosa o la hipoglucemia y el descenso de la temperatura cuando es superior a 37,5. Asimismo, hay que tratar cualquier complicación que aparezca como convulsiones o hipertensión intracraneal. Sólo en las primeras tres horas desde el comienzo de los síntomas la actuación puede ser diferente, ya que en determinados centros con unidad o equipo de ictus se puede hacer una fibrinólisis, que es inútil pasadas las tres primeras horas desde el inicio de los síntomas. Cuando este enfermo fue atendido llevaba más de tres horas de evolución de la parálisis facial, pero, además, la ausencia de otra focalidad neurológica hacía muy difícil poder pensar en la posibilidad de infarto cerebral en esa primera asistencia. Por otro lado, el paciente no presentaba ninguna de las alteraciones que hemos indicado hay que tratar y ya estaba antiagregado con aspirina infantil. Dar antiagregantes plaquetarios (...) es la única actuación directa (...) ante un infarto cerebral de más de tres horas de evolución. La evolución posterior no se ve influenciada por esta actuación y por ello la actitud es de observación para tratar los problemas que van surgiendo y así se hizo en este paciente”.

Concluyen señalando que “la actuación puede considerarse correcta y desde luego sin repercusión para la evolución posterior”.

9. El día 18 de octubre de 2007, el Jefe del Servicio instructor notifica al reclamante la apertura del trámite de audiencia y vista del expediente por un plazo de quince días, remitiéndole una relación de los documentos obrantes en él.

10. El día 29 de octubre de 2007, un representante del interesado se persona en las dependencias administrativas y obtiene una copia del expediente, compuesto en ese momento por ciento trece (113) folios, según se hace constar en la diligencia suscrita al efecto.

11. Con fecha 7 de noviembre de 2007, un representante del interesado presenta en una oficina de correos de Avilés un escrito de alegaciones. En él señala la existencia de diversas contradicciones, tales como que “se informa de una actuación correcta y (...) se habla de un error (...) justificado y sin consecuencias” y que los informantes de la asesoría privada “reconocen un error” consistente en “interpretar el médico de guardia que el paciente no podía cerrar el ojo izquierdo cuando presentaba el derecho en ptosis”. Entiende que el error tenía fácil solución, “bastaba con atender al paciente y a sus familiares (...), escucharles (...), prestar atención a lo que le indicaban al médico, a la exposición de síntomas y a la exigencia de atención. Pero no se les atendió”. Añade que en el informe de 6 de julio de 2006 “se indica ‘No HTA’. Pero en el del Servicio de Neurocirugía (*sic*) ya se señala HTA”, y que este dato “es un factor de riesgo para ACV” pero que “no fue tenido en consideración”; que ese día -6 de julio- “no se realizó ningún tipo de prueba complementaria”, y que “no se hizo mayor exploración neurológica”.

Además, advierte de que ese mismo día (6 de julio de 2006) el paciente ya presentaba alteraciones en la marcha, según se consigna en la hoja de curso clínico del servicio de Neurología correspondiente al día 7 de julio, “ya ayer refería” también “cierto trastorno para la marcha con inestabilidad más acentuada en el día de hoy”, y en la relativa al día 10 de ese mismo mes “se levanta igual + inestable en la marcha”; niega que a los autores del informe les conste el tiempo de evolución que presentaba el proceso, por lo que “no pueden saber si se estaba a tiempo o no de realizar la fibrinólisis o cualquier otro tratamiento adecuado”, y afirma que tampoco se mantuvo al reclamante en observación y tratamiento de las secuelas, pues se le dio el alta. Concluye que hubo un error de diagnóstico, sin justificación, que causó el estado que ahora presenta el interesado.

El día 13 de noviembre de 2007, el Jefe del Servicio instructor remite a la correduría de seguros una copia de las alegaciones presentadas.

12. Con fecha 4 de diciembre de 2007, el Jefe del Servicio instructor formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio, porque “el ACV fue

diagnosticado tan pronto como se hicieron evidentes los síntomas propios de la patología ictal, los cuales no estaban presentes el día anterior en el que el reclamante acudió a los servicios de urgencia hospitalarios. Con las manifestaciones clínicas que el enfermo presentaba cuando acudió a Urgencias era muy difícil establecer el diagnóstico de infarto cerebral, por lo que la actuación puede considerarse correcta y sin repercusión sobre la evolución posterior, ya que, aunque el diagnóstico de infarto cerebral se hubiese hecho en ese momento, el único tratamiento posible era la observación y el tratamiento de las complicaciones que fuesen apareciendo./ Las secuelas que presenta el paciente son las propias de un ACV (...). La actuación de cuantos profesionales del sistema sanitario público han intervenido en la asistencia al reclamante (...) fue correcta y ajustada a la lex artis”.

13. En este estado de tramitación, mediante escrito de 9 de enero de 2008, registrado de entrada el día 18 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 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 el interesado activamente legitimado para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

Ahora bien, el solicitante dice actuar también en nombre de su esposa, sin que, a pesar de haber sido expresamente requerido para ello, haya acreditado la representación que esgrime. El artículo 71 del Código Civil establece que “Ninguno de los cónyuges puede atribuirse la representación del otro sin que le hubiere sido conferida”; en consecuencia, apreciamos que el interesado carece de legitimación para actuar en nombre de aquella y, por tanto, su reclamación por este concepto debería desestimarse.

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 prescripción, 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 supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 5 de julio de 2007, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen el día 6 de julio del año 2006, por lo que es claro que fue formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

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 de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

No obstante, hemos de señalar que la comunicación dirigida al reclamante, a efectos de lo dispuesto en el artículo 42, apartado 4, de la LRJPAC, consigna como fecha de llegada de la solicitud al órgano competente para su tramitación el día 13 de julio de 2007, que figura en una anotación manual carente de toda apariencia de diligencia de registro, y que (según se indica) ha sido la fecha de entrada en el propio Servicio instructor. Sin embargo, de conformidad con lo establecido en el artículo 42, apartado 3, de la LRJPAC, el plazo máximo en el que habría de notificarse la resolución expresa se cuenta desde la fecha en que la solicitud haya tenido entrada en el registro del órgano competente para su tramitación; registro que debe estar legalmente constituido y no consta que en el repetido Servicio instructor radique uno con tal carácter.

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 en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias el día 9 de julio de 2007, se concluye que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo, el día 18 de enero de 2008, el plazo de resolución y notificación ha sido sobrepasado. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.4, letra b), de la referida LRJPAC.

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 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.- El reclamante interesa una indemnización por los daños y perjuicios que padece a consecuencia de un accidente cerebro-vascular y que atribuye al funcionamiento del servicio público sanitario, pues -a su juicio- era perfectamente evitable si la asistencia que recibió hubiera sido correcta.

Consta en el expediente que al interesado le fue diagnosticado un accidente cerebro-vascular, tras el cual se le considera dependiente para las actividades de la vida diaria. Por tanto, estimamos probado un daño real y efectivo, económicamente evaluable, sin perjuicio de una valoración más concreta del mismo, que habrá de efectuarse, en su caso, si este dictamen concluyese que concurren los requisitos legales para una declaración de responsabilidad administrativa.

Ahora bien, la mera constatación de un daño surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que el daño alegado 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 siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*. Este criterio opera no sólo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a

la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que el paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho no a un resultado, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

También ha subrayado este Consejo 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.

El reclamante considera que la asistencia sanitaria que se le prestó es contraria a la *lex artis* porque -según su escrito inicial- el día 6 de julio de 2006 acudió al hospital presentando "desviación de comisura en zona peribucal a la derecha así como ptosis palpebral de ojo derecho" y se le dio el alta sin hacerle ninguna prueba. Afirma que se le "despacha" de manera muy rápida y sin prestar atención a lo que se exponía y al estado evidente que presentaba, y que su familia denunciaba insistentemente. También aduce que durante el posterior ingreso se obviaron y negaron las alusiones que el interesado hacía a su estancia en el hospital el día 6 del mismo mes, omitiéndose en ulteriores documentos del mismo centro.

Sin embargo, apreciamos que en la historia clínica del reclamante figura incorporado lo relativo a la asistencia que se le prestó en el Servicio de Urgencias del el día 6 de julio de 2006, y en particular el informe o parte de asistencia que adjunta a la reclamación y con el mismo contenido. En dicho informe constan, entre otros datos, que no padece hipertensión arterial, diabetes, ni enfermedades cardiopulmonares, y que "toma AAS (Adiro 100) y Hemovas 400", que le habría prescrito su médico de Atención Primaria unos años antes "para el riesgo"; es decir, se consignaron los problemas de riesgo que padecía el perjudicado, aunque no su hipertensión arterial.

En el informe de Urgencias de ese mismo día, en el apartado de exploraciones complementarias, consta que se le realizó una exploración de cabeza y cuello y de punto lagrimal inferior, con los hallazgos que se señalan,

así como “desviación de comisura y hormigueo en zona peribucal D”, con disminución de “cierre palpebral D (...). Borramiento de surco nasogeniano I, desv. comisura D, borram. arrugas frontales D”. Tras el diagnóstico de parálisis facial periférica y el tratamiento que se pauta, se le indica que deberá acudir al Servicio de Neurología. Según subraya el Jefe de la Unidad de Urgencias, no se practicaron otras pruebas porque, en ese momento y con ese diagnóstico, no se estimaron necesarias, no porque se pretendiera despachar con rapidez al paciente. A ello cabe añadir que en la historia clínica consta como hora de inicio de la atención la de las 17:30 y la de las 19:50 como hora del alta del paciente.

El informe técnico de evaluación reafirma que la parálisis facial “es un déficit motor de la musculatura de un lado de la cara por lesión del nervio facial” y distingue entre las periféricas, “en las que se afecta toda la hemicara”, y las centrales, “con afectación de la parte inferior y conservación de la motilidad de la frente con la posibilidad de elevar la ceja”. Detalla que los principales síntomas son la “imposibilidad para cerrar el ojo afectado, desaparición del surco nasogeniano, comisura bucal desviada hacia el lado sano”, a los que pueden asociarse una “disminución de la secreción lagrimal, visión borrosa o lagrimeo unilateral, disestesias”. El reclamante no alega que presentara otros síntomas además de los referidos en el informe relativo a su atención en Urgencias el día 6 de julio de 2006. Pues bien, según el informe técnico de evaluación, “el diagnóstico se realiza por la anamnesis, la exploración física del nervio facial, del resto de pares craneales y una exploración neurológica básica y general. No suelen ser precisos otros estudios complementarios en caso de parálisis facial unilateral aislada sin otros síntomas neurológicos o generales asociados”. Por lo que al caso se refiere, considera que, “a la luz de la anamnesis y los hallazgos exploratorios que se recogen en el informe de asistencia, cuando por primera vez acudió al Servicio de Urgencias (...), el reclamante presentaba la clínica típica de una parálisis facial periférica unilateral derecha. Se trataba de un cuadro autolimitado sin evidencia alguna de síntomas neurológicos asociados a otro nivel” y concluye que “la aproximación diagnóstica fue correcta y el tratamiento prescrito y las recomendaciones dadas eran las indicadas para esta patología”.

El informe emitido colegiadamente por cuatro especialistas en Medicina Interna y médicos de Urgencias define la parálisis central como “aquella en la (que la) lesión está en el sistema nervioso central (...) donde se afecta el núcleo superior o el inferior del nervio facial” y precisa que “para que se afecten los dos núcleos es necesario que exista una lesión muy extensa que es incompatible con un estado de alerta, como tenía este paciente”. Concluyen que “cuando se afecta la parte inferior del nervio (apareciendo desviación de la comisura bucal hacia el lado sano) y la parte superior (existiendo imposibilidad de cerrar el ojo del lado afectado) en un enfermo consciente se puede asegurar que la lesión está fuera del sistema nervioso central, denominándose parálisis periférica”. Añaden que “la evolución posterior demuestra que este paciente no tenía una parálisis facial periférica, sino central. La confusión parece fácilmente explicable por el hecho de que (...) presentaba una ptosis (caída) palpebral derecha y esto fue interpretado (...) como una elevación del párpado izquierdo, lo que, unido a la desviación de la comisura bucal a la derecha y ausencia de cualquier otra localización neurológica, hacía el diagnóstico de parálisis facial periférica izquierda evidente”. Advierten que “el problema es que no había elevación del párpado izquierdo sino caída del derecho” y finalizan señalando que “con las manifestaciones que el enfermo presentaba cuando acudió a Urgencias el día 6 de julio era muy difícil hacer el diagnóstico de infarto cerebral, por lo que la actuación puede considerarse correcta y desde luego sin repercusión para la evolución posterior”.

En el trámite de audiencia, el interesado alega que los informantes de la asesoría externa reconocen un error consistente en “interpretar el médico de guardia que el paciente no podía cerrar el ojo izquierdo cuando presentaba el derecho en ptosis”, y que el error tenía fácil solución, “bastaba con atender al paciente y a sus familiares (...), a la exposición de síntomas y a la exigencia de atención”. Añade que en el informe del día 6 de julio de 2006 se indica que no padecía hipertensión arterial, pero que en el del Servicio de Neurología ya se señala la hipertensión; que ésta es un factor de riesgo para un accidente cerebrovascular, que “no fue tenido en consideración”, y afirma que “el día 06/07/06 no se realizó ningún tipo de prueba complementaria” y que “no se

hizo mayor exploración neurológica”. Aduce también que el día 6 de julio de 2006 ya presentaba alteraciones en la marcha, según se consigna en las hojas de curso clínico del Servicio de Neurología correspondientes al 7 de julio (“ya ayer refería (...) cierto trastorno para la marcha con inestabilidad más acentuada en el día de hoy”) y el día 10 del mismo mes (“se levanta igual + inestable a la marcha”); niega que a los autores del dictamen les conste el tiempo de evolución que presentaba el proceso, por lo que “no pueden saber si se estaba a tiempo o no de realizar la fibrinolisis o cualquier otro tratamiento adecuado”, y que tampoco se mantuvo al reclamante en observación y tratamiento de las secuelas, pues se le dio el alta.

En cuanto al informe de la asesoría externa que cita el interesado, observamos que, en efecto, aprecia un error, pero también advierte de que es un error demostrado por la evolución posterior de la enfermedad, pues, “con las manifestaciones que el enfermo presentaba cuando acudió a Urgencias el día 6 de julio era muy difícil hacer el diagnóstico de infarto cerebral”.

Como hemos razonado en ocasiones anteriores, la constatación posterior de un error padecido no prueba necesariamente una violación de la *lex artis*, y, por tanto, la admisión de la existencia de un error de diagnóstico no significa, sin más, que deba declararse la responsabilidad patrimonial de la Administración. En primer lugar, es preciso hacer una valoración de los distintos factores concurrentes, tales como la naturaleza de la atención sanitaria, los medios disponibles y, especialmente, si el cuadro que presentaba el perjudicado permitía, atendidas las circunstancias concretas del caso, llegar razonablemente al diagnóstico correcto; realidad ésta que evidentemente tiene un importante componente técnico. En segundo lugar, ya se ha especificado que corresponde a quien reclama la carga de probar no solamente la infracción de aquel principio valorativo del actuar médico, sino también que esa violación ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

En este sentido, constatamos que el interesado alega que hubo un error de diagnóstico y que éste causó el estado que ahora presenta; sin embargo, no ha aportado indicio o prueba que nos permita llegar a dicha conclusión. Tales

extremos sólo encuentran justificación en sus afirmaciones, lo cual no es bastante para tenerlos por ciertos.

Este Consejo ya ha tenido ocasión de pronunciarse en supuestos similares al que nos ocupa, indicando que cuando no existe prueba que permita vincular al servicio público la causa determinante del daño, esta ausencia de prueba es suficiente por sí sola para desestimar la reclamación presentada, toda vez que la carga de la prueba pesa sobre la parte reclamante de acuerdo con los aforismos *necessitas probandi incumbit ei qui agit* y *onus probandi incumbit actori*, e impide apreciar la relación de causalidad y la antijuridicidad cuya existencia sería inexcusable para un eventual reconocimiento de responsabilidad de la Administración.

Los especialistas de la asesoría privada estiman que el error inicial no influyó en la evolución posterior de la enfermedad, porque “el tratamiento del infarto cerebral consiste en observación y cuidado del paciente evitando las elevaciones o descensos de la tensión arterial, las cifras elevadas de glucosa o la hipoglucemia y el descenso de la temperatura cuando es superior a 37,5”, añadiendo que “hay que tratar cualquier complicación que aparezca como convulsiones o hipertensión intracraneal”, pero también señalan que “el paciente no presentaba ninguna de las alteraciones que hemos indicado hay que tratar y ya estaba antiagregado con aspirina infantil”. Concluyen afirmando que “la evolución posterior no se ve influenciada por esta actuación y por ello la actitud es de observación para tratar los problemas que van surgiendo y así se hizo en este paciente”.

Por su parte, el informe técnico de evaluación aclara que la clínica del accidente cerebrovascular (ACV) “suele caracterizarse por su debut súbito con cualquiera de estos síntomas: debilidad o torpeza en un lado del cuerpo, dificultad en la visión de uno o ambos ojos, cefalea severa, vértigo o inestabilidad, disartria o alteraciones del lenguaje y (...) en la sensibilidad. Con mucha menor frecuencia el ACV comienza de forma insidiosa instaurándose la clínica de manera paulatina. En todo caso la clínica será diferente dependiendo del territorio afectado”. Considera que “fue diagnosticado tan pronto como se hicieron evidentes los síntomas propios de la patología ictal, los cuales no

estaban presentes el día anterior en el que el reclamante acudió a los servicios de urgencia hospitalarios”, por lo que concluye que “pretender, a tenor del resultado, que lo que inicialmente se etiquetó como una parálisis facial periférica era en realidad la primera manifestación del cuadro ictal que más tarde se diagnosticó al reclamante, y que un diagnóstico precoz hubiera evitado las graves secuelas que presenta el paciente, no deja de ser una mera lucubración carente de base científica”. Añade que las secuelas que padece son las propias de un accidente cerebrovascular que, pese a su adecuado manejo, ha evolucionado de forma desfavorable.

Respecto a los síntomas que presentaba el día 6 de julio de 2006, cuando acudió al Servicio de Urgencias, es verdad que al ingresar en el Servicio de Neurología, el día 7 de julio, se anota que “ya ayer refería” también “cierto trastorno para la marcha con inestabilidad más acentuada en el día de hoy, lo que ya apreció al levantarse”. Sin embargo, estimamos que este comentario no puede considerarse como una prueba de que el interesado hubiera referido inestabilidad a la marcha el día 6 de julio de 2006, cuando acudió al Servicio de Urgencias del hospital, porque hay varios documentos anteriores y posteriores a éste en los que no consta: no se consigna en el informe del Servicio de Urgencias del día 6 de julio de 2006; en el de Urgencias del SAMU del día 7, se refleja que “ayer presentó un cuadro de desviación de comisura bucal a la dcha.” y que “esta mañana el paciente presenta ya un cuadro” de aumento de desviación de “comisura bucal, borramiento del surco nasogeniano dcho., alteración del equilibrio con torpeza del lado izdo., imposibilidad a la marcha”; en el de Urgencias del HSA del mismo día 7 se señala como enfermedad actual “cuadro brusco de hemiparesia (...) de 6 h de evolución”, y en la hoja de curso clínico del Servicio de Neurología correspondiente al día 8 de julio se apunta “hace 48 h comienza (no sabe precisar el momento de inicio, se lo dijo a la familia) con descenso de “hendidura palpebral D., desviac. comisura bucal y parestesias faciales D. A las 24 h, claro empeoramiento”, con disminución de fuerza en hemicuerpo izquierdo.

A mayor abundamiento, en su escrito de reclamación, el solicitante manifiesta que acudió al hospital, en fecha 6 de julio de 2006, presentando

“desviación de comisura en zona peribucal a la derecha así como ptosis palpebral de ojo derecho”, y que “al día siguiente (...) se le agravan (...) los síntomas (...), con inestabilidad en la marcha, pérdida de fuerza, etc.”, que se fueron “aún agravando” más; es decir, refiere la inestabilidad en el día 7 de julio y no en el día anterior. Por ello, concluimos que ese día -6 de julio de 2006- el reclamante no mostraba la inestabilidad en la marcha que alega.

Es cierto, como también aduce el interesado, que la hipertensión arterial no se consignó como antecedente hasta el día 8 de julio de 2006, según se refleja en la hoja de curso clínico del Servicio de Neurología. Sin embargo, además del informe del Servicio de Urgencias del hospital relativo a la asistencia del día 6 de julio de 2006, al que dirige sus reproches el interesado (y en el que consta “no HTA”), hay en su historia clínica otros documentos en los que figuran sus antecedentes, todos ellos fechados el 7 de julio de 2006. De lo anterior deducimos que no se anotó la hipertensión arterial porque no se informó de ella, a pesar de haberse interrogado al perjudicado expresamente al respecto en varias ocasiones, y también porque, como se indica en el informe técnico de evaluación, no tomaba tratamiento medicamentoso específico para ella.

En consecuencia, concluimos que, como ya hemos manifestado en anteriores dictámenes, no es posible exigir a los profesionales médicos un diagnóstico precoz e indubitado en el primer acto médico, antes de que aparezcan los síntomas que evidencien la existencia de una enfermedad, porque no está al alcance de la ciencia médica sospechar que el conjunto de manifestaciones que presenta el paciente no se corresponde con la patología latente, al parecer, en un momento inicial, pero sin clínica clave para su diagnóstico. En el supuesto ahora examinado, ni siquiera puede afirmarse que un diagnóstico precoz hubiera alterado el devenir del proceso, lo que corrobora la falta de nexo causal entre la asistencia prestada y las secuelas de la enfermedad.

En definitiva, de lo actuado resulta que se pusieron a disposición del perjudicado todos los medios, tanto personales como materiales, en orden al diagnóstico de los diferentes síntomas que padecía en cada momento y, por

ello, hemos de concluir que no se ha acreditado una relación de causalidad entre los daños alegados y la actuación de los servicios públicos sanitarios.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por

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

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.