

Expediente Núm. 85/2010
Dictamen Núm. 191/2010

V O C A L E S :

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

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 9 de septiembre de 2010, 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 12 de febrero de 2010, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria prestada por el servicio público de salud.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 14 de diciembre de 2007, tiene entrada en el registro del Servicio Público de Salud del Principado de Asturias (Sespa) una reclamación de responsabilidad patrimonial dirigida a dicho ente, por daños y perjuicios derivados del fallecimiento de la hija de la reclamante, que atribuye a la asistencia sanitaria que se le prestó y que considera deficiente.

La reclamante expone que su hija, con la que convivía, falleció el 5 de febrero de 2007, a la edad de 58 años en el Hospital “X” “donde había ingresado de urgencia el lunes, día 29 de enero anterior, por ACV isquémico

de ACM derecha" y afirma que "el fallecimiento (...) se produjo (...) al no haberse evaluado correctamente la sintomatología que presentó durante los cinco meses anteriores a su fallecimiento que, de haberse correctamente asociado a un infarto coronario (...) hubiera permitido establecer un tratamiento (...) del (...) riesgo de un trombo procedente de la zona cardíaca infartada" y que "el ACV (...) estaba directamente relacionado con una patología cardiológica".

Manifiesta que "desde el mes de agosto de 2006 (...) (su hija) había acudido reiteradamente a su médico de Asistencia Primaria y, por remisión de éste, al Servicio de Urgencias del (Hospital "X") (...) por (...) dolor abdominal (...) y (...) disnea"; que "se descartó patología ginecológica o digestiva, pero en ningún momento se le realizó, como se debía de haber hecho, ante un dolor abdominal de las características del que sufría (...), un ECG para descartar patología isquémica cardíaca". También dice que "en contra del criterio del médico de Atención Primaria (...), tampoco el Servicio de Urgencias del (Hospital "X") le otorgó la importancia debida al cuadro que presentaba el día 17-01-2007 -náuseas, mareos, fotopsias- que, sin duda debiera haber sugerido un accidente isquémico transitorio relacionado con los resultados del ECG que se realizó por primera vez tal día". Sigue relatando que "fue derivada a consulta externa de Cardiología, pero ya con demasiado retraso. El día 29-01-2007 (...) (su hija) consultó con el Cardiólogo del Centro de Salud (...), que le confirmó que (...) en algún momento de los meses anteriores (...) había sufrido un infarto coronario que, seguramente, se relacionaba con la clínica de dolor abdominal que venía sufriendo desde el mes de agosto y que, indudablemente, su patología cardiológica precisaba un tratamiento que sería además, preventivo de la producción de trombos en la zona infartada". La reclamante señala que "el mismo día 29 de enero (...) (su hija) sufrió el ACV que ocasionaría su fallecimiento cinco días después".

Afirma que "el diagnóstico de una patología cardíaca, fuente potencialmente embólica, y el tratamiento preventivo que habría de establecerse, se retrasaron injustificadamente y aquel retraso -defectuosa asistencia sanitaria- concurrió como causa en el fatal proceso que siguió", y reprocha la omisión de un ECG. Considera que tampoco fue "diligente (...) la

asistencia prestada (...) por el Servicio de Urgencias del (Hospital "X"), ya producido su ingreso hospitalario el 29-01-07. No explicó adecuadamente el Servicio los motivos por los que no se realizó tratamiento fibrinolítico, impresionando igualmente como inadecuada la actuación del Servicio de ORL".

Termina solicitando una indemnización de sesenta mil euros (60.000 €).

2. Mediante escrito de fecha 21 de diciembre de 2007, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios comunica a la reclamante la fecha de recepción de su reclamación en la Administración del Principado de Asturias y las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará. También le requiere para que acredite su condición de madre de la ahora fallecida.

3. Mediante escritos del día 26 de diciembre de 2007, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto solicita a la Gerencia del Hospital "X" una copia de la historia clínica de la enferma, así como informe actualizado del Servicio de Urgencias y del Servicio que se haya hecho cargo de la asistencia a la paciente tras su ingreso el 29 de enero de 2007 hasta su fallecimiento, y a la Gerencia de Atención Primaria, copia de la historia clínica e informe actualizado del Médico de Atención Primaria.

4. Por oficios datados el 27 de diciembre de 2007, el 11 y el 18 de enero de 2008, el Secretario General del Hospital "X" remite copia de la historia clínica de la enferma, informe del Servicio de Urgencias e informe del Servicio de Medicina Intensiva UVI-I, que atendieron a la paciente.

La historia clínica está integrada, entre otros, por los siguientes documentos: a) Informe de alta en el Servicio de ORL del día 23 de enero de 1992, por diagnóstico de "hiperplasia nodular de tiroides". b) Informe de Consulta Externa en el Servicio de Ginecología fechado el 6 de febrero de 2004, según el cual la ahora fallecida era "paciente conocida (...) por neoplasia de mama izda.", que "en junio de 1999 se realiza cuadrantectomía de mama izda. + vaciamiento axilar del mismo lado./ La anatomía patológica de la pieza se informa como Ca. ductal infiltrante bien diferenciado (...). Se completó

cirugía con tratamiento radioterápico posterior". Por último se informa que "la paciente continúa con revisiones periódicas en este servicio". c) Informe de alta en el Servicio de Otorrinolaringología del día 25 de mayo de 2004, tras realizarle el día 21 "hemitiroidectomía izquierda. Se encontró un bocio multinodular (...). Autotrasplante de la paratiroides superior izquierda. Biopsia intraoperatoria hiperplasia nodular". d) Informe del Área de Urgencias del día 7 de septiembre de 2006, relativo a "consulta por dolor en hipogastrio de 15 días de evol. con disuria. Acudió a MAP que pautó Monurol (...). Consulta nuevamente a MAP que pauta Norfloxacino hace 48 h. No mejora". Consta exploración física y realización de pruebas analíticas y que "se derivó a Urg. Gine. (...) donde descartaron patología ginecológica". Se diagnostica "probable ITU" y se pauta "Buscapina (...). Continuar Norfloxacino (...). Citar con Urólogo de cupo para descartar cistocele". e) Informe del Área de Urgencias fechado el 19 de noviembre de 2006 relativo a consulta por "dolor abdominal (...) desde hace unos 2 meses (...) difuso, de características mecánicas que ha ido extendiéndose hacia la zona lumbar, haciéndose subcostal con dolor de características pleuríticas. (También) refiere exantema desde hace 2 días". Consta exploración en la que presentaba "dolor a nivel periumbilical a la palpación" y realización de analíticas, con diagnóstico de "dolor abdominal inespecífico, pendiente de consulta con digestivo (...) urticaria inespecífica". f) Informe del Área de Urgencias datado el 17 de enero de 2007, según el cual acude por "mareos" y que "hace 24 h presentó episodio de mareo brusco en la vía pública, sin giro de objetos. Posteriormente, cuadros similares más tenues en relación con los (movimientos) del cuello. No dolor torácico ni disnea". Consta exploración neurológica, analíticas, ECG con "signos de isquemia inferior, no conocidos", Rx Tórax, así como diagnóstico de "mareo inespecífico (...). Alteraciones ECG (sin clínica)", y remisión a "Cardiología./ Neurología, si no mejora". g) Informe del Área de Urgencias del día 26 de enero de 2007, por "obstrucción rama arterial ojo izdo.". Entre los antecedentes consta que se hallaba a tratamiento, entre otros medicamentos, con Disgrén (antiagregante plaquetario). En el apartado de enfermedad actual, se consigna que "hace 20 días, pérdida súbita de visión del ojo izq. no completa (...). Mareos. Cefalea (...). Hiporexia y cansancio en los últimos días. Ayer fiebre de hasta 38° C. No

cuadro respiratorio". Consta exploración neurológica y ocular, pruebas analíticas y ECG, así como diagnóstico de "oclusión rama arterial OI temporal sup", pauta de "mantener antiagregante", y solicitud de consulta "C. Vascular (...) (Cardiología ya la tiene)". h) Historia clínica en Cardiología del Centro de Salud, en la que consta anotación de consulta el día 29 de enero de 2007, con antecedentes. Resultado de ECG "(ilegible) e Isquemia (ilegible) (Dolores abdominales)" y medicamentos pautados, entre otros Disgren. i) Hoja de Consulta Médica en el Servicio de Otorrinolaringología, del día 30 de enero de 2007 para "valoración de sangrado bucal". Consta que "avisan para valoración sangrado bucal en paciente con ictus hemisf. dcho. (Código ictus), el cual no es susc. de fibrinólisis por presentar sangrado activo" y que "a la exploración no se objetiva sangrado activo por fosas nasales, ni por boca". j) Informe de ingreso el día 3 de febrero de 2007, por "deterioro neurológico", entre los antecedentes consigna que la paciente seguía tratamiento con "Zocor, Disgrén, antiHTA". En enfermedad actual se consigna "ingresa en planta de Neurología el 30-01-07 por ACV isquémico de ACM derecha. No se realizó tratamiento fibrinolítico por sangrado activo a través de cavidad oral. Durante el ingreso, deterioro neurológico progresivo, con tendencia al sueño y progresión de la hemiparesia izquierda (2/5 braquial, 4/5 crural al ingreso) hacia plejía completa. Ayer se realizó TC craneal urgente que objetiva un infarto completo de ACM derecha, con importante edema, desplazamiento de línea media y colapso ventricular homolateral. Solicita valoración a Neurocirugía, que desestima intervención (según comentario oral, por mal pronóstico neurológico postoperatorio, dada la extensión de la lesión)./ Además de lo anterior, se asocia a un cuadro de colecistitis aguda, valorado por cirugía general, a tratamiento con Tazocel. En TC abdominal: vesícula con contenido, algo de líquido perivesicular y sospecha de colección de 1,5 cm entre vesícula y duodeno". Consigna exploración física y estudios complementarios realizados -entre ellos ECG- e impresión diagnóstica de "infarto isquémico ACM derecha./ Colecistitis aguda". Y termina diciendo "previo el traslado, solicitamos valoración por Servicio de UCI del Hospital "X", ante lo que se muestran reticentes. Dada la descoordinación (ilegible). Neurología avisa al jefe de la (incompleto)". k) Informe de UVI, del alta por

“exitus” el día 5 de febrero de 2007, tras ingreso el día 3 de febrero de 2007, por “deterioro neurológico”. En el apartado de enfermedad actual reproduce literalmente el informe anterior. En apartado de evolución consigna “paciente con ACV isquémico de arteria cerebral media derecha (...). Tras 24 horas estable (...), es alta a la Unidad de Cuidados Intermedios. Allí presenta deterioro respiratorio y posteriormente neurológico en relación con epistaxis (realizado taponamiento anterior por ORL), que precisa IOT, conexión a ventilación mecánica y posterior traslado a UCI. Tras la intubación, deterioro gasométrico severo secundario a atelectasia completa del pulmón derecho. Se realizó broncoscopia urgente, en la que se extraen abundantes tapones hemáticos en ambos bronquios principales, con posterior mejoría. Horas después presenta una nueva desaturación, con hipoventilación generalizada y resistencia a la ventilación con Ambú. A pesar del lavado del tupo endotraqueal y tratamiento broncodilatador, no se consigue mejoría de la saturación, con hipoxemia mantenida y posterior parada cardiaca. Se realizan maniobras de RCP avanzada, que fueron ineficaces, siendo exitus en el día de la fecha”. Consigna diagnósticos de “infarto isquémico ACM derecha./ Colecistitis aguda./ Epistaxis./ Insuficiencia respiratoria hipoxémica secundaria a obstrucción de vía aérea por tapones hemáticos./ Atelectasia completa pulmón derecho./ Parada cardiaca (AESP) secundaria a hipoxemia./ Exitus”.

El informe del Servicio de Urgencias, del día 10 de enero de 2008, está suscrito por el Coordinador de Calidad. Consigna los días que la paciente fue atendida en Urgencias: 7 de septiembre, 24 de octubre y 19 de noviembre de 2006 y 17, 26 y 29 de enero de 2007. Considera que “el hecho de que pudiera padecer una patología cardiaca de presentación clínica atípica (manifestado por las alteraciones electrocardiográficas), no implica necesariamente que sea el único origen o causa del infarto completo de la arteria cerebral media derecha, pues la embolia pudo ser de origen arterial, tumoral, enfermedades hematológicas, pulmonares, etc.”. Remite a informe de otros servicios, en relación con el hecho “de no haberle puesto tratamiento fibrinolítico, y (...) tratamiento neuroquirúrgico”. Adjunta copia de los informes asistenciales del Área de Urgencias de los días 7 de septiembre y 19 de noviembre de 2006, así como 17 y 26 de enero de 2007, que ya figuran en la historia clínica y de la

hoja de consulta médica en el Servicio de Neurología del día 4 de febrero de 2007, en la que consta "solicitan valoración urgente en pte. con atelectasia completa de pulmón dcho. y desaturación hasta 50%. Se realiza broncoscopio objetivando la presencia de coágulos en bronquio principal dcho. que ocluyen toda la luz. Se extraen con pinza (de dientes de ratón). En control Rx posterior, se objetiva la resolución de la atelectasia de pulmón dcho. y atelectasia parcial de pulmón (I). Se practica nuevamente broncoscopia objetivándose coágulos en árbol bq. (I) que se extraen nuevamente con pinza./ Al finalizar, la pte. está con saturación de 99 %. Pte. de control Rx".

El informe del Servicio de Medicina Intensiva está suscrito por el médico adjunto y fechado el 17 de enero de 2008. Se ratifica en el informe de fecha 5 de febrero de 2008, obrante en la historia clínica y ya consignado, al que se remite, y especifica que "la paciente ingresó en planta de Neurología el 30-1-2007, desestimándose tratamiento fibrinolítico por presentar en ese momento una hemorragia activa por fosas nasales (decisión que corresponde al Servicio de Neurología). Posteriormente, la paciente se complicó e ingresó en nuestra UCI con fecha 3-2-2007".

5. El día 11 de enero de 2008, la reclamante presenta en el registro del Sepsa escrito por el que remite copia de su libro de familia en el que consta inscripción de la ahora fallecida, como hija; adjunta también copia del acta de notoriedad de declaración de herederos abintestato de ésta.

6. Por oficio del día 22 de enero de 2008, el Gerente de Atención Primaria remite informe emitido por el Médico de Familia que atendía a la hija de la reclamante e historia clínica de la misma.

Con fecha 17 de enero de 2008, el Médico de Familia informa que "no constando historia de patología coronaria, acude el día 17 de enero de 2007, por un cuadro de mareo. Realizado un ECG, se comprueban signos de isquemia inferior, por lo que se deriva a Urgencias" del Hospital "X" y que "no habiendo tenido información desde ese episodio, no puede emitir informe o juicio alguno sobre su evolución y menos (...) sobre su reclamación".

En la historia clínica en el centro de salud, constan, entre otros, episodios de: 1) "Cáncer de mama femenina", cuyo curso descriptivo figura abierto el día 2 de junio de 1999. 2) "Bocio", que figura abierto el día 13 de agosto de 2003, hasta el día 22 de septiembre de 2004. 3) "Deprimido, depresiva", desde el día 13 de agosto de 2003, con última consulta el 31 de marzo de 2004, en la que "se encuentra deprimida. A tto. con psiquiatría". 4) "Nervios/Ansiedad", en el que figura consulta el día 12 de diciembre de 2003. 5) "HTA" desde el 5 de enero de 2004 con última consulta el día 25 de enero de 2007. 6) "Anormal sensación(es) nc visual" del día 27 de febrero de 2006. 7) "Cistitis". Iniciado el 3 de septiembre de 2006. En esta primera consulta se anota "sx de cistitis de 3 días de evol. Combur-Test: leucos" y prescripción de Monurol. El día 5 de septiembre se anota "sd. miccional./ P.D. - leuco +, sangre + test reactivos" y prescripción de Norfloxacino. El día 7 acude de nuevo y "dice que no mejora y continúa con dolor abdominal, por lo que derivo a Urgencias del (Hospital "X") con P10". El día 19 de septiembre se anota "informe de alta: JC probable ITU. La derivaron a Urgencias de Gine. que descartó patología (...). Urocultivo negativo". 8) "Cistocele?", por el que consulta el día 15 de octubre de 2006, en el que "acude por mismo dolor. (...) irradiado hacia fosa renal. Afebril. PPRB negativas. Abdomen blando depresible. Blumberg y Murphy negativos. No aumento de peristalsis. No vómitos, ni diarrea. Test de orina: normal. Estuvo en urg. (del Hospital "X") hace un mes y le mandaron acudir a urólogo para descartar cistocele". 9) "Abdomen dolor", por el que figura consulta el día 16 de octubre de 2006, refiriendo los mismos síntomas que el día anterior y "no escalofríos. Abdomen globuloso, dolorimiento en cuadrante inferior derecho, puñopercusión renal derecha negativa. Parece musculoesquelético./ Pontalsic". El día 23 de octubre de 2006 vuelve a consultar porque "no ha mejorado nada, no síntomas digestivos, ni urinarios (...). Dolor abdominal periumbilical a la palpación profunda". 10) "Llanto (excesivo) adulto (depresión)", iniciado el 18 de diciembre de 2006, día en el que acude por "tristeza. Llanto fácil con apatía y tendencia al aislamiento" y se le solicita consulta a S. Mental. El día 18 de enero de 2007 anota informe S. Mental: ID: episodio depresivo. 11) "Mareo cinético" abierto el día 17 de enero de 2007. Consta consulta el día 18 y 19 de

enero de 2007. 12) "Hipercolesterolemia", con consulta el día 11 de enero de 2007. 13) "Embolismo (arterial) cerebral (Ictus)" del día 30 de enero de 2007.

7. Con fecha 30 de enero de 2008, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto suscribe el Informe Técnico de Evaluación, realizando la siguiente valoración del caso: "El hecho de que en la Historia Clínica cardiológica se recoja el antecedente de los dolores abdominales, para nada significa, -como pretende la reclamante, que ante ellos hubiese que haber realizado un ECG, sino que una vez hecho el diagnóstico de isquemia antigua, efectivamente sí pudieran dichos dolores tener relación con una clínica no habitual coronaria. Es decir, la sospecha diagnóstica se realiza después de saber el resultado final y buscando retrospectivamente posibles causas, pero ello no implica que ante la clínica que presentaba la paciente debiera haberse sospechado una patología coronaria y que, además, ello hubiese conllevado la aplicación de un tratamiento preventivo para un hipotético y futurible accidente cerebrovascular. En este sentido, es claro el criterio expuesto por el responsable de Urgencias cuando manifiesta que (...) el hecho de que pudiera padecer una patología cardíaca de presentación clínica atípica (...) no implica necesariamente que sea el único origen o causa del infarto completo de la arteria cerebral media derecha, pues la embolia pudo ser de origen arterial, tumoral, enfermedades hematológicas, pulmonares, etc. No cabe pues, más que concluir que en todo momento se actuó correctamente de acuerdo con la patología que presentaba la paciente, aplicando los cuidados precisos conforme a la lex artis".

8. Mediante escritos de 30 de enero de 2008 del Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios se remite copia del expediente a la correduría de seguros, y del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Sespa.

9. Por oficio del día 31 de enero de 2008, el Secretario General del Hospital "X" remite copia del informe del Servicio de Neurología que atendió a la paciente.

El informe del mismo día 31, suscrito por el Jefe del Servicio de Neurología, refiere que “se trataba de una paciente de 58 años de edad que había iniciado un déficit motor brusco de miembros izquierdos a las 21:45 horas del 29-1-2007, por lo que había sido traída a Urgencias del (Hospital “X”). A las 00:00 horas del día 30-12-07 (*sic*), la exploración clínica y los datos complementarios mostraban: (...) puntuación del examen neurológico, según la escala NIHSS, igual a 8 puntos. (...) TAC craneal dentro de límites normales y (...) objetivación de una hemorragia bucal persistente. En sus antecedentes personales, constaban los siguientes diagnósticos: hipertensión arterial. Tumor de mama intervenido quirúrgicamente y tratado con radioterapia. Isquemia retiniana, ocurrida días antes, en el ojo izquierdo. Probable cardiopatía isquémica, valorada el mismo día de su ingreso por el cardiólogo, sin que pudiera constatarse el informe cardiológico. La paciente se encontraba en ese momento con tratamiento antiagregante, hipolipemiente y antihipertensivo”. Añade que “se solicitó valoración al servicio de ORL, que tras ver a la paciente no objetivó puntos de sangrado activo por fosas nasales ni por boca, aunque sí se recogían escasos restos hemáticos en oro-faringe. Con el diagnóstico de ictus isquémico de arteria cerebral media derecha, con persistente sangrado oral, aunque fuera de escasa cuantía, no fue aplicado tratamiento fibrinolítico, por contemplarse esa circunstancia como criterio absoluto de exclusión (criterio de exclusión de fibrinólisis número 10 del protocolo vigente en el servicio de Neurología: ‘reciente sangrado activo, por ejemplo epistaxis’”.

10. Consta incorporado al expediente informe fechado el 27 de abril de 2008, realizado colegiadamente por cuatro especialistas en Medicina Interna, a petición de la compañía de seguros del Principado de Asturias.

En él se consignan las siguientes conclusiones: “La paciente falleció con un cuadro de insuficiencia respiratoria por la presencia de tapones hemáticos en bronquios en relación con epistaxis incontrolable. La enferma presentaba un infarto en territorio de arteria cerebral media derecha por el que había ingresado en el hospital cinco días antes (...). El infarto parecía corresponder a una trombosis y no a una embolia. Las trombosis arteriales cerebrales no tienen su origen en el corazón (como puede ocurrir con las embolias), y por

tanto su aparición es independiente de la existencia o no de cardiopatía (...). En esta paciente la fibrinólisis estaba contraindicada por la existencia de sangrado activo reciente. La evolución posterior con aparición de abundantísima epistaxis demuestra lo acertado de la decisión de no hacer fibrinólisis (...). La enferma consultó por dolor abdominal en varias ocasiones que no sugerían en nada la existencia de un infarto agudo de miocardio. En ningún momento presentó dolor en epigastrio que es la localización que hace necesaria la realización de un CG en el dolor abdominal (...). El ECG no demuestra que la enferma había tenido un infarto de miocardio previamente ya que sólo aparece Q en DIII y no en aVF (hay una pequeña r inicial en esta derivación) (...). Aunque la paciente hubiese tenido un infarto de miocardio, no presentaba ninguna de las complicaciones que favorecen la aparición de embolia cerebral y que requieren profilaxis con anticoagulantes". Terminan afirmando que "con esta paciente la actuación médica ha sido correcta y acorde a la *lex artis ad hoc*".

11. Mediante escrito de fecha 7 de mayo de 2008 se comunica a la reclamante la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días. Consta personación de la misma en las dependencias del Servicio que instruye el procedimiento, y vista del expediente del que se le entregó copia íntegra, según acta levantada al efecto el día 8 de julio de 2008. No consta que la reclamante haya formulado alegaciones en este trámite.

12. Con fecha 21 de agosto de 2008, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, reproduciendo los argumentos expuestos en el informe técnico de evaluación.

13. Sometido el expediente, en ese estado de tramitación, a dictamen de este Consejo Consultivo, por Resolución de su Presidente se devolvió a la Autoridad consultante para que se completara.

14. Por oficio del día 20 de julio de 2009, el Servicio instructor solicita a la Gerencia del Hospital "X" copia íntegra de la historia clínica de la hija de la reclamante correspondiente al ingreso por Urgencias en el Servicio de Neurología acaecido el 29 de enero de 2007 y que finalizó con su fallecimiento el 5 de febrero de 2007.

15. Con fecha 27 de julio de 2009, el Gerente del Hospital "X" remite copia de la historia clínica, integrada además de por los documentos ya reseñados por, entre otros, los siguientes: a) Otro informe del Área de Urgencias por asistencia del día 17 de enero de 2007, en el que consulta por "mareo + ¿fotopsias?". En enfermedad actual, consta "ayer episodio de mareo con cierta sensación de mareo persistente. Fotopsias. Acudió a su MAP, cifras altas de ¿T. A.? Había padecido episodios de vértigo anteriormente". Consta exploración neurológica, hemograma, ECG "con signos de isquemia inferior (no hay ECG previos) y Rx Tórax (...) normal. b) Parte de hospitalización del día 29 de enero de 2007, en el que consta "epistaxis en días ant. y antes de esto; (...) disartria, desviación comisura labial. Le falló pierna dcha". c) Informe del Área de Urgencias del mismo día 29 de enero de 2007, en el que se consignan antecedentes y exploración. d) Hoja de Curso clínico en Neurología "6ª Este Hospital `X`", en la que consta anotación sin fecha, según la cual "valorada por el Hospital `Y`. En el Hospital `Y` requieren valoración nuevamente (por Hospital `X` y por neurocirugía. Ante este desconcierto, avisamos al Jefe de la Guardia y se decide ingreso en Intermedios del Hospital `Y`. Se avisa a la familia del traslado". e) Hoja de Curso clínico en Neurología "Edificio A 7ª Planta", en la que consta anotado el día 30 de enero de 2007 "epistaxis leve (que) cede con taponamiento ant.". Se consignan también resultados de exploración neurológica y que "tuvo episodio catalogado de isquemia retiniana I hace 1 mes./ En (consulta) a Cardiología (el día del ingreso) el Cardiólogo refiere que existe imagen de IAM en el ECG (...). Por estos antecedentes, la sospecha de etiología embólica, ya sea arterio-arterial o cardioembólica es alta. Por este motivo, solicitamos (consulta) a Cardiología y pruebas de imagen vascular". El 31 de enero se anotan resultados de prueba de imagen Eco TSA "dentro de los límites normales"; ECG con "imagen de isquemia infero-lat.

antigua./ Solicitamos Holter y eco-cardio (...). Dice su familia que tras recuperar algo de fuerza en MSI ahora ha empeorado./ Aqueja cefalea hemicránea D desde el ingreso". El día 1 de febrero consta inicio de fisioterapia de rehabilitación. A las 14:30 del mismo día consta que "está muy adormilada pero consciente y orientada. Se queja de mucho dolor de cabeza (...). Comienza a sangrar por la boca./ Está pendiente de TAC que no se puede hacer aquí por estar estropeado el scanner". Con la misma fecha el médico de guardia anota "avisan por resultado de TAC urgente: infarto en territorio de ACM Dcha., sin transformación hemorrágica con mínimo desplazamiento de línea media./ Clínicamente, nuevo episodio de hemorragia por boca (...). Responde a estímulos dolorosos. Lenguaje disártrico, orientada. Anisocoría I > D" y "Plan: dado empeoramiento clínico optamos por Manitol". El día 2 de febrero se anota que "sigue muy adormilada pero está consciente; no habla (...). Muy pálida (anemia por sangrado?) (ilegible). Se debe valorar por la tarde repetir TAC: si el edema cerebral aumenta, se planteará realizar cirugía descompresiva". En anotación de la misma fecha del Servicio de Cirugía General II consta "solicitan valoración por paciente con ictus y varios fenómenos trombóticos con mala situación, empeoramiento neurológico rápido, con dolor abdominal, aunque la paciente no puede relacionarse con el medio (...). Abdomen no distendido, blando en hemiabdomen izq., pero parece doloroso en hemiabdomen dcho. (...). No fiebre, aunque sí leucocitosis./ Me impresiona más de cuadro ilio que de isquémico, pero dado que los ttos. neurológicos urgentes dependen del dco. digestivo, creo conveniente solicitar ECO-abdominal o mejor TAC./ Tiene gastroscopia y colonoscopia de (...) enero por digestivo, que fueron normales, siendo etiquetada de enf. Celíaca". A las 18:30 del mismo día, el Servicio de Cirugía anota "en TAC abdominal se confirma colecistitis aguda" y consta tratamiento pautado. Se indica "en principio, tto. médico conservador; si empeoramiento abdominal, valoraríamos según el resto de su patología./ Seguiremos viendo". A las 19:00 horas del día 2, tras consignar nuevamente los resultados del TC abdominal y craneal, se anota "hablamos con S. de Neurocirugía para plantear tratamiento descompresivo". En nueva anotación el mismo día consta "solicitada valoración neuroquirúrgica, desestiman cirugía descompresiva, por lo que se mantienen

medidas antiedema y trat. médico de la colecistitis. Midriasis media reactiva./ Respuesta motora a estim-dolorosos (...). Ausencia de otra resp.". El día 3 se anota "paciente con bajo nivel de conciencia. No responde a estímulos verbales. Ojos abiertos, con marcada desviación oculocefálica hacia la dcha. (...). Dada la edad (de la) paciente, y la extensión de la lesión de ACM Dcha., consideramos que precisa un control más estrecho ante el riesgo de descompensación a corto plazo. Se comenta con la guardia de UVI del Hospital `Y`. (...), se avisará a Neurocirugía para nueva valoración. Inicialmente consideran que debe estar en UVI del Hospital `X` (que no tiene intermedios NRL-NO). En el Hospital `X` no consideran la opción y deciden que sea (incompleto)". f) Hoja de observaciones de enfermería en Neurología desde las 2:30 horas del día 30 de enero de 2007 hasta las 13:00 horas del día 3 de febrero de 2007 que es trasladada a la UVI del Hospital "Y". g) Hojas del Servicio de Medicina Intensiva 1. El día 4 se anota "NRL sin cambios (...). Plejia izquierda (...). TA muy estable (...). (Dieta) absoluta (...). Afebril (...). Diuresis (...) con deterioro de FR" y plan "aumentar aporte líquido. Vigilar FR. Mantener Manitol. Vigilancia NRL. En el estado que está ahora podría pasar a Intermedios". A las 16:00 horas consta que "avisamos por deterioro respiratorio y sangrado x nariz. Avisamos a ORL, que realiza taponamiento anterior, ya que la paciente no deja realizar uno posterior (...). Episodio de desaturación + deterioro neurológico, IOT y conexión a VM. Tendente a morder TET. Salida de contenido hemático x TET, probable broncoaspiración. Intensa desaturación x atelectasia completa de pulmón D, con fisioterapia intensiva (vibración) + broncoscopio. Urgente (...) se observan tapones hemáticos grandes tanto en bronquio D, como I, que se retiran con mucha dificultad". Hay otra anotación en el margen de la hoja, indicando "gran resistencia a la entrada de aire. Relajada. (ilegible). La paciente entra en AESP x hipoxia. Se realizan maniobras de RCP avanzada (...). Exitus a la 01:00 a. m. La familia no autoriza autopsia". En estas hojas, constan, entre otras, las siguientes anotaciones de enfermería: a las 13:00 horas del día 3 de febrero de 2007, "ingreso procedente de Neuro (6ª Este), por ACU isquémico y deterioro del nivel de conciencia". El día 4, a las 13:30 horas se anota "alta a Intermedios" y a las 17:15 horas que "llega a la unidad trasladada procedente de Intermedios". h)

Hoja de consulta médica en el Servicio de Neurología del día 29 de enero de 2007. Consta motivo de consulta "código ictus". Entre los antecedentes, se consigna "dolor abdominal desde ~ agosto, estudiado sin evidencia de patología justificante./ Hace 1 sem. acude a Oftalmólogo x (pérdida) AV en ojo I, le dice que ha tenido una isquemia retiniana hace días. Pauta antiagregación./ Hoy acude a Cardiólogo (...). Refiere que le han dicho (que) tuvo un infarto". Como enfermedad actual se anota "a las 21:45 comienza con déficit motor en miembros izdo. de manera brusca. Acude dentro del protocolo del código ictus". Consta exploración física al ingreso (00:00 horas) en la que se aprecia "hemorragia bucal sin punto sangrante localizado"; empeoramiento a las 00:30 horas, pruebas complementarias realizadas y que "no se realiza fibrinólisis iv. por hemorragia activa. Debido al empeoramiento solicitamos valoración a UVI para vigilancia". Como impresión diagnóstica, se anota "ictus isq. hemisférico D". i) Hoja de consulta médica en UCI-1, no datada, en la que tras anamnesis y exploración, consta el siguiente comentario: "Dado el nivel NRL de la paciente y en ausencia de camas tanto en UCI, como en la Unidad de Cuidados Intermedios, en estos momentos la paciente podría ingresar en planta, pues creemos que el riesgo no es muy elevado y no parece necesario mantener vigilancia en Urgencias, (ilegible) disponer de camas monitorizadas". Se recomienda "valoración por ORL de sangrado nasal/oral". j) Hoja de consulta médica en el Servicio de Neurocirugía, del día 2 de febrero de 2007, en la que consta que "se descarta en esta paciente el tratamiento neuroquirúrgico". k) Informes de TC cráneo realizado el día 29 de enero de 2007; eco doppler de TSA el día 31 de enero; electrocardiogramas fechados el 31 de enero, el 2 y el 3 de febrero de 2007; analíticas de los días 29 y 31 de enero y 4 de febrero de 2007.

16. Notificada a la reclamante el día 3 de septiembre de 2009 la apertura de nuevo trámite de audiencia, no consta que se hayan formulado alegaciones.

17. En este estado de tramitación, mediante escrito de 12 de febrero de 2010, 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 del Principado de Asturias objeto del expediente núm., de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, cuyo original adjunta.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), está la interesada activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado 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 14 de diciembre de 2007, habiendo tenido lugar el fallecimiento del

que trae origen el día 5 de febrero del mismo año, 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.

Sin embargo, no se ha dado cumplimiento estricto a la obligación de comunicar a la interesada, 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 la reclamante por el Servicio instructor la fecha de recepción de su solicitud y 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, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. 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.- La reclamante interesa indemnización por los daños que sufre por el fallecimiento de su hija, que atribuye a la asistencia sanitaria que se le prestó por el servicio público de salud.

Consta en el expediente el fallecimiento de la hija de la reclamante el día 5 de febrero de 2007, por lo que debemos presumir que esta ha sufrido un daño moral, cuya valoración realizaremos en el caso de que concurran los requisitos para declarar la responsabilidad que se reclama. También consta que el fallecimiento se produjo en un hospital público, en el que la hija de la reclamante recibía atención desde el día 29 de enero de 2007, tras sufrir un accidente cerebro vascular.

Ahora bien, la mera constatación de un daño individualizado y susceptible de evaluación económica surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, 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. En este sentido, y con carácter preliminar, debemos advertir que la interesada no desarrolla ninguna actividad probatoria en esa dirección, limitándose a enunciar el nexo causal en su escrito de reclamación. En consecuencia, este Consejo Consultivo debe formar su juicio sobre el respeto de la *lex artis* en la asistencia sanitaria prestada con base en los informes médicos incorporados durante el procedimiento, que no fueron discutidos en los dos trámites de audiencia celebrados, en los que la reclamante tomó vista del expediente y, en el primero de ellos, obtuvo copia íntegra del mismo, dejándolos transcurrir sin formular alegaciones.

Sostiene la reclamante que el ACV sufrido por su hija estaba directamente relacionado con una patología cardiológica, y que su fallecimiento se produjo por la falta de diagnóstico de la misma y de tratamiento del riesgo de trombo, al no haberse evaluado correctamente los síntomas que presentaba desde agosto de 2006 y no haber realizado un electrocardiograma. También considera negligente la asistencia prestada el día 17 de enero de 2007 -por náuseas, mareos, fotopsias- que, a su juicio, debiera haber sugerido un accidente isquémico transitorio relacionado con los resultados del ECG que se realizó por primera vez tal día, así como la que se prestó tras su ingreso hospitalario el día 29 de enero, a la que reprocha la falta de explicación de los motivos por los que no se realizó tratamiento fibrinolítico, así como la actuación del Servicio de Otorrinolaringología.

No hay constancia en el expediente de cual fue la causa del fallecimiento de la hija de la reclamante, a la que no se le practicó autopsia. De hecho, en el informe realizado por la UVI tras el óbito se consignan, además del infarto isquémico, diagnósticos de colecistitis aguda, epistaxis, insuficiencia respiratoria hipoxémica, atelectasia completa de pulmón derecho y parada cardíaca secundaria a hipoxemia.

Ahora bien, en cuanto al infarto isquémico de arteria cerebral media derecha, consta en el expediente que los mismos médicos que atendieron a la hija sospecharon la etiología embólica del mismo con base en los antecedentes cardiológico y de isquemia retiniana de la paciente, y que asociaron los dolores abdominales a la cardiopatía isquémica. Sin embargo, esto no revela un error en el diagnóstico -como pretende la reclamante- pues, según consigna el informe técnico de evaluación, la sospecha diagnóstica se realiza después de saber el resultado final, buscando retrospectivamente posibles causas. El informe colegiado de cuatro especialistas en Medicina Interna señala que el dolor abdominal, por el que había consultado la paciente en varias ocasiones, no sugería un infarto agudo de miocardio, pues no se trataba de dolor en el epigastrio, que es la localización que hace necesaria la realización de un ECG en el dolor abdominal. La paciente no presentaba disnea, como afirma la reclamación. Consta, además, la realización de varias exploraciones físicas, analíticas y pruebas diagnósticas, así como consultas en servicios especializados para descartar patologías relacionadas con los antecedentes de la paciente o con otros síntomas que presentaba, concurrentes con el dolor abdominal. Asimismo, está acreditado que el día 26 de enero de 2007 la hoy fallecida ya estaba a tratamiento con antiagregante.

Tanto el informe del Jefe del Servicio de Neurología, como el de los especialistas en Medicina Interna dan cuenta de que el tratamiento fibrinolítico está contraindicado cuando hay un sangrado como el que presentaba la paciente antes del inicio de los síntomas de accidente cerebro vascular y, según el parte de hospitalización, en los días anteriores.

La reclamante no aporta pruebas de que las actuaciones del Servicio de Urgencias el día 17 de enero de 2007 y del Servicio de Otorrinolaringología durante el ingreso fueran inadecuadas. Del expediente se deduce que se

aplicaron a sus dolencias las técnicas precisas disponibles; en efecto, el día 17 de enero de 2007 se realizó a la paciente exploración neurológica -que fue normal-, pruebas analíticas, electrocardiograma y Rx de tórax, ante una clínica consistente en mareos y fotopsias, y que la enferma fue remitida a consultas especializadas de Cardiología y de “Neurología, si no mejora”.

En definitiva, todos los informes médicos -que no han sido discutidos por la interesada- consideran el conjunto de la asistencia sanitaria prestada acorde con la *lex artis ad hoc*, por lo que no resulta probada la relación de causalidad pretendida entre el daño alegado y el funcionamiento del servicio público sanitario.

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

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.