

Expediente Núm. 199/2008
Dictamen Núm. 108/2011

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda
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 24 de marzo de 2011, 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 23 de septiembre de 2008, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños derivados del fallecimiento de su esposa y madre, respectivamente, que atribuyen a la asistencia que se le prestó en un hospital público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 29 de febrero de 2008, se presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial, dirigida al Servicio de Salud del Principado de Asturias, por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de la esposa y madre de los reclamantes, que atribuyen a la asistencia que se le prestó en un hospital público.

Los reclamantes manifiestan en su escrito que la paciente fue intervenida el día 22 de febrero de 2007, para realizarle una artroplastia total de rodilla en el Hospital Al día siguiente, la familia observa en ella palidez, confusión, dificultad para hablar y entender, y torpeza de movimiento en miembro superior derecho, síntomas que fueron empeorando hasta que perdió la visión de un ojo. El lunes 26 de febrero, la enferma es vista por primera vez por un Neurólogo, que aprecia la posibilidad de que haya sufrido un ictus isquémico leve y recuperable, solicitando la práctica de un TAC craneal. Añaden que la enferma no recibía las atenciones mínimas dado el estado que presentaba, pues ni orinaba, ni defecaba.

Siguen relatando que el jueves 1 de marzo se le practica el TAC, en el que se comprueba la existencia de un infarto isquémico, "por lo que se le recomienda la antiagregación con Clopidogrel (...) que nunca le fue suministrado". Los síntomas siguieron empeorando y se relacionaron con un "supuesto cuadro subdepresivo reactivo a su patología orgánica, siendo vista por el Servicio de Psiquiatría sin que se le pautase tratamiento farmacológico alguno". El viernes 9 de marzo, es dada de alta por el Servicio de Traumatología y trasladada al de Neurología, que informa a la familia, por primera vez, de la gravedad del ictus y realiza un segundo TAC craneal en el que se aprecia un nuevo infarto isquémico. También se informa de la necesidad de realizar nuevas pruebas diagnósticas y de pautarle tratamiento específico para el ACV, que se imparte por primera vez el día 10 y consistió en heparina sódica y Plavix.

Refieren que el día 11 la paciente permanece en estado de semiinconsciencia y el médico ordena realizar varias pruebas, entre ellas, una ecografía de carótida. El lunes 12 de marzo, se le pauta tratamiento antiedema cerebral consistente en Manitol. En la madrugada del lunes al martes día 13, la paciente sufre un grave empeoramiento con espasmos musculares. Por la mañana, la doctora aprecia que está en coma y tras TAC de urgencia que muestra una progresión del infarto, establece como causa más probable el cierre de la carótida. Les informa que la situación es irreversible con un

desenlace fatal e inminente y que no es posible realizar la ecografía de carótida porque "ese día tocaba hacer ecografías de abdomen". A las 20:20 horas del martes 13 de marzo de 2007, la paciente fallece.

Los reclamantes afirman que el fallecimiento de su esposa y madre se debió a la demora injustificada en el diagnóstico y tratamiento del ictus padecido por la paciente, señalando además, que el tratamiento con heparina, Plávis y Manitol no estaba indicado para los repetidos ictus isquémicos que se habían producido.

Reclaman ciento veinticinco mil euros (125.000 €), importe en el que evalúan el daño de todos ellos, más intereses.

Solicitan el recibimiento del procedimiento a prueba, consistente en incorporación de copia certificada de la historia clínica, y aportan dos informes del Hospital, uno del Servicio de Traumatología al alta y otro del de Neurología. El primero, fechado el 9 de marzo de 2007, consigna como antecedentes personales de la paciente "dudosa alergia a AAS. HTA a tto. Cardiopatía isquémica tipo Angor. Hipercolesterolemia. Insuficiencia periférica MMII". Según el informe, "en el posoperatorio inmediato aparece cuadro de disartria y torpeza motriz en MSD. Fue valorada por el S. de Neurología realizándose exploración neurológica y TAC craneal presentando lesión isquémica en región frontoparietal I. Presentando en la actualidad una hemiparesia homónima D y una pérdida de destreza manual D, asociada a una leve hemiparesia MSD, secundario a ACV lacunar I. El Servicio de Neurología indica tto. farmacológico y revisión en C. Externa". Se le recomienda al alta, Clexane, Plavix y revisión en consulta externa de Neurología el día 27 de marzo de 2007.

El informe del Servicio de Neurología, de alta por exitus el día 13 de marzo de 2007, refiere que "en el 2º día del posoperatorio se aprecia trastorno del lenguaje de características disártricas y torpeza manipulativa en MSD. Tras valoración por Neurología y con impresión diagnóstica de ictus isquémico se solicita TAC craneal con el hallazgo de infarto isquémico parieto-occipital izquierdo objetivándose en la exploración neurológica una hemiamnopsia

homónima derecha, una leve paresia braquial derecha y discreta disartria. Dadas las características en la neuroimagen y el contexto en el que acaece se establece el diagnóstico de ictus isquémico de probable etiología hemodinámica recomendándose la antiagregación con Clopidogrel. Aproximadamente 10 días después, la paciente presenta un empeoramiento neurológico consistente en trastorno del lenguaje de características disfásicas con dificultades para la nominación y comprensión de órdenes complejas, un aumento de la paresia braquial derecha realizándose un TAC urgente que muestra un nuevo infarto isquémico fronto-parietal izquierdo. En ese momento se traslada la paciente a la Sección de Neurología. En las 24 horas siguientes se evidencia una progresión del infarto que afecta a todo el territorio de la arteria cerebral media-izquierda presentando gran edema, efecto masa y desplazamiento de la línea media. Se inicia tratamiento inmediato con medidas antiedema cerebral, con escasa respuesta siendo exitus el día 13 de marzo del 2007”.

2. Con fecha 14 de marzo de 2008, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios comunica a los reclamantes la fecha en que la reclamación ha tenido entrada en la Administración del Principado de Asturias, la incoación del oportuno procedimiento y las normas con arreglo a las cuales se tramitará. Asimismo, les requiere para que acrediten su condición de esposo e hijos de la fallecida.

3. Por oficio fechado el 19 de marzo de 2008, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto solicita a la Gerencia del Hospital remisión de la historia clínica de la paciente e informe de los facultativos de los Servicios de Traumatología y Neurología.

4. Por escrito presentado en el registro de la Administración del Principado de Asturias el día 25 de marzo de 2008, una de las reclamantes remite acta de declaración de los herederos de fecha 25 de abril de 2007, de la que se

desprende que los reclamantes son esposo e hijos de la persona por cuyo fallecimiento reclaman.

5. Con fecha 3 de abril de 2008, el Gerente del Hospital remite informes de los Jefes de Servicio de Medicina Interna y Traumatología y copia de la historia clínica de la paciente.

Con fecha 19 de marzo de 2008, el Jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología informa que el día 11 de agosto de 2006 se explicaron a la esposa y madre de los reclamantes “los riesgos quirúrgicos, firmando la paciente el correspondiente consentimiento informado. En dicho consentimiento se recogen textualmente, como posibles complicaciones: `Apartado a) Enfermedad tromboembólica y apartado j) Menos frecuente (...) confusión mental postoperatoria´”. Señala que “a su ingreso se instauró profilaxis antibiótica y antitrombótica como está protocolizado para todos los pacientes, que van a ser intervenidos de artoplastia total”, que fue intervenida el 22 de febrero de 2007 y que “en el curso clínico de los días 23-24-25 no se aprecian alteraciones con relación a un posoperatorio normal. El día 25, a las 18:30 horas es vista por los Facultativos de Guardia del Servicio a petición de la hija de la paciente, no apreciando signos patológicos que sugieran cambios en la actitud terapéutica./ El día 26 fue vista y valorada por Neurología, a quien se había solicitado consulta, ante la evolución de la paciente”. Refiere que “la situación clínica del cuadro neurológico se mantuvo estable, con modificaciones en los días posteriores, siendo controlada por Neurología”, que el 7 de marzo de 2007 fue explorada y valorada por Neurología, que no encuentra motivos clínicos de ingreso, por lo que se programa su alta hospitalaria para fechas próximas” y que “el 9 de marzo de 2007 ante el empeoramiento clínico de la paciente se trasladó a Neurología”.

El informe del Jefe del Servicio de Medicina Interna, fechado el 2 de abril de 2008, señala que “la paciente está ingresada en el Servicio de Traumatología, donde ha sido intervenida de una prótesis de rodilla, y se solicita consulta por focalidad neurológica el día 26 de febrero de 2007, que

corresponde al quinto día del posoperatorio, es diagnosticada de ictus isquémico hemisférico izquierdo, solicitándose TAC y recomendándosele tratamiento antiagregante, dado que en el posoperatorio el tratamiento fibrinolítico o de anticoagulación a dosis terapéutica están contraindicados". Dice que "el estudio radiológico se realiza a las 72 horas, que confirma el diagnóstico de lesión isquémica fronto parietal izquierda, y por tanto se recomienda seguir con el mismo tratamiento". Sigue informando que "durante los días 2 y 7 de marzo la paciente está estabilizada y no ha habido cambios en la exploración neurológica por lo que se le da fecha de consulta para seguimiento por Neurología" y que "el día 9 es dada de alta por Traumatología y se solicita consulta de nuevo a Neurología. En esta exploración se evidencia progresión del déficit neurológico, por lo que se ingresa en Neurología, y se repita la TAC urgente que confirma ictus isquémico parieto-occipital izquierdo". Refiere que "a pesar del tratamiento, la paciente evolucionó de manera desfavorable, siendo el cuadro compatible con un infarto progresivo del territorio de la arteria cerebral media derecha, que no respondió a las medidas antiedema". Concluye que "se trata de una complicación quirúrgica que la paciente aceptó cuando firmó un consentimiento informado de una cirugía mayor, como es una prótesis de rodilla, más teniendo en cuenta los antecedentes personales de la paciente: hipertensión arterial./ Dislipemia./ Infarto agudo de miocardio en el año 1999./ Isquémica crónica de (...) ambos miembros inferiores", señalando por último que "todo esto supone un alto riesgo de morbimortalidad cardiovascular (...) (según los distintos autores, entre un 0,5 y un 1 %)".

En la historia clínica figuran, entre otros, los siguientes documentos: a) Hoja de Curso Clínico en el Servicio de Traumatología desde el día 22 de febrero de 2007, día en el que consta "operada hoy". El día 25 de febrero, a las 18:30 horas, se anota "avisar para valoración de déficit funcional EESS, según refiere la hija (...). E. Neurológica central N, con PC N, nivel de conciencia N, Glasgow 15". Se propone "nueva valoración mañana". El día 26 tras la valoración, en la que se aprecia pérdida "fuerza mano D", se pide consulta

urgente a Neurología. El día 27 de febrero se anota "empeoramiento leve de su exploración neurológica. Pte. (...) TAC". El día 28, consta "Pte. del TAC craneal". Los días 8 y 9 constan anotaciones del Servicio de Psiquiatría. b) Hoja de enfermería, en cuya anotación del día 23 de febrero de 2007, a las 20:21 horas consta "desorientada aunque tranquila". c) Hoja de interconsulta urgente al Servicio de Neurología. El día 26 se anota que desde aproximadamente "5 días torpeza motora en mano dcha. y disartria que ha mejorado en los últimos días./ Actualmente solo observo pérdida de destreza en mano D. (...). Solicito TAC cráneo./ Clínicamente Sd. disartria-mano torpe (ACV lacunar carotídeo izq.)". El día 1 de marzo se anota "área de isquemia p-o izq. (frontera). ACV probablemente hemodinámica./ Al alta, citar en consulta de NRL y Plavix 75/24 h. Como déficit en la actualidad: hemianopsia homónima dcha./ Pérdida de destreza manual dcha. y leve hemiparesia 5-/5". El día 2 de marzo consta "clínicamente sin cambios. Al alta consulta con NRL y tto. Plavix". El día 7 se anota "buen nivel de conciencia (...). hemianopsia homónima dcha./ Facial central dcho. Leve disartria. Paresia (...) MS Dcho. (pronación), no valoro MI Dcho., por la cirugía (aunque su familia refiere que camina). d) Hoja de curso clínico en Neurología. El día 9 de marzo de 2007, se anota "en las últimas 24 h: empeoramiento./ Disfasia mixta de predominio comprensión./ Hemianopsia dcha./ Facial centrado./ Paresia braquio-crural dcha. (...) (no localiza a estímulos)", se anotan dos posibles diagnósticos "¿nuevo ictus?/ ¿transformación hemorrágica?". Y que "pasa a cargo de NRL./ TAC craneal urgente". El día 9 de marzo se anota "veo a la paciente que está tranquila. Tiene déficit facial dcho., con hemiplejía (...). Sonrisa social./ Atiende a estímulos./ Intoxicación del lenguaje con las primeras palabras pronunciadas, siendo luego incapaz de denominar nuevas palabras./ Disartria./ Repetición alterada./ Comprende y ejecuta órdenes sencillas./ TAC". El día 10 "habla mejor, pero sigue con problemas de denominación seriada". El día 11 de marzo, a las 13:25 horas "avisan porque la hija refiere que no le contesta; esta noche estuvo intranquila, sin dormir". Se le aprecia masa en semiabdomen (...) al parecer lleva varios días sin hacer deposiciones". A las 15:00 horas "se procede

a sondaje vesical". A las 20:15 horas del mismo día 11, "avisan por negativismo total para la ingesta" y descenso del "nivel de conciencia". Tras exploración, el médico no objetiva clara progresión respecto al día anterior. "familia muy preocupada". El 12 de marzo se aprecia "empeoramiento./ Bajo nivel de conciencia. Apertura ocular ante estímulos dolorosos. Ausencia de lenguaje./ Hemianopsia homónima dcha./ Facial central dcha./ Plejia hipotónica MS dcho./ No moviliza MI Dcho.". Se anota que "impresiona de patología carotídea I." y se pauta Manitol. El día 13 se anota "Mal./ Coma. Reacción en descerebración ante estímulos./ TAC craneal: infarto masivo en territorio ACM I con edema y desplazamiento de línea media y colapso del sistema ventricular. Se informa a su familia del mal pronóstico vital". A las 20:30 horas "avisan por éxitus". e) Hoja de órdenes terapéuticas en el Servicio de Traumatología. El día 22 de febrero de 2007 consta pauta, entre otros, de Clexane (Enoxaparina). f) Hoja de órdenes terapéuticas en el Servicio de Neurología. El día 9 de marzo consta que se le pautó Iscover (Clopidogrel) y Clexane. El día 12 se le pautó Manitol. g) Hoja de administración terapéutica, en la que consta administrado Clexane todos los días desde el 21 de febrero al 13 de marzo, Iscover desde el día 10 al 12 y Manitol los días 12 y 13. h) Informes de TC Cerebro de los días 1, 9 y 13 de marzo de 2007. En el fechado el 1 de marzo, se aprecian "imágenes hipodensas en relación con lesiones isquémicas de aspecto subagudo en regiones frontal y parietal izquierdas (territorio de ACM aunque en zonas frontera de la distribución arterial). En el correspondiente al día 9, se informa "lesión hipodensa que a nivel parietal y occipital izdos. de aspecto subagudo, por afectación de las ramas hemisféricas de la cerebral media y de cerebral posterior. No se ve sangrado". En el del día 13, consta "infarto masivo de cerebral media y posterior dchas. con efecto masa que colapsa y desplaza sistema ventricular y línea media".

6. Con fecha 8 de abril de 2008, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto informa que el tratamiento del accidente cerebrovascular

fue adecuado, según los parámetros de la *lex artis* y que, a pesar de ello, repitió, no pudiendo la paciente superarlo.

7. Por oficios del día 9 de abril de 2008, se remite copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias, y de todo el expediente a la correduría de seguros.

8. Figura incorporado al expediente el informe emitido por una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por dos especialistas en Neurología. En él se concluye que “la paciente era portadora de múltiples factores de riesgo vascular que le conferían un mayor riesgo para padecer una complicación vascular trombótica como es un ictus”; que “existió una demora no deseable en la realización del TAC cerebral. Si bien su realización más temprana no hubiera modificado la evolución de la paciente, ya que los resultados no hubieran variado la actitud terapéutica”, que “el tratamiento con Plavix es tratamiento de prevención secundaria, es ninguna circunstancia hubiera modificado la evolución del primer infarto cerebral” y que “la realización de la ecografía carotídea, a pesar de confirmar la sospecha de oclusión carotídea, no habría evitado el segundo infarto, dado que en la fase aguda no se recomienda intervenir este tipo de patologías en pacientes neurológicamente inestables y con infartos territoriales no menores”.

9. Mediante oficio recibido por los interesados el día 11 de julio de 2008, se les comunica la apertura del trámite de audiencia y vista del expediente por un plazo de quince días, remitiendo una relación de los documentos obrantes en él. El día 14 de ese mismo mes, una de las reclamantes se persona en las dependencias administrativas y se le hace entrega de una copia del expediente, compuesto en ese momento por doscientos cuarenta (240) folios, según consta en la diligencia extendida al efecto.

10. Por escrito presentado en un registro de la Administración del Principado de Asturias el día 28 de julio de 2008, los reclamantes se afirman y ratifican en el contenido de la reclamación. Insisten en la falta de atención y vigilancia de la paciente por parte de los servicios médicos, y que no se le administró tratamiento farmacológico alguno para tratar el ACV hasta el día 10 de marzo y señalan que “la demora en el diagnóstico y en el suministro de tratamiento farmacológico adecuado coadyuvaron a la ineficacia del mismo y al fallecimiento (el) día 13 de marzo de 2007”.

11. Con fecha 25 de agosto de 2008, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias formula propuesta de resolución en el sentido de desestimar la reclamación, pues la actuación de los médicos fue acorde con la *lex artis*.

12. Mediante escrito de 23 de septiembre de 2008, registrado de entrada el día 30 de septiembre de 2008, 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.

13. Con fecha 14 de enero de 2010, mediante escrito de la Presidencia del Consejo Consultivo, habida cuenta de las contradicciones apreciadas entre los documentos incorporados al expediente, cuya aclaración resultaba necesaria para la resolución del caso, se solicitó la emisión de nuevos informes sobre la asistencia prestada.

Con fecha 18 de enero de 2011, y en respuesta a dicha solicitud, V. E. remite informe complementario elaborado por la inspectora de prestaciones sanitarias quien, tras dar cuenta de la tramitación de la misma, transcribe y adjunta el informe de los neurólogos que trataron a la paciente, datado el 30 de noviembre de 2010. Según los mismos, “respecto a la contradicción expuesta

en relación a los síntomas y su fecha de inicio, queda claro que el inicio de los síntomas neurológico se produjo tras la intervención quirúrgica (la intervención se realizó el día 22 de febrero del 2007). Por tanto, la fuente de la contradicción es la hoja de interconsulta de Traumatología a Neurología (con fecha 26 de febrero 2007) donde se dice que 'desde hace aproximadamente 5 días', cuando en realidad no eran cinco, sino menos, los días que habían transcurrido desde el inicio de los síntomas neurológicos. La primera anotación médica en la historia clínica refiriendo clínica compatible con focalidad neurológica es del 25 de febrero del 2007 (18:30 horas)./ La segunda contradicción apreciada se refiere a la medicación administrada a la paciente. Desde Neurología se indicó el día 1 de marzo del 2007 que al alta precisaría tratamiento con antiagregación (principio activo recomendado Clopidogrel, utilizado para la Profilaxis Secundaria). En esta paciente la administración de Clopidogrel se indicó en órdenes médicas el día 9 de marzo, administrándose la primera dosis el 10 de marzo del 2007, coincidiendo con el alta en Traumatología y traslado a Neurología. Entre tanto se le administró Enoxaparina subcutánea".

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

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

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

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 el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 29 de febrero de 2008, habiendo tenido lugar el fallecimiento del que trae origen el día 13 de marzo de 2007, 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 informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

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 43.3, 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.- Los reclamantes interesan indemnización por el fallecimiento de quien fue su esposa y madre respectivamente, que atribuyen a la asistencia que se le dispensó en un hospital público.

Consta el fallecimiento de la pariente de los reclamantes en un hospital público el día 13 de marzo de 2007, por lo que podemos entender que estos han sufrido un daño moral, cuya evaluación económica realizaremos si concurren los requisitos para declarar la responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias.

También consta que el día 22 de febrero de 2007 se realizó a la hoy fallecida una artroplastia de rodilla y que durante su estancia en el hospital, tras dicha intervención, sufrió dos accidentes cerebro vasculares.

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

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por los reclamantes es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida. También hemos de señalar que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que ésta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

Los reclamantes refieren que al día siguiente de la intervención, la paciente presentaba confusión, dificultad para hablar y entender y torpeza de movimiento en el miembro superior derecho, y que estos síntomas fueron

empeorando hasta que perdió la visión de un ojo. Consideran que hubo una demora injustificada en el diagnóstico y tratamiento del ictus padecido por la paciente, y que esta fue la causa del fallecimiento. Reprochan, en concreto, que hasta el día 26 de febrero la paciente no fue vista por el Neurólogo, que nunca se le administró el medicamento que este especialista pautó el día 1 de marzo y que no se le realizó la ecografía de carótida ordenada el día 11 de marzo. También afirman que el tratamiento con heparina, Plavix y Manitol no estaba indicado para los repetidos ictus que se habían producido. Como prueba aportan los informes de alta en el Servicio de Traumatología y Neurología.

Por lo que se refiere a los síntomas de la paciente, es cierto que el informe de alta de Traumatología, de fecha 9 de marzo de 2007, señala “cuadro de disartria y torpeza motriz en MSD” de aparición inmediata a la intervención quirúrgica. En idéntico sentido, el informe de alta por exitus de Neurología, de fecha 27 de marzo de 2007, y referido al segundo día del posoperatorio, recoge la existencia de trastornos del lenguaje de características disártricas y torpeza manipulativa en MSD. Sin embargo, en la historia clínica (hojas de “Curso Clínico”, folios 200 a 204 del expediente remitido) no hay referencia a los síntomas que aducen los interesados -clínica compatible con focalidad neurológica- hasta el día 25 de febrero a las 18:30 horas, en concreto el déficit funcional de las extremidades superiores puesto de manifiesto por una de las hijas de la paciente.

En efecto, en el expediente consta que ese día 25 de febrero se realizó a la paciente una exploración neurológica preliminar porque “avisar para valoración de déficit funcional EESS según refiere la hija” (folio 200), y que se solicitó interconsulta al Servicio de Neurología. La paciente fue examinada por un Neurólogo al día siguiente, 26 de febrero, quien, tras referir como antecedentes “torpeza motora (...) que ha mejorado en los últimos días”, anota en la hoja de interconsulta (folio 108), que “actualmente sólo observo pérdida de destreza en mano D. (resto ilegible)”, sospecha “ACV” y solicitud de “TC cráneo”.

Por lo que se refiere a los tratamientos recibidos ante esta situación, sostienen los reclamantes que la recomendación de tratamiento antiagregante solo se estableció tras la realización del primer TAC. Sin embargo, según el informe aclaratorio del Servicio de Neurología, durante el tiempo en el que permaneció en el Servicio de Traumatología se le administró un tratamiento antitrombótico mediante “Enoxaparina subcutánea”, y a partir del día 12 de marzo -en el que se aprecia un empeoramiento en la planta de Neurología- se le administró Manitol, un tratamiento antiedema. Es cierto que en la hoja de interconsulta de Traumatología al Servicio de Neurología consta que el día 1 de marzo el neurólogo estableció un plan terapéutico consistente en revisión y tratamiento con Plavix, pero “al alta”. Así lo confirma el informe aclaratorio emitido el día 30 de noviembre de 2010. El alta se produce el día 9 de marzo, y a partir del día siguiente figura prescrito Iscover, que contiene el mismo principio activo que el Plavix pautado por el Neurólogo, por lo que no podemos apreciar, como los reclamantes aducen, que tal tratamiento nunca se le haya administrado.

Dado estos datos, el hecho de que la paciente fuera vista por primera vez por un neurólogo el día 26 de febrero de 2007 no prueba demora alguna en la asistencia prestada, puesto que la paciente estaba sometida a un tratamiento antitrombótico en la planta de Traumatología que no fue alterado por el Neurólogo. Además, el informe técnico de evaluación avala expresamente el tratamiento del accidente cerebrovascular, y lo considera adecuado, según los parámetros de la *lex artis*. A pesar de ello, lamentablemente, el accidente repitió y la paciente no pudo superarlo.

En el mismo sentido, los especialistas en Neurología que informan a instancia de la entidad aseguradora del Principado de Asturias, si bien aprecian una demora “no deseable” en la práctica de un TAC el día 1 de marzo, sostienen que “su realización más temprana no hubiera modificado la evolución de la paciente”, dado que sus resultados no “hubieran variado la actitud terapéutica”. También señalan que el tratamiento con “Plavix”, por tratarse de una prevención secundaria, no habría “modificado la evolución del primer

infarto cerebral” y, finalmente, que la confirmación, mediante ecografía carotídea, de una oclusión, tampoco habría podido evitar el segundo infarto, dado que “en fase aguda no se recomienda intervenir” este tipo de patologías “en pacientes neurológicamente inestables y con infartos territoriales no menores”.

En definitiva, a la vista de los informes técnicos obrantes en el expediente no podemos apreciar relación de causalidad entre la asistencia sanitaria que se dispensó a la paciente y su fallecimiento, debido a un accidente cerebro vascular que no pudo superar a pesar de que había sido tratada adecuadamente.

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.