

Expediente Núm. 127/2010
Dictamen Núm. 275/2011

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 27 de septiembre 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 21 de abril de 2010, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados del funcionamiento del servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 29 de julio de 2009, el reclamante, en nombre y representación de su esposa, de la que es tutor, presenta en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias (Sespa) un escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios sufridos por su cónyuge derivados de la asistencia prestada en la red sanitaria pública.

Inicia su escrito relatando que su esposa “venía sufriendo desde principios de julio del año 2007 importantes dolores de cabeza”, siendo diagnosticada de “migrañas”; dada la persistencia del dolor, se la remitió al Servicio de Urgencias del Hospital el día 16 de julio de 2007, donde ingresa

con un diagnóstico inicial de “meningitis linfocitaria (2º episodio)”, se le realiza un “TC que según los médicos era normal, sufriendo a las 24 horas (...) una crisis convulsiva (...), por lo que se le realizó un nuevo TC donde se apreció una trombosis venosa (...) con hemorragia subaracnoidea (...) quedando ingresada en la UVI”. El día 18 de julio de 2007 la examina el departamento de neurofisiología, que evidencia “signos de irritación encefálica”, y el día 19 del mismo mes se le realiza una resonancia magnética donde se aprecia una “hemorragia subaracnoidea difusa (...). Los facultativos del hospital deciden realizar una embolización parcial del saco aneurismático consiguiendo un cierre de un 50%”; el día 22 se le practicó una “craniectomía fronto-parieto-temporal izquierda, siendo reingresada en la UVI, donde presentó complicaciones diversas”; tras el alta hospitalaria el día 11 de febrero de 2008 es “trasladada por indicación de los propios facultativos” a un hospital especializado de otra Comunidad Autónoma, “lo que obliga al desplazamiento de toda la familia, teniendo que abandonar su hogar y su trabajo”. Con fecha 9 de abril de 2009 quedan definitivamente establecidas las secuelas.

Entiende el reclamante “que es claro el nexo causal entre las lesiones por las que se reclaman y el funcionamiento del servicio público encargado de la sanidad de la perjudicada”, dado que “tuvieron a la misma durante siete días sin remitirla a ningún centro hospitalario para la realización de algún tipo de prueba”, siendo a continuación “diagnosticada erróneamente de una meningitis linfocitaria” y, a pesar de los síntomas que presentaba, no fue “hasta tres días más tarde” cuando “se le realizó la prueba que acreditó la existencia del aneurisma con efectos ya totalmente irreversibles”. Considera que “el hecho de no haber practicado esta prueba con anterioridad (...) privó a la paciente de un diagnóstico adecuado”.

Solicita una indemnización de novecientos setenta y un mil trescientos catorce euros con diecinueve céntimos (971.314,19 €), según el siguiente desglose: 388 días de baja hospitalaria, a razón de 65,48 €; 244 días improductivos, a 53,20 €; en cuanto a las secuelas, considera que sumados simplemente los puntos de la tetraparesia, los pies equinos y la afasia se alcanzan los 100 puntos máximos, a 2.687,56 € por punto; 349.458,38 € por

tratarse de una gran inválida; 87.364,59 € por daños morales complementarios; 139.046,89 € por perjuicios morales a familiares y el 10% del índice corrector.

Al escrito acompaña una copia de los siguientes documentos: a) Sentencia de fecha 17 de septiembre de 2008, del Juzgado de 1ª Instancia Nº 8 de Oviedo por la que se le nombra tutor de su esposa. b) Informes médicos que forman parte de su historia clínica. c) Informe del hospital de Neurorehabilitación, con motivo del ingreso de la paciente el día 11 de febrero de 2008 y fecha de alta 1 de agosto del mismo año, en el que se refleja de manera pormenorizada el estado de la paciente en el momento del ingreso, las pruebas complementarias practicadas, la rehabilitación, el tratamiento realizado y su evolución. d) Informe del mismo hospital, de fecha 9 de abril de 2009, en el que tras “la realización de una valoración médica global”, se detallan las secuelas de la paciente. e) Resolución de la Directora Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social por la que se aprueba, con fecha 31 de marzo de 2008, la prestación de una pensión a la perjudicada por su situación de “incapacidad permanente en el grado de gran invalidez”. f) Informe de fecha 10 de junio de 2009 emitido por la Médica Psiquiatra Coordinadora de un Centro de Salud que refleja, respecto al esposo de la perjudicada, que “se sigue apreciando gran angustia con sentimientos de desmoralización, ante el afrontamiento de la complicada situación de enfermedad de su mujer./ No está en condiciones de reincorporarse al trabajo”.

2. Con fecha 12 de agosto de 2009, el Inspector de Prestaciones y Servicios Sanitarios solicita a la Gerencia del hospital informe, a la vista de la reclamación, del servicio implicado, en este caso el de Neurología.

3. Con fecha 14 de agosto de 2009, se notifica al interesado la recepción de su reclamación.

4. Con fecha 2 de septiembre de 2009, el Secretario General del hospital remite al Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios una copia de la historia clínica de la paciente.

En ella figuran, entre otros, los siguientes documentos: a) Hojas de curso clínico en las que, el día 16 de julio, se anota en el apartado observaciones que la paciente fue ingresada en diciembre de 2005 por meningitis linfocitaria, que tiene antecedentes de “cefalea frontal periorbitaria pulsátil de poca intensidad que cede con tto. analgésico (...), normalmente relacionado con la menstruación o/y el estrés (...), hace 1 semana de forma brusca cefalea explosiva temporal I, punzante, posteriormente irradiada a región frontal con fotofobia (...). Lo refiere como el peor dolor de cabeza de su vida”. b) Orden de ingreso urgente el día 16 de julio de 2007 con diagnóstico provisional de “meningitis”. c) Informe de alta del Servicio de Neurología, de fecha 11 de febrero de 2008, en el que consta que la paciente ingresó el día 16 de julio de 2007 “por un cuadro de cefalea frontal pulsátil, bilateral, que no mejoró con tratamiento antimigrañoso”, con “constantes vitales normales, sin signos focales neurológicos ni rigidez de nuca. Un TC de cráneo realizado a su ingreso dio resultados normales. Una punción lumbar dio un LCR con 210 hematíes/mm³, 43 células blancas/mm³ (92% L), glucorraquia 39 mg/dl, proteinorraquia 69 g/dl./ A las 24 horas de su ingreso de forma repentina presentó una crisis convulsiva (...), un TC cráneo repetido de urgencia demostró una hemorragia subaracnoidea fronto-parietal izquierda./ Un estudio de Resonancia Magnética cerebral y angio-RM cerebral realizada el 19-7-2007 demostró hemorragia subaracnoidea difusa”.

5. Con fecha 3 de noviembre de 2009, el Secretario General del hospital remite el informe, de fecha 30 de octubre de 2009, elaborado por el Servicio de Neurología. En él, el Jefe del Servicio realiza un resumen de la enfermedad de la paciente y su desarrollo, que en nada difiere de lo reflejado en el informe de alta. Añade que tras la “craneotomía descompresiva practicada el 22-7-2007 por Neurocirugía” y la posterior estancia de la enferma en la UCI, “la familia solicitó el traslado” a su Servicio. En la consulta del día 16 de noviembre de 2007 vio que la paciente presentaba “un gran daño cerebral sobrevenido, después de una prolongada estancia hospitalaria” y precisa que la “familia sufría un alto nivel de angustia”. Refiere que facilitó a los familiares el contacto con un

hospital especializado en técnicas de neurorehabilitación, “que a la vista del informe transmitido por fax aceptó el ingreso para terapia de la paciente y de su entorno familiar”.

6. Con fecha 16 de noviembre de 2009, el Inspector de Prestaciones Sanitarias suscribe el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él, indica que “el grave deterioro que sufre la paciente es debido a un cuadro que en un principio puede obedecer a múltiples causas y que en una primera exploración, a falta de una sintomatología definida y de datos exploratorios relevantes, requiere un manejo inicial con fármacos analgésicos. Cuando después de un tiempo prudencial estos se revelaron ineficaces, la paciente fue derivada a un centro sanitario, donde los primeros estudios realizados tampoco fueron concluyentes apuntando hacia un diagnóstico que no sería el definitivo, el cual no se obtendría sino hasta después del empeoramiento clínico de la enferma cuando otros estudios realizados lo pusieron en evidencia (...). Un diagnóstico y tratamiento más precoz probablemente hubiera entrañado un menor daño cerebral y un mejor pronóstico, pero la hemorragia subaracnoidea por la inespecificidad de su clínica es una entidad cuyo diagnóstico inicial puede verse dificultado al quedar enmascarado por muchas otras posibles entidades clínicas mucho más habituales”.

Finalmente, afirma que “la asistencia sanitaria de la perjudicada ha sido correcta, conforme a los parámetros de la lex artis, y que la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias ha asumido íntegramente los gastos derivados de la asistencia de la paciente fuera de la región”.

7. Con fecha 23 de noviembre de 2009, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios (en adelante Servicio instructor) remite una copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y una del expediente a la correeduría de seguros.

8. El día 14 de enero de 2010, emite dictamen una asesoría privada, suscrito colegiadamente por dos especialistas en Neurología. Refieren los especialistas que la paciente sufrió una hemorragia subaracnoidea (HSA) por rotura de “un aneurisma cerebral (...), enfermedad neurológica grave que conlleva una gran morbilidad y mortalidad”; indican que es “probable que la HSA responsable de las secuelas, fuera un resangrado de un primer episodio (hemorragia centinela) ocurrida una semana antes, por lo que consultó a su médico de cabecera (...), este tipo de HSA con hemorragia centinela previa comportan una gran dificultad diagnóstica por la inespecificidad de los síntomas y más aún en este caso, en el que coexistían los antecedentes de cefaleas migrañosas frecuentes con la ausencia de alteraciones en la exploración general y neurológica”. Finalizan afirmando que al producirse el “deterioro neurológico (resangrado), se actuó con rapidez y diligencia, indicándose las exploraciones complementarias adecuadas (...). De igual forma se obró con rapidez y diligencia en el tratamiento aplicado, no pudiéndose achacar a una supuesta demora operativa la evolución desfavorable de la paciente, únicamente achacable a la gravedad de la enfermedad y sus complicaciones”.

Concluyen que “la actuación diagnóstica y terapéutica de los profesionales que le atendieron fue en todo momento correcta y ajustada a las normas y recomendaciones de buena práctica clínica”.

9. El día 12 de marzo de 2010, el Jefe del Servicio instructor notifica al reclamante la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente.

10. El día 15 de marzo de 2010, según diligencia extendida al efecto, el interesado se persona en las dependencias administrativas y retira una copia completa del expediente administrativo.

11. Con fecha 25 de marzo de 2010, el reclamante presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones dirigido al Servicio instructor en el que afirma que “ninguno de los informes periciales

presentados de contrario descartan la responsabilidad médica del presente caso con las importantes secuelas producidas de por vida a la lesionada y a su familia". Aporta un informe médico pericial "como prueba para hacer valer su derecho".

En este informe, de fecha 10 de marzo de 2010, el perito que lo suscribe realiza un exhaustivo resumen de los hechos y un breve análisis de las cefaleas y de las hemorragias subaracnoideas. A continuación, en el apartado "nexo de causalidad", valora cinco criterios médicos a fin de determinar si "se han seguido el conjunto de normas de actuación de la forma más ortodoxa".

Por último, concluye que "existe nexo de causalidad cierto, directo y total" entre la asistencia recibida por la perjudicada en el hospital "durante su control, en urgencias y su posterior ingreso hospitalario (...), la falta de diagnóstico precoz de una HSA a pesar de los numerosos datos que hacían claro ese diagnóstico y, la aparición de las graves lesiones cerebrales que presentó con las secuelas que persisten en la actualidad, al no haberse detectado la presencia del aneurisma de forma rápida y no haber podido efectuar el tratamiento adecuado en estos casos, al haberse incumplido los criterios de atención diligencia, pericia, cautela asistencial y prudencia exigibles".

12. Con fecha 29 de marzo de 2010, el Jefe del Servicio instructor elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, basándose en idénticos argumentos a los señalados en el informe técnico de evaluación y el dictamen médico realizado a instancias de la compañía aseguradora.

13. En este estado de tramitación, mediante escrito de 21 de abril de 2010, registrado de entrada el día 27 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.

14. Con fecha 7 de junio de 2011, mediante escrito de la Presidencia del Consejo Consultivo, habida cuenta de las contradicciones existentes entre los distintos informes técnicos en relación con el período de estudio inicial de la paciente -del 9 al 19 de julio de 2007-, se solicita, como diligencia para mejor proveer, la aportación de un informe detallado sobre “si las pruebas realizadas, en el período comprendido entre el 9 y el 19 de julio de 2007 son las indicadas en función de los antecedentes -migrañas, meningitis linfocitaria- y los signos y síntomas que presentaba la paciente, en aquel momento. Si el resultado de la punción lumbar -210 glóbulos rojos por mm^3 - es o no concluyente de la existencia de una hemorragia subaracnoidea y si ante la presencia de los mismos en el líquido cefalorraquídeo es necesario determinar si es consecuencia de una punción traumática. Si ante la presencia de una hemorragia subaracnoidea, ha de hacerse inmediatamente o no una angiografía cerebral, y si la espera de 72 horas en la realización de la misma y por tanto en la oclusión del aneurisma, es la responsable de las complicaciones surgidas”. Además, se solicita “la remisión de una copia de los protocolos vigentes en aquellas fechas sobre cada una de las cuestiones planteadas”.

Mediante escrito de 30 de agosto de 2011, V. E. remite “la documentación solicitada”, adjuntando un informe de un Facultativo Especialista del Área de Neurología del Hospital, de fecha 21 de julio de 2011, sobre las cuestiones planteadas, en el que se informa que “no existían protocolos vigentes sobre la actuación en pacientes con sospecha de hemorragia subaracnoidea en aquellas fechas” en dicho hospital y adjunta las “recomendaciones propuestas por un grupo de trabajo de patología vascular de la Sociedad Española de Neurocirugía publicado en Neurocirugía del año 2000, siendo la actualización realizada a esta guía del año 2011”. También se remite copia del escrito dirigido al Tribunal Superior de Justicia de Asturias, de fecha 13 de julio de 2010, referente a la interposición de un recurso contencioso-administrativo por silencio administrativo y un Oficio de fecha 30 de julio de 2010 mediante el cual la Sala de lo Contencioso-administrativo solicita a la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios la remisión del expediente administrativo.

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), y habiendo sufrido la paciente un deterioro cognitivo que la incapacita, está legitimado para actuar en su representación el reclamante, esposo y tutor de la enferma a tenor de la sentencia que obra en el expediente.

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 29 de julio de 2009, habiendo tenido lugar el alta del centro de neurorehabilitación sito de otra Comunidad Autónoma, al que fue remitida la paciente por la red sanitaria pública asturiana, el día 9 de abril de 2009,

momento en el que se detallan las secuelas que padece la paciente, 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, 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.

Por último, puesto que de la documentación obrante en el expediente se deduce la pendencia de recurso contencioso-administrativo sin que conste formalmente que dicho procedimiento haya finalizado, deberá acreditarse tal extremo con carácter previo a la adopción de la resolución que se estime procedente, dado que en ese caso habría de acatarse el pronunciamiento judicial. Observación esta que tiene la consideración de esencial a efectos de lo dispuesto en el artículo 3.6 de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21

de octubre, y en el artículo 6.2 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo del Principado de Asturias.

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.- Funda el reclamante su pretensión indemnizatoria en el estado de tetraplejia en el que se encuentra la perjudicada a consecuencia de lo que considera un error diagnóstico y una falta de diligencia en la realización de las pruebas adecuadas por parte del centro hospitalario de la red pública asturiana donde fue atendida.

Consta en el expediente acreditado que la paciente tiene “un importante deterioro cognitivo (...) con secuela de tetraparesia con espasticidad de miembros izquierdos, afasia y bajo nivel de conciencia”, que se le ha reconocido un grado de “minusvalía del 95%” por lo que se le ha declarado “gran inválida”, así como los tratamientos farmacológicos y las pruebas a los que ha sido sometida, por lo que debemos considerar acreditado que ha sufrido un daño efectivo cuya evaluación más precisa realizaremos si concurren los presupuestos para la declaración de responsabilidad de la Administración.

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

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 -aunque no siempre pueda garantizarse que este sea exacto- en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que la paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho no a un concreto resultado, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que el defectuoso diagnóstico ni el error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes en función del carácter especializado o no de la atención sanitaria prestada y que se actuó con

la debida prontitud. Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña *per se* una vulneración de la *lex artis*.

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 esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

El reclamante imputa a la Administración un retraso en "la atención primaria" pero centra su reclamación en el hecho de que tras ser atendida la paciente el día 16 de julio de 2007, en el Servicio de Urgencias del Hospital es "diagnosticada erróneamente de una meningitis linfocitaria" y que hasta el 19 de julio "no se le realizó la prueba que acreditó la existencia del aneurisma" con "efectos ya totalmente irreversibles". Basa sus argumentos en un informe médico-pericial en el que se detalla que, cuando acude la interesada al centro hospitalario, le "solicitan dos pruebas típicas para descartar una HSA (hemorragia subaracnoidea)", que son "un TAC y una punción lumbar", pero "no se analizan adecuadamente los resultados", pues en "la punción lumbar (...) aparecen (...) 210 hematíes/mm³", a lo que no se le da "la menor importancia", a pesar de que "nunca puede haber hematíes en el LCR"; a continuación, señala que "no se hace nada" y "vuelve a producirse una HSA mayor (resangrado), que a su vez provoca (...) el vasoespasmo, lo que unido al resangrado" genera un "cuadro neurológico severísimo", de manera que al no tomar "las medidas oportunas en los casos de HSA" se produjeron "dos de las complicaciones más frecuentes y graves de estos enfermos: un resangrado y un vasoespasmo". Señala, por último, que se "esperaron más de 72 horas" para realizar la angiografía cerebral -día 19- y con ella se dilató el tratamiento del aneurisma, a pesar de que desde el día 17 se obtuvo "el diagnóstico de HSA", afirmando que partir de ese momento "las actuaciones realizadas" en el Hospital "fueron las correctas". Sin embargo, "la gravedad del resangrado y del vasoespasmo, influidos negativamente por los retrasos", provocaron "un infarto hemisférico izquierdo y un edema cerebral masivo".

No es posible compartir estos argumentos. En efecto, respecto a la imputación de la existencia de error en el diagnóstico inicial, todos los informes médicos incorporados al expediente, incluido el presentado por el reclamante, concluyen que los profesionales de la sanidad pública sospecharon, desde el momento que la paciente acude al Servicio de Urgencias del Hospital, la posibilidad de que se tratase de una HSA y que se realizaron las pruebas adecuadas para descartar la misma, pero, a diferencia de lo afirmado por el reclamante -error diagnóstico-, todos los demás informes señalan que la primera valoración fue ajustada a los resultados obtenidos, pues como se recoge en el informe del Servicio de Neurología la paciente “tenía un TC craneal de urgencia normal y alteraciones en el LCR no determinantes de una única etiología”. En el mismo sentido, el informe de los dos especialistas en Neurología señala que “se obtuvo LCR de características no específicas de HSA”, y aunque presentaba “210 glóbulos rojos por mm³”, ello “no debe llevar obligatoriamente al diagnóstico de hemorragia subaracnoidea; además el LCR obtenido tenía un elevado número de leucocitos (pleocitosis), lo que traduciría un componente inflamatorio o infeccioso que no es frecuente en la HSA”, afirmaciones que se asumen en el informe de un Facultativo Especialista del Área de Neurología del Hospital cuando señala que “no se apreciaban datos de sangrado intracraneal en la TC craneal realizada” y precisa que el “estudio del LCR tras punción lumbar (...) no es concluyente de hemorragia subaracnoidea, puesto que la proporción que se establece entre eritrocitos y leucocitos (...) no corresponde a la proporción que se encontraba en sangre periférica de la paciente (...), añadido la ausencia de determinación de xantocromía en la muestra de LCR”.

Con respecto a la imputación de la falta de la realización de las pruebas necesarias para conocer la lesión que padecía hasta el día 19 de julio, una prudente valoración de la documentación incorporada al expediente nos indica que a la paciente se le realizaron nuevas pruebas ajustadas a la evolución de su patología. En efecto, el informe del Servicio de Neurología señala que al día siguiente del ingreso -17 de julio-, cuando “presentó de forma repentina una descomposición neurológica con crisis convulsiva y estado confusional”, se

repitió de urgencia el TC que “mostró una hemorragia subaracnoidea” que se “atribuyó a trombosis venosa”, por lo que fue ingresada en la UCI, y que su empeoramiento clínico “motivó un estudio de RM cerebral y Angio-RM el 19-7-2007”, que “demostró una hemorragia subaracnoidea difusa y un aneurisma cerebral”. Esta afirmación se asume en el informe técnico de evaluación y en el que emiten los especialistas que informan a instancia de la compañía aseguradora. En relación con todo ello, el informe complementario solicitado a instancia de este Consejo, suscrito por un Facultativo Especialista del Área de Neurología del Hospital, indica que “ante un cuadro clínico muy sugestivo de hemorragia subaracnoidea ha de realizarse estudio angiográfico en el menor tiempo posible” con el fin de “realizar un diagnóstico de un aneurisma intracraneal como origen del sangrado”, si bien, en “el caso de la paciente, el diagnóstico de hemorragia subaracnoidea por ruptura de aneurisma intracraneal era un diagnóstico secundario dados los datos equívocos de punción lumbar y el resultado de las TCs craneales realizadas los días 17 y 19”.

Por último, se imputa a “la gravedad del resangrado y del vasoespasmo, influidos negativamente por los retrasos” tanto el “infarto hemisférico izquierdo” como el “edema cerebral masivo” que sufrió la paciente. Por lo que respecta a las citadas complicaciones neurológicas, hemos de indicar que todos los informes que obran en el expediente, aunque reconocen la magnitud con la que se desarrollaron las mismas, las asocian a la existencia de una hemorragia subaracnoidea.

Así, el informe aportado por el reclamante señala al respecto que son “dos de las complicaciones más frecuentes y graves de estos enfermos”. En el informe del Servicio de Neurología se detalla que en el curso evolutivo -después de la embolización del aneurisma- se produjeron “una serie de complicaciones muy graves: vasoespasmo severos”; en el mismo sentido, el informe técnico de evaluación señala que “el sangrado se vio complicado con un vasoespasmo muy severo”, añadiendo que, durante su estancia en la UVI, la paciente “sufrió múltiples complicaciones de diversa índole que fueron resueltas satisfactoriamente, logrando salvar(le) la vida”. Por su parte, el informe de los dos especialistas en Neurología, emitido a instancia de la compañía

aseguradora, afirma que, “con toda seguridad, el directo responsable de la situación actual (...) fue el intenso vasoespasmó y el extenso infarto cerebral que produjo” como “complicación neurológica grave más frecuente de las hemorragias subaracnoideas”; de ello concluyen que las citadas complicaciones no sólo se produjeron antes de la embolización del aneurisma, sino también posteriormente, en la fase en la que en el informe aportado por el reclamante se reconoce que “las actuaciones realizadas” en el Hospital “fueron las correctas”.

En definitiva, por lo que se refiere a la existencia de un retraso en el diagnóstico definitivo y, consecuentemente, de un retraso asistencial, resultan coincidentes en varias de sus apreciaciones el informe privado que acompaña el reclamante y el informe técnico de evaluación que realiza la Administración, al considerar este último que, “evidentemente, un diagnóstico y tratamiento más precoz probablemente hubiera entrañado un menor daño cerebral y un mejor diagnóstico”. También señala este mismo informe que la “actuación de los profesionales (...) que han intervenido (...) de acuerdo con los datos clínicos disponibles en cada momento, pusieron todos los medios precisos para llegar a su diagnóstico y tratamiento”, y que “la hemorragia subaracnoidea por la inespecificidad de su clínica es una entidad cuyo diagnóstico inicial puede verse dificultado al quedar enmascarado por muchas otras posibles entidades clínicas mucho más habituales”, añadiendo que se trata de una enfermedad con una “elevada mortalidad” y “un porcentaje muy alto de secuelas neurológicas severas”.

En suma, este Consejo entiende, a la luz de los hechos acreditados documentalmente, de los informes emitidos en el curso del procedimiento y de la documentación solicitada para mejor proveer, que no ha quedado demostrada una mala práctica médica del servicio público sanitario en forma de diagnóstico erróneo o tardío al que pudieran ser imputables las secuelas neurológicas que sufre la perjudicada o que pudiera haber influido en el curso de la enfermedad. La documentación que obra en el expediente pone de manifiesto que no se efectuó ningún diagnóstico erróneo, ya que los que en cada momento se realizaron se correspondían con los resultados de las pruebas

practicadas y con los síntomas que la enferma presentaba. Desde la aparición del empeoramiento clínico y la verificación del grave diagnóstico, se produce una rápida y adversa evolución del proceso que conduce al deterioro que sufre la paciente, todo ello en un breve lapso de tiempo, durante el cual la actuación de los diferentes profesionales sanitarios que asistieron a la perjudicada se ajustó a la *lex artis ad hoc*, como se destaca en todos los informes técnicos obrantes en el expediente.

Por tanto, no cabe estimar la responsabilidad patrimonial que se pretende, al no concurrir nexo causal entre las graves secuelas cerebrales que padece la interesada y el servicio público sanitario, lo que nos exime de realizar cualquier otra consideración acerca de la cuantía indemnizatoria demandada.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, una vez atendida la observación esencial contenida en el cuerpo de este dictamen, 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.