

Expediente Núm. 218/2012  
Dictamen Núm. 325/2012

**V O C A L E S :**

*Fernández Pérez, Bernardo,*  
Presidente  
*García Gutiérrez, José María*  
*Zapico del Fueyo, Rosa María*  
*Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis*  
*Fernández Noval, Fernando Ramón*

Secretario General:  
*García Gallo, José Manuel*

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 15 de noviembre de 2012, con asistencia de los señores y la señora que al margen se expresan, emitió el siguiente acuerdo:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 2 de agosto de 2012, 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 2011, un letrado que actúa en representación de la interesada presenta, en un registro de la Administración de la Comunidad de Madrid, una reclamación de responsabilidad patrimonial dirigida a la Consejería de Salud del Principado de Asturias, por los daños y perjuicios derivados de la, a su juicio, deficiente asistencia prestada por el servicio público sanitario.

Refiere que “acudió a su ambulatorio el día 12 de agosto de 2010 al tener la tensión elevada”, prescribiéndosele tratamiento; al persistir elevadas

sus cifras tensionales, fue derivada al Servicio de Urgencias hospitalario, "siendo alta ese mismo día con los diagnósticos de HTA y crisis HTA". El 22 de agosto acude de urgencias al sufrir "un dolor fortísimo (...) acompañado de vómitos de repetición, mareos" siendo dada de alta con diagnóstico de "cefalea tensiva/migraña". Vuelve a ingresar por "mal estado general" y, "tras realizarle una simple radiografía cervical le vuelven a dar de alta con el diagnóstico de cefalea tensional".

El día 28 de agosto acude de nuevo ante el "deterioro" de su estado de salud, realizándosele un TAC craneal con la sospecha de "pequeña hemorragia subaracnoidea", siendo trasladada "la madrugada del domingo" al hospital central e ingresada en Neurología. Al día siguiente, "al levantarse de la cama (...) se desvanece", por lo que se le realiza un angioTAC en el que le detectan "aumento de la hemorragia subaracnoidea", siendo intervenida esa misma mañana por Neurocirugía, efectuándosele una "embolización del complejo aneurismático".

Como consecuencia de este proceso, añade, "con fecha 4 de abril de 2011 le ha sido reconocida una discapacidad del 79%, además de un reconocimiento de ayuda de 3ª persona" y, el 24 de junio del mismo año, "una situación de dependencia grado 2 nivel 1".

Considera que hubo un retardo diagnóstico injustificado, que no se le realizaron las pruebas oportunas y que "sufrió un resangrado con posterior desvanecimiento achacable a la actitud pasiva" del servicio sanitario "durante todo el domingo", al que anuda "las fatales consecuencias neurológicas". Solicita una indemnización cuyo importe "se determinará en fase procesal posterior toda vez que prosigue con la rehabilitación".

Como medios de prueba, solicita la incorporación al expediente de la historia clínica y del "protocolo médico utilizado por los Servicios de Urgencias del hospital (...) sobre dolor de cabeza intenso y hemorragia subaracnoidea".

Acompaña a su reclamación copias del poder del letrado y de los informes médicos y de los servicios sociales a los que alude en su escrito.

**2.** Con fecha 28 de diciembre de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios notifica al reclamante la fecha de entrada de su reclamación en la Administración del Principado de Asturias (3 de agosto de 2011), las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa. Al propio tiempo, la requiere para que cuantifique el daño o indique de las causas que motivan “la imposibilidad de realizarla”.

**3.** Se incorporan al expediente, remitidos por los centros hospitalarios que atendieron a la paciente, copias de su historial clínico y de los informes librados por los servicios a los que se imputa el daño.

En el emitido por el Jefe de la Unidad de Urgencias que atendió a la paciente en sus tres primeras consultas se reseña que, en las dos primeras, a la vista de “la historia clínica, exploración física y estudios complementarios que se estimaron pertinentes, la cefalea fue etiquetada como cefalea tensional o de tipo migrañoso, pautando, en la segunda visita, tratamiento antiinflamatorio y relajante muscular. Fue en la tercera (...) cuando ante la persistencia del cuadro se reevalúa la situación realizando un TAC craneal”. Se añade que “con relación al protocolo o guía clínica que utiliza el Servicio de Urgencias para los casos de cefalea/hemorragia subaracnoidea (...) el mayoritariamente seguido por los profesionales de este Servicio es la Guía Diagnóstica y Protocolo de Actuación en Medicina de Urgencias y Emergencias de L. Jiménez Murillo y F. J. Montero Pérez”.

En el informe librado por el Jefe del Servicio de Neurocirugía se expone que, a su ingreso en este servicio, la paciente presentaba cefalea intensa y signos meníngeos, sin déficits focales; sufrió un cuadro de desvanecimiento sin pérdida de conciencia, por lo que se hizo un angioTAC que mostró un aneurisma complejo. Se razona que “la mayoría de las hemorragias subaracnoideas espontáneas son secundarias a la rotura de un aneurisma cerebral (...). En ocasiones existe lo que en la práctica clínica se denomina ‘cefalea centinela’, que es un cuadro más insidioso y que ‘anuncia’ la posible

hemorragia posterior". Se reseña, finalmente, que en el centro hospitalario "no existe la posibilidad de realizar un estudio arteriográfico cerebral ni tratamiento endovascular los fines de semana ni los festivos, ya que no existe guardia de Neurorradiología intervencionista./ En cuanto a la actuación del Servicio de Neurocirugía (...) fue la adecuada y la que se viene realizando en pacientes con este mismo cuadro clínico".

El informe rubricado por el responsable del Área de Neurociencias del mismo centro hospitalario rapara en que la reclamante ingresa "en la madrugada del día 29 de agosto (domingo). Fue evaluada inmediatamente (2 de la mañana) por el Servicio de Neurocirugía. No es cierto que no se le practicara ese día prueba alguna (...), se llevó a cabo una analítica completa y se programó a la paciente para estudios endovasculares al día siguiente. Efectivamente, la madrugada del día 30 de agosto sufrió un resangrado de su malformación vascular. A pesar de ser estudiada y tratada endovascularmente ese mismo día la paciente quedó con importantes secuelas neorológicas./ Desde el punto de vista de la actuación de nuestro hospital, esta se llevó a cabo con la máxima celeridad posible. En ningún centro del sistema nacional de salud se llevan a cabo procedimientos angiográficos ni tratamientos endovasculares de urgencia. Es este un tratamiento que requiere un equipo multidisciplinar, que por su complejidad no puede estar operativo a tiempo completo. En la Cartera de Servicios del Servicio de Radiología (...) no figuran como estudios urgentes los estudios angiográficos (angioTC o angiografía) necesarios para valorar el posible tratamiento (endovascular o quirúrgico) de la hemorragia subaracnoidea, aunque sin excepción se tratan estos pacientes dentro de las primeras 24-48 horas del diagnóstico y así sucedió en este caso".

**4.** Con fecha 5 de octubre de 2011, la interesada presenta escrito manifestando que "no se puede evaluar el daño (...), no encontrándose estabilizadas las secuelas padecidas".

**5.** El día 26 de octubre de 2011, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En el mismo se reseña que “cuando la reclamante acudió las dos primeras veces al Servicio de Urgencias (...) lo hizo por cefalea, sin referir otra clínica significativa asociada. Ante la normalidad de la exploración física y de los estudios complementarios realizados el cuadro fue etiquetado de cefalea tensional, recibiendo el tratamiento medicamentoso indicado para esta entidad. Solo cuando por tercera vez acudió días después a Urgencias con la misma clínica (sin focalidad neurológica y con fuerza, tono y sensibilidad simétricos y conservados) se replanteó la situación decidiendo efectuar un TAC craneal, que mostró una imagen compatible con hemorragia subaracnoidea, optándose por su traslado (...). La reclamante ingresó en el Servicio de Neurocirugía (...). Presentaba cefalea intensa y signos meníngeos, sin déficits focales; sufrió un cuadro de desvanecimiento sin pérdida de conciencia, por lo que se hizo un angioTAC que mostró un aneurisma complejo (...). Al día siguiente una arteriografía cerebral confirmó el aneurisma, procediéndose a su embolización”. Se concluye que la asistencia fue correcta pues, en sus dos primeras visitas, “ante la presencia de una cefalea con las características referidas por la paciente, sin otra sintomatología acompañante y sin signos de focalidad neurológica, la primera y más lógica posibilidad diagnóstica era precisamente la de cefalea tensional, por lo que, a la vista de la clínica referida y de los hallazgos exploratorios, estaba justificado no hacer ningún otro estudio o prueba complementaria, que sí se efectuó posteriormente cuando ante la persistencia de la cefalea los facultativos se replantearon el caso (...). La pauta de tratamiento al ingreso de la paciente (en Neurocirugía) es la habitual en este tipo de patología y consistió en reposo en cama, tratamiento con antihipertensivos para el control de la tensión arterial, y solicitud de AngioTAC para confirmar el diagnóstico. No hubo pues una actitud pasiva (...) sino una actitud expectante. (...). La evolución del proceso se vio condicionada por la aparición de severas complicaciones, inherentes a la entidad clínica padecida muy difíciles de prever y evitar”.

**6.** Mediante escritos de 7 de noviembre de 2011, se remite copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente completo a la correduría de seguros.

**7.** Con fecha 19 de diciembre de 2011, emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por un especialista en neurología. En él se recoge que la paciente “sufrió una hemorragia subaracnoidea por rotura espontánea de un aneurisma cerebral”; “el comienzo del episodio debe centrarse en los días 22 y 23 de agosto”. Aprecia que la afectada “consultó, entonces, por cefalea no asociada a signos de alarma, con una exploración general u neurológica normal, en una paciente con una larga historia de cefaleas mixtas (migrañosas y tensionales) de características similares a las referidas en ese momento. Por ese motivo se decide no realizar prueba de imagen y darle de alta con un tratamiento sintomático”. Se apunta que “es probable que este primer episodio de cefalea fuera debido al (...) ‘sangrado centinela’ que suele reconocerse a posteriori en la historia clínica de un 10-15% de estos pacientes y que supone una gran dificultad diagnóstica”. Se añade que ante la “persistencia de la cefalea (...) con buen criterio (...) se solicita una TAC cerebral” y, ya en Neurocirugía, “sufre un episodio de resangrado que obliga a precipitar el protocolo de actuación habitual”. Se razona que “el diagnóstico más precoz (...) aunque de gran dificultad (...) pudiera hipotéticamente haber evitado el resangrado, al permitir un proceso de embolización del aneurisma más precoz, pero en ningún modo habría evitado el vasoespasmó y sus consecuencias (infarto cerebral) que son las que han producido las secuelas que actualmente la paciente sufre”. Se concluye que dichas secuelas “se deben fundamentalmente al desarrollo de vasoespasmó arterial que originó el infarto cerebral extenso”, y que “no existió retraso en el diagnóstico de la hemorragia subaracnoidea sino imposibilidad de alcanzar el mismo antes, dado lo inespecífico de la clínica en una paciente con una larga historia de cefaleas de características similares”.

**8.** Evacuado el trámite de audiencia -y notificado a la aseguradora de la Administración un oficio que da cuenta del transcurso del plazo sin haberse presentado alegaciones, y a la interesada otro en el que se le advierte de la caducidad del procedimiento transcurridos tres meses si se produce “su paralización” a ella imputable por no “cuantificar la indemnización” solicitada-, la reclamante presenta nuevo escrito, el 28 de junio de 2012, refiriendo que no es posible aún evaluar el perjuicio, si bien se valora “de forma provisional (...) en un millón de euros (1.000.000 €)”. Adjunta las facturas “reunidas hasta el mes de mayo de 2012”.

**9.** Con fecha 19 de julio de 2012, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario del Servicio de Inspección de Prestaciones, Centros y Servicios Sanitarios, elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, asumiendo las conclusiones de los informes técnicos obrantes en el expediente.

**10.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 2 de agosto de 2012, registrado de entrada el día 7 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 Sanidad, 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, pudiendo actuar por medio de representante con poder bastante al efecto.

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 2011, habiendo tenido lugar los hechos por los que se deduce (la asistencia prestada tras acudir la paciente "a su ambulatorio (...) al tener la tensión elevada") en el mes de agosto del año anterior, por lo que es claro que ha sido interpuesta en el plazo de un año legalmente establecido.

**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.

Se advierte una irregularidad en el oficio por el que se advierte a la interesada de la caducidad del procedimiento transcurridos tres meses si se produce "su paralización" a ella imputable por no "cuantificar la indemnización", toda vez que tal valoración del daño pudiera no ser posible en el momento en que se la requiere, y el efecto del requerimiento desatendido, en caso de ser el daño cuantificable, sería el de tenerla por desistida de su reclamación, y no el de la caducidad.

En relación a la solicitud de parte de que se incorpore al expediente, como medio de prueba, el "protocolo médico utilizado por los Servicios de Urgencias del Hospital (...) sobre dolor de cabeza intenso y hemorragia subaracnoidea", hemos de observar que tal petición se cumplimenta suficientemente con la inclusión en los informes emitidos de la referencia a la guía utilizada, que ha de considerarse de acceso público o general, si bien debe reflejarse formalmente que la prueba planteada por el interesado se considera atendida adecuadamente con la indicada referencia.

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.-** Imputa la reclamante a la Administración sanitaria el daño derivado del retardo diagnóstico ante una hemorragia subaracnoidea y del posterior “resangrado”, que achaca a “a la actitud pasiva” del servicio sanitario “durante todo el domingo”.

No habiendo duda del daño por el que se reclama -el cerebral, por el que se le reconoce una situación de discapacidad y dependencia, abstracción hecha de su valoración, que no se justifica en el expediente-, la interesada basa su argumentación en la existencia de un nexo causal entre el actuar de la Administración sanitaria y el daño acaecido.

A la vista de lo actuado, hemos de comenzar por el análisis de la relación fáctica de causalidad entre el daño cerebral sufrido y la invocada mala praxis, a la que la reclamante anuda la secuela cuyo resarcimiento se pretende.

Al respecto, falta en las actuaciones cualquier soporte probatorio que permita sostener que el efecto lesivo del infarto cerebral se hubiera evitado o aminorado con un diagnóstico certero de sus primeros síntomas. Por contra, obra en el expediente un dictamen médico, elaborado por un especialista en neurología a instancias de la aseguradora de la Administración, en el que se aprecia que “el diagnóstico más precoz (...) pudiera hipotéticamente haber evitado el resangrado, al permitir un proceso de embolización del aneurisma más precoz, pero en ningún modo habría evitado el vasoespasmó y sus consecuencias (infarto cerebral) que son las que han producido las secuelas que actualmente la paciente sufre”. En este informe técnico se concluye, sin que el actor aporte elemento o argumento alguno de contrario, que los daños

“se deben fundamentalmente al desarrollo del vasoespasma arterial que originó el infarto cerebral extenso”. En suma, constando un criterio pericial indicativo de que las lesiones cuyo resarcimiento se persigue son -en sustancia- efecto de una dolencia ya presente en la reclamante al tiempo de su primera consulta, sin que esta alcance a deslindar o precisar, siquiera mediante meras alegaciones, la incidencia del retardo diagnóstico en el resultado dañoso, ha de concluirse que quiebra el engarce fáctico entre el daño y la atención hospitalaria dispensada, lo que es ya suficiente para rechazar la pretensión resarcitoria que aquí se ventila.

Por otro lado, aunque se admitiera un origen -o agravamiento- del daño a resultas de la asistencia dispensada, hemos de recordar que el servicio público sanitario debe procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, 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 que se obtengan los resultados concretos pretendidos.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado 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. Y tal

criterio opera no sólo en la fase de tratamiento dispensado a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se vincula, 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- de los síntomas manifestados. Es decir, que la 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.

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*.

En el procedimiento sometido a nuestro análisis, la reclamante imputa a la Administración sanitaria una excesiva tardanza en la detección del aneurisma que sufría, junto a una posterior "actitud pasiva", con ocasión de su ingreso hospitalario en día feriado. Sin embargo, nada aporta como soporte probatorio de sus meras alegaciones, sin que lo actuado permita tampoco apreciar la pretendida negligencia profesional.

En efecto, todos los informes incorporados al expediente por la Administración y su aseguradora concluyen que no se aprecia mala praxis, habiéndose acudido a los medios diagnósticos y terapéuticos que la situación de la paciente demandaba en cada momento. Así, en el informe técnico de evaluación se concluye que la asistencia fue correcta pues, en las dos primeras consultas, "ante la presencia de una cefalea con las características referidas por la paciente, sin otra sintomatología acompañante y sin signos de focalidad neurológica, la primera y más lógica posibilidad diagnóstica era precisamente la de cefalea tensional, por lo que, a la vista de la clínica referida y de los hallazgos exploratorios, estaba justificado no hacer ningún otro estudio o

prueba complementaria”, añadiéndose que tampoco se aprecia con posterioridad “una actitud pasiva (...) sino una actitud expectante”, siendo la “pauta de tratamiento al ingreso de la paciente (...) la habitual en este tipo de patología”, que cursó con “severas complicaciones (...) muy difíciles de prever y evitar”. Igualmente, en el dictamen médico suscrito por un especialista, traído por la aseguradora, se razona que “no existió retraso en el diagnóstico de la hemorragia subaracnoidea sino imposibilidad de alcanzar el mismo antes, dado lo inespecífico de la clínica en una paciente con una larga historia de cefaleas de características similares”. Y, tanto en este como en el informe emitido por el Jefe del Servicio de Neurocirugía se apunta a una “cefalea centinela”, que cursa larvadamente e implica “una gran dificultad diagnóstica”.

En cuanto a la atención dispensada a la paciente “durante todo el domingo” en que permanece ingresada tras la sospecha de aneurisma, en el informe técnico de evaluación se aprecia que el tratamiento fue el “habitual en este tipo de patología”, reiterando el librado por el Jefe del Servicio de Neurocirugía que la actuación fue “la adecuada y la que se viene realizando en pacientes con este mismo cuadro clínico”, y con mayor detalle, en el informe suscrito por el responsable del Área de Neurociencias se constata que “no es cierto que no se le practicara ese día prueba alguna (ya que) se llevó a cabo una analítica completa y se programó a la paciente para estudios endovasculares al día siguiente”, y se puntualiza que “en ningún centro del sistema nacional de salud se llevan a cabo procedimientos angiográficos ni tratamientos endovasculares de urgencia. Es este un tratamiento que requiere un equipo multidisciplinar, que por su complejidad no puede estar operativo a tiempo completo. En la Cartera de Servicios del Servicio de Radiología (...) no figuran como estudios urgentes los estudios angiográficos (angioTC o angiografía) necesarios para valorar el posible tratamiento (endovascular o quirúrgico) de la hemorragia subaracnoidea, aunque sin excepción se tratan estos pacientes dentro de las primeras 24-48 horas del diagnóstico y así sucedió en este caso”.

En definitiva, del análisis del expediente en su conjunto no se aprecia

que la lesión sea consecuencia del tratamiento recibido ni se acredita ninguna actuación de los profesionales sanitarios contraria al buen quehacer médico, pues tanto su conducta como la práctica de las correspondientes pruebas se ajustaron a la sintomatología que el paciente presentó en cada momento, sin que quepa suplantar el parámetro de la *lex artis* por el de una obligación de resultado.

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.