

Expediente Núm. 133/2013

Dictamen Núm. 213/2013

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 17 de octubre de 2013, con asistencia de los señores y la señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 10 de junio 2013, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia de la asistencia prestada por el servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 17 de septiembre de 2012, una hija de la interesada, que manifiesta actuar en su nombre y representación, presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos por esta como consecuencia de la atención prestada por el servicio público sanitario en el tratamiento de un ictus y sus posteriores secuelas.

Expone que la perjudicada “sufrió un ictus estando en su domicilio” el día 21 de noviembre de 2011, y que ingresó en Urgencias del Hospital “X” “en torno a las 15:00 horas. Allí estuvo en un box varias horas y, hasta la noche, entre las 21:00 y las 23:00 horas, no le fue realizado TAC de cráneo”.

Afirma que el día anterior “salió como todos los domingos (...) por la tarde, habló con la hija y por la noche, en torno a las 23:00 horas, habló por teléfono con su hermana (...). El día 21 de noviembre, al no responder al teléfono, acudieron sus hijos a su domicilio, en donde fue encontrada en torno a las 14:00 horas”. Fue trasladada a la Unidad de Ictus “en la madrugada del día 22 de noviembre”, donde se les informa de la gravedad de la situación y de que “en las siguientes 24 horas se va a realizar un escáner o TAC craneal”. El día 23 los facultativos informan a los familiares que la paciente “está estable (...), que necesitan camas en la Unidad de Ictus y que, en consecuencia, la van a pasar a planta”. Se la trasladó ese mismo día 23 “sin haber realizado antes el escáner o TAC craneal anunciado y que garantizaba que no existiera edema cerebral (...). El día 25 de noviembre por fin se realizó el escáner (...) y, a la vista de su resultado y del importante edema cerebral que el mismo puso de manifestó, ya que incluso desplazaba la línea media hasta 4 cm hacia el lado derecho, fue inmediatamente trasladada a la Unidad de Ictus para ponerle tratamiento antiedema”. Posteriormente fue derivada al “Hospital ‘Y’”, primero a la Unidad de Ictus y después al Hospital “Z”, “donde fue dada de alta el 16 de marzo de 2012”.

Señala que, “comunicada el alta (...), pedimos al Hospital ‘Z’ que se prolongara el tratamiento (...), siendo denegada dicha petición. Asimismo, se pidió al médico de familia que le solicitara consulta en Fisioterapia y Foniatría (...), a lo cual (...) se negó (...). Tampoco el médico de familia realiza ningún control o seguimiento de la paciente de los pautados por el informe de alta (...) de marzo de 2012./ De este modo somos los familiares los que tenemos que asumir el coste de logopeda y el fisioterapeuta que con ella siguen trabajando”.

Manifiesta que “el 19 de mayo de 2012 sufre una pérdida de conciencia (...) considerada como una probable crisis epiléptica, por lo que estuvo

ingresada en el Hospital "X" hasta el 23 de mayo de 2012./ El 25 de julio de 2012, siendo las 7:45 horas, sufre una crisis similar, por lo que fue trasladada" a este último hospital, donde permanece "unas horas", y tras ser dada de alta, mientras va en la ambulancia, "sufre una nueva crisis mostrando los mismos síntomas. Al día siguiente fue dada de alta con nuevas pautas de tratamiento farmacológico y con petición de cita para el Servicio de Nefrología, por el cual aún no ha sido atendida".

Con base en lo expuesto, la reclamante reprocha al servicio sanitario que no se le realizara "la prueba de imagen necesaria para descartar la existencia de un edema cerebral en el plazo de las 24 ó 48 (horas) que inicialmente se nos había dicho", y señala desconocer "el motivo por el que fue trasladada a planta sin haber verificado la situación cerebral mediante la prueba de imagen, máxime cuando" el responsable de la asistencia advirtió a los familiares del "riesgo de muerte que tenía la paciente". Asimismo, destaca que el día de su ingreso en el Servicio de Urgencias "se tardó más de 6 horas en realizar el TAC craneal". Sostiene, por ello, que existió una "grave negligencia" que imputa al "responsable de la Unidad de Ictus", que habría sometido "a un riesgo de muerte innecesario a la paciente, ya que de haberse detectado el edema cerebral en las siguientes 24 ó 48 horas se (le) hubiera suministrado 3 ó 4 días antes el tratamiento antiedema, evitando así el riesgo de muerte y aminorando seguro las graves secuelas por las que (...) se ha visto afectada", que consisten en una "minusvalía del 83% cuando anteriormente al 21 de noviembre (...) desarrollaba una vida totalmente autónoma".

Solicita que se "dicte resolución reconociendo" a la interesada el derecho a una indemnización de dos millones de euros (2.000.000,00 €) (...), más las cantidades que procedan en calidad de actualización e intereses".

Como prueba, solicita que se incorporen al expediente un "informe detallado sobre la asistencia recibida" en el Servicio de Urgencias del Hospital "X" y una copia de su "historia clínica".

Adjunta copia, entre otros, de los siguientes documentos: a) Informe de alta de la Unidad de Ictus del Hospital "Y", de 14 de febrero de 2012. b)

Informe de enfermería al alta, de idéntica fecha. c) Informe de alta del Hospital "Z" del Hospital "Y", de 14 de marzo de 2012. d) Informe de enfermería al alta del mismo hospital. e) Informe de alta del Hospital "Z", Rehabilitación, de 10 de abril de 2012. f) Informe del Servicio de Neurología del Hospital "X", de 7 de mayo de 2012. g) Informes del Área de Gestión Clínica de Neurociencias del Hospital "X", de fechas 23 de mayo, 26 de julio, 20 de agosto y 1 de diciembre de 2012. h) Resolución de reconocimiento del grado de discapacidad, de 18 de junio de 2012. i) Informe del Servicio de Urgencias del Hospital "X", de 25 de julio de 2012.

2. Con fecha 3 de octubre de 2012, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario comunica a la representante de la interesada la fecha de recepción de su reclamación y los plazos y efectos del silencio administrativo. A su vez, la requiere para que en el plazo de diez días acredite la representación que dice ostentar.

3. El día 5 de octubre de 2012, el Servicio del Área de Reclamaciones del Hospital "X" remite al órgano instructor una copia de la historia clínica de la paciente. Entre dicha documentación figura un informe remitido a la representante de la interesada por una Médica Adjunta del Servicio de Neurología el 7 de mayo de 2012, y que aquella adjunta a su reclamación. En él, una vez detallados los pormenores de la asistencia prestada en el Servicio de Urgencias, se indica que no era posible realizar un tratamiento fibrinolítico al desconocerse "la hora de inicio de los síntomas", y que por ello se realizó un TAC craneal "a las 20:15 horas", aunque sin la premura que marca el protocolo del "código ictus", dado que se trataba de "un ictus no fibrinolizable".

Señala que "el TAC craneal de control no se solicitó con carácter urgente ni preferente, ya que la situación clínica de la paciente, que es la que marca dicha urgencia, era estable y continuó siéndolo durante los días siguientes. El TAC craneal se solicita rutinariamente (...) para comprobar la definición final del infarto, establecer a partir de ella una aproximación pronóstica y servir de

ayuda en la tipificación etiológica. En el caso de la (interesada) el TAC craneal inicial ya ofreció la mayoría de estos datos, dado que la paciente fue llevada a Urgencias con varias horas de evolución del ictus (un TAC realizado en las primeras 3-6 horas en general no permite ver anomalía alguna)”.

Respecto al traslado a planta, afirma que “tras dos días de estancia en la Unidad de Ictus sin incidencias se decidió su traslado” el día 23 de noviembre, a las 19:30 horas, permaneciendo igualmente estable en los días posteriores.

Finalmente, sobre la constatación del edema y su tratamiento, manifiesta que el mismo se confirma en el TAC realizado “en la mañana” del día 25 de noviembre, y precisa que “la exploración neurológica no había cambiado sensiblemente, excepto por la constatación de una mayor somnolencia, si bien la coincidencia con la febrícula” debida a una infección urinaria “podría de por sí explicarla (...). Siguiendo un principio de prudencia se decidió añadir al tratamiento Manitol, un diurético osmótico, a fin de disminuir el efecto expansivo del edema. Adicionalmente la paciente fue trasladada de nuevo a la Unidad de Ictus, ya que el tratamiento con Manitol hace aconsejable una monitorización estrecha de diuresis y estado clínico, siendo un tratamiento no exento de complicaciones. Teniendo en cuenta que la mayor somnolencia entraña un mayor riesgo de broncoaspiración, se suspendió la alimentación oral, volviendo al protocolo de sueros y electrolíticos habitual en la Unidad de Ictus”.

Aclara que el tratamiento con Manitol “debe ser pautado en función de la clínica” y que “no cabe adelantarse al edema”, debiendo ser utilizado “en el momento en que se hace necesario por la evolución clínica y no antes”.

Finalmente, relata la evolución favorable los días posteriores hasta el alta para su traslado al Hospital “Y” el día 1 de diciembre de 2011.

4. Con fecha 11 de octubre de 2012, la representante de la interesada remite al Servicio instructor una copia del poder general otorgado a su favor el 4 de abril de 2012.

5. Mediante escrito de 16 de octubre de 2012, la Responsable del Servicio de Atención al Usuario del Hospital "Y" remite al Servicio instructor una copia de la historia clínica de la interesada obrante en dicho centro, compuesta de "2 episodios: la estancia en la Unidad de Ictus y en el Hospital "Z". En ambos casos llevan informes de alta de las especialistas que la atendieron; dichos informes los han ratificado y firmado con fecha de hoy (y) no tienen nada nuevo que aportar, ya que no han vuelto a valorar a la paciente desde entonces".

6. Con fecha 15 de octubre de 2012, la Subdirectora de Atención Sanitaria y Salud Pública remite al Servicio Instructor el informe emitido por el médico de familia que atiende a la interesada. En él, tras manifestar que desconoce la reclamación concreta que se ha formulado, señala que "de la documentación existente en este centro de salud, así como la facilitada por la paciente o familia, no se tiene constancia (de) la derivación de daño alguno por la asistencia prestada".

Acompaña una copia del "historial clínico completo" de la paciente.

7. El día 19 de octubre de 2012, el Servicio del Área de Reclamaciones del Hospital "X" traslada al Servicio instructor el informe elaborado por el Director del Área de Gestión Clínica de Neurociencias el 11 de ese mismo mes.

En él, tras remitirse "por completo al informe reclamatorio ya emitido el día 7 de mayo de 2012 a petición de la paciente", realiza una serie de precisiones. En primer lugar, aclara que el tratamiento para "intentar disolver el trombo" solo se puede administrar "si existe la certeza total de que el ictus ha acontecido como máximo 4,5 horas antes. Hacerlo después (...) no solo es ineficaz sino que entraña riesgos vitales. Como se indica en la reclamación la última noticia de esta paciente fue una conversación telefónica a las 23:00 horas la noche anterior".

En segundo lugar, afirma que, "según indican las Guías de la SEN (Sociedad Española de Neurología) más del 75% de los pacientes de la Unidad

de Ictus permanecen ingresados en la misma menos de 3 días, y más en un caso como el de esta paciente que no recibió tratamiento trombolítico (...). Salir de la Unidad de Ictus implica exclusivamente que no necesita monitorización continua, como así era en este caso, y no (...) que su proceso no se atendiera adecuadamente”.

En cuanto al TAC craneal, reitera las explicaciones que se dieron en el informe de 7 de mayo de 2012. En este caso, el TAC realizado en Urgencias ya puso de manifiesto el infarto, “y por tanto no tenía sentido alguno” su repetición, siendo procedente “llevar a cabo el TAC a partir del tercer día para comprobar si hay edema de la lesión, que habitualmente suele dar síntomas entre el 5º y 7º días”. Para “evitar aumento del edema (...) se decidió (por este motivo) volver a pasar a la paciente a la Unidad de Ictus para monitorizar el tratamiento con Manitol”, dejando constancia, nuevamente, de que “el edema era leve (4 mm y no 4 cm)”, como ya aclaró el autor del referido informe.

Finalmente, sostiene que “en un caso de ictus extenso, como el que nos ocupa, es relativamente frecuente, y del todo impredecible, que meses o varios años después aparezcan crisis epilépticas”, las cuales fueron tratadas “desde el primer día con los fármacos indicados. Estos fármacos tardan unos días en coger niveles estables y hacer su efecto y solo eliminan las crisis por completo en el 60% de los pacientes, por lo que no es inhabitual que, sobre todo las primeras semanas, a pesar de los fármacos, las crisis repitan./ En síntesis, esta paciente ingresó” en el Hospital “X” “con un ictus extenso del hemisferio cerebral izquierdo ya establecido a su llegada y por desgracia sin posibilidades de tratamiento. Sus complicaciones, edema cerebral leve y crisis epilépticas tardías, son las habituales en estos procesos, fueron tratadas adecuada y diligentemente y no contribuyeron en absoluto a incrementar las secuelas de la paciente, que son secundarias en su totalidad al ictus que ya presentaba a su llegada a nuestro centro”.

8. Con fecha 5 de noviembre de 2012, el Servicio del Área de Reclamaciones del Hospital “X” remite al Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios

Sanitarios el informe suscrito por el Director de la Unidad de Gestión Clínica de Urgencias el 30 de octubre de 2012.

Consta en él que la paciente ingresó “a las 15:41 horas acompañada por un médico y una enfermera de Atención Primaria, tras ser encontrada por un familiar en su domicilio, con una sintomatología clínica que les hizo sospechar un ‘posible código ictus’”. Valorada por un facultativo, se llegó a la conclusión de que “con los datos recogidos en su historia no era posible determinar el momento de inicio del cuadro clínico (...), y, por tanto, no estaba indicada la activación del protocolo de código ictus”.

Enumera las pruebas realizadas en dicho Servicio (electrocardiograma, analítica, TAC craneal -a las 20:10 horas- y radiografía de tórax) y explica que durante su estancia fue valorada por los Servicios de Neurología y de Cardiología, “ante el hallazgo de una taquicardia auricular multifocal”. Finalmente quedó ingresada en la Unidad de Ictus, “completándose los trámites administrativos a las 00:19 horas del 22 de noviembre de 2012”.

9. Mediante escrito de 6 de noviembre de 2012, la Subdirectora de Atención Sanitaria y Salud Pública remite al Servicio instructor un nuevo informe de Atención Primaria. El médico responsable señala que el 23 de abril de 2012 la paciente y su hija demandan “continuar tratamiento de rehabilitación y de foniatría en el centro de salud (...), dado que se lo han denegado en Atención Especializada”, y se les comunica que “los tratamientos que solicitan no se realizan de continuación en Atención Primaria sin indicación previa por parte de los servicios de especializada que la tratan, no teniendo informe alguno con tales indicaciones”. Añade “que la Unidad de Apoyo de Fisioterapia del centro de salud es para otro tipo de patologías: reumatológica, osteoarticular... por poco tiempo (...). Además (...), les da orientaciones y criterios a seguir con la paciente, en cuanto a practicar en su domicilio los ejercicios aprendidos (...), se habló del cuidador principal, de la supervisión de la medicación y de lo importante que es en su recuperación evitar el aislamiento y la relación del

paciente con su entorno y sociedad, estimulándoles durante el buen tiempo (a) acudir al parque público próximo al domicilio a tal fin”.

Detalla, a continuación, las atenciones prestadas a “la familia o paciente” (nueve visitas entre los meses de febrero y octubre de 2012), y precisa que “en todas y cada una de ellas se atendieron las demandas solicitadas, entre ellas: prescripción y supervisión de medicación, facilitación de sobre de crónicos, informe para visado de pañales de incontinencia, informe de salud 2010, consulta con asistente social, información y valoración de estado residual, supervisión de episodios intercurrentes e interconsultas realizadas”.

Acompaña un documento sobre “criterios de derivación a Fisioterapia” y copia de la historia clínica.

10. El día 25 de enero de 2013, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él, tras indicar que se trata de una paciente “de 64 años de edad (...) con antecedentes de fumadora de 40 cigarrillos/día, HTA, dislipemia” y aneurisma arterial tratado con embolización en el año 1994, señala, en relación con el proceso asistencial, que “no se conoce con exactitud la hora de inicio del cuadro, hecho (...) que condiciona la aplicación del tratamiento fibronolítico; afirmación que es corroborada por el Servicio de Neurología y el Director del Área de Gestión Clínica de Neurociencias, y que consta en la bibliografía consultada”.

En cuanto al TAC, “aclara el Servicio de Neurología que no se solicitó con carácter urgente ni preferente, ya que la situación clínica de la paciente, que es la que marca dicha urgencia, era estable y continuó siéndolo los días siguientes (...). En estos pacientes hay que hacer un TAC a partir del tercer día para comprobar si hay edema, que habitualmente suele dar síntomas entre el 5º y el 7º días, y en este caso se hizo el 4º día a pesar de que la paciente estaba estable”.

Respecto a la estancia en planta, considera que “el inicio de la tolerancia oral se hizo por la necesidad de aporte proteico precoz y la incorporación precoz de la paciente se considera un criterio de calidad en la asistencia”.

Por último, afirma que “el edema cerebral leve y las crisis epilépticas tardías son habituales en estos procesos y fueron tratadas de forma adecuada y diligente”, no contribuyendo “en absoluto a incrementar las secuelas (...), que son secundarias en su totalidad al ictus que presentaba a su llegada al centro”.

Concluye que “no ha quedado acreditada la grave negligencia médica a la que se refiere” la reclamante; al contrario, de los informes incorporados al expediente, de los datos de la historia clínica y de la bibliografía consultada se deduce que a la interesada “le fue prestada una asistencia sanitaria ajustada a la *lex artis*”.

11. Mediante escritos de 28 de enero de 2013, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario remite una 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.

12. Con fecha 18 de febrero de 2013, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario acuerda denegar la prueba propuesta por la interesada “solo y exclusivamente en lo relativo a la identificación del personal que le prestó asistencia”, al considerar que estando dirigida la reclamación frente a la Administración sanitaria “la realización de la citada prueba no aportaría datos relevantes que permitan esclarecer los hechos denunciados, siendo por tanto innecesaria para el procedimiento que se instruye”.

Añade, no obstante, que “si a pesar de ello la paciente continua interesada en el ejercicio del derecho que, según el artículo 5.e) de la Ley 44/2003 le asiste, puede dirigirse a la Gerencia del Área IV a fin de que le faciliten la información que solicita”.

13. El día 21 de febrero de 2013, a instancia de la compañía aseguradora, emite informe una asesoría privada, suscrito por un especialista en Neurología, y que titula como “infarto cerebral de inicio no presenciado”.

Sobre el caso concreto que nos ocupa, afirma el especialista que “no se activó el código ictus, ya que la paciente no cumplía uno de los principales criterios que lo rigen, el tiempo de evolución (...). El tratamiento con fármacos destinados a destruir el trombo (...) solo es útil cuando se administra muy precozmente, dado que si se retrasa mucho su administración puede causar más daño que beneficio./ En el tiempo en el que sucedieron los hechos (...) en nuestro país estaba aprobado el uso de trombolíticos (...) en las 3 primeras horas del infarto cerebral (...). En el caso que nos ocupa, al desconocerse con exactitud la hora de inicio del cuadro, al ser un inicio no presenciado (se habló telefónicamente por última vez con la paciente 15 horas antes de que fuera encontrada en su domicilio ya con un ictus en evolución) (...) y por criterios radiológicos presentar un curso subagudo de no menos de 12 horas de evolución, no estaba indicado ni la activación del código ictus ni el tratamiento trombolítico”. Por tanto, “no existe la indicación prioritaria de realizar de forma inmediata un TAC cerebral y este puede demorarse (...) a las horas siguientes”.

Sostiene que “tras la realización del TAC (...) se le proporcionó el único tratamiento que le podía reportar algún beneficio, su ingreso en la Unidad de Ictus”, donde se pretende “la monitorización estrecha de aquellos parámetros que pueden influir en la progresión de daño irreversible de un ictus en evolución (...). Se realizó un TAC de control al 4º día de evolución que mostró la presencia de un discreto componente de edema que no se correspondía con una modificación de su situación neurológica, que siempre fue estable (...). A pesar de ello se decidió iniciar tratamiento antiedema (...), por lo que para monitorizar mejor este tratamiento se decidió pasar de nuevo a la paciente a las camas de la Unidad de Ictus”. Aclara que la demostración de la existencia del edema “fue exclusivamente radiológica y nunca tuvo traducción clínica”, y que a pesar de ello se obró adecuadamente, instaurando tratamiento antiedema”. La realización de nuevas pruebas de neuroimagen (...) no tiene un

cronograma establecido (...) y solo son necesarias si se sospechan complicaciones en la evolución (...). Al alta (...) fue derivada a otro hospital para su rehabilitación, pero, por la gravedad del infarto sufrido, su situación, terminado dicho tratamiento, es grave discapacidad (...). En su evolución (...) presentó crisis epilépticas meses más tarde", complicación que aparece en el "5-10% de los pacientes que sufren un ictus".

Concluye afirmando que a la paciente "se le proporcionó la mejor asistencia posible acorde a su situación clínica en cada momento", y que "su situación funcional actual solo es achacable a la gravedad de la enfermedad que padeció y a la mala fortuna que supuso que, al vivir sola, el episodio no fuera presenciado por otra persona desde su inicio y esto hubiera permitido una actuación médica mucho más precoz".

14. Mediante escrito notificado a la representante de la interesada el día 21 de marzo de 2013, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Disciplinaria le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente.

15. Con fecha 3 de abril de 2013, la representante de la perjudicada se persona en las dependencias administrativas y obtiene una copia del expediente, compuesto en ese momento por 646 folios numerados, según diligencia que obra incorporada al procedimiento.

16. El día 28 de mayo de 2013, el Coordinador de Régimen Disciplinario y Responsabilidad Patrimonial elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, en términos sustancialmente idénticos a los contenidos en todos los informes -los de los servicios asistenciales, el informe técnico de evaluación y el pericial externo que aporta la entidad aseguradora-. Afirma que "la atención dispensada" a la paciente en los diversos servicios del Servicio Público de Salud en los que ha recibido asistencia ha sido correcta y conforme a la *lex artis*", por lo que propone "desestimar la reclamación que por

responsabilidad patrimonial y por valor de 2.000.000 €” ha formulado su representante legal.

17. En este estado de tramitación, mediante escrito de 10 de junio de 2013, registrado de entrada el 14 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, a tenor de lo establecido en el artículo 32 de la Ley citada.

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 17 de septiembre de 2012, habiendo sido dada de alta la paciente del proceso asistencial objeto de reclamación (Hospital “Z”) el día 16 de marzo de 2012, por lo que, sin necesidad de atender a otros posteriores relacionados con aquel, 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.

QUINTA.- El artículo 106.2 de la Constitución dispone que “Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

A su vez, el artículo 139 de la LRJPAC establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos”. Y, en su apartado 2, que “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 141 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración

Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

SEXTA.- La representante de la interesada solicita una indemnización por los daños que considera derivados de una atención que califica de “grave negligencia” del responsable de la Unidad de Ictus, consistente en no haber realizado un TAC craneal para detectar un edema “en las siguientes 24 ó 48” horas del episodio, lo que, a su juicio, habría permitido adelantar “el tratamiento antiedema, evitando así el riesgo de muerte y aminorando seguro las graves secuelas” padecidas.

En términos retóricos, que en realidad parecen poner de manifiesto un reproche, se pregunta la representante de la interesada “el motivo por el cual no se realizó la prueba de imagen necesaria para descartar la existencia de un edema (...), y menos aún el motivo por el que fue trasladada a planta sin haber verificado la situación cerebral mediante la prueba de imagen”, y también por qué “se tardó más de 6 horas en realizar el TAC craneal” en la primera atención en el Servicio de Urgencias.

De su relato de los hechos parece desprenderse además una crítica a la falta de asistencia por parte del médico de Atención Primaria, que no habría accedido a sus demandas de consulta en los Servicios de Foniatría y de Fisioterapia, así como un cierto error o retraso en el tratamiento correcto de las crisis epilépticas que sufrió con posterioridad al alta.

A la vista de la documentación obrante en el expediente, queda acreditado que la perjudicada sufrió un ictus a resultas del cual le ha sido reconocido un grado de discapacidad del 83%, junto con la necesidad de asistencia de una tercera persona.

Ahora bien, la mera constatación de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si el mismo se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio público sanitario y si ha de reputarse antijurídico, en el sentido de que se trate de un daño que la interesada no tuviera el deber jurídico de soportar.

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*.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por la 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.

También hemos de advertir 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. En el caso concreto, teniendo en cuenta la índole técnico médica de las cuestiones que se debaten, y dado que la interesada no aporta prueba alguna de lo que sostiene, este Consejo Consultivo ha de formar su juicio sobre la base de los diferentes informes médicos incorporados al procedimiento, todos ellos coincidentes en los aspectos que se discuten, y que no han sido rebatidos por aquella, pues renuncia a presentar alegaciones en el trámite de audiencia.

En primer lugar, la representante de la perjudicada imputa a la Administración sanitaria un retraso en la realización de una prueba diagnóstica (TAC craneal de control) que, según afirma, habría permitido adelantar la implantación del tratamiento antiedema y disminuir las secuelas. Ya hemos indicado que corresponde a la interesada probar la infracción de la *lex artis* que afirma haberse producido, y además su relación de causa-efecto con el daño padecido. En el asunto sometido a nuestra consideración todos los informes obrantes en el expediente sostienen que en este tipo de pacientes hay que hacer un TAC a partir del tercer día para comprobar si hay edema, que habitualmente suele dar síntomas entre el 5º y el 7º días, y en este caso se hizo el 4º día a pesar de que la paciente estaba estable. Esta información ya se le había comunicado mediante informe del especialista responsable de la asistencia de fecha 7 de mayo de 2012 -(folios 34 a 36, que ella misma aporta con la reclamación)-, quien afirma, en concreto, que “el TAC craneal de control no se solicitó con carácter urgente ni preferente, ya que la situación clínica de la paciente, que es la que marca dicha urgencia, era estable y continuó siéndolo durante los días siguientes. El TAC craneal de control se solicita rutinariamente (...) para comprobar la definición final del infarto, establecer a partir de ella una

aproximación pronóstica y servir de ayuda en la tipificación etiológica. En el caso de la (interesada) el TAC craneal inicial ya ofreció la mayoría de estos datos, dado que la paciente fue llevada a Urgencias con varias horas de evolución del ictus (un TAC realizado en las primeras 3-6 horas en general no permite ver anomalía alguna)". Pese a conocer ya desde antes de formular la reclamación cuál era el concreto criterio médico sobre la asistencia prestada, la perjudicada -como decimos- no aporta prueba o indicio alguno que permita sostener que tales consideraciones médicas son erróneas; al contrario, todos los informes posteriores vienen a reiterar el criterio expuesto, considerándolo plenamente conforme con la *lex artis* asistencial. En consecuencia, este Consejo Consultivo considera que la realización del TAC craneal de control se solicitó y realizó en el momento adecuado, sin que apreciemos demora alguna en ello. Tampoco se advierte relación alguna con las secuelas, que todos los informes atribuyen al infarto cerebral no susceptible de tratamiento y no al específicamente pautado para el edema (de 4 mm) detectado.

Sobre las restantes imputaciones relativas al tratamiento en el Hospital "X", y aunque la perjudicada se pregunta por datos y motivos de los supuestos retrasos, lo cierto es que los mismos constan detalladamente en el informe realizado por el responsable directo de la asistencia el 7 de mayo de 2012.

Respecto al traslado a planta, se indica que "tras dos días de estancia en la Unidad de Ictus sin incidencias se decidió su traslado" el día 23 de noviembre, a las 19:30 horas, dado que permanecía "estable clínicamente", continuando igualmente estable en los días posteriores. Allí se inició la alimentación oral "según el protocolo habitual" y considera la incorporación precoz como un "criterio de calidad" que "disminuye las complicaciones y mejora el pronóstico".

En relación con el tratamiento antiedema, afirma el médico responsable que "siguiendo un principio de prudencia se decidió añadir al tratamiento Manitol, un diurético osmótico, a fin de disminuir el efecto expansivo del edema. Adicionalmente la paciente fue trasladada de nuevo a la Unidad de Ictus, ya que el tratamiento con Manitol hace aconsejable una monitorización

estrecha de diuresis y estado clínico, siendo un tratamiento no exento de complicaciones. Teniendo en cuenta que la mayor somnolencia entraña un mayor riesgo de broncoaspiración se suspendió la alimentación oral volviendo al protocolo de sueros y electrolíticos habitual en la Unidad de Ictus”. Aclara, finalmente, que el tratamiento con Manitol “debe ser pautado en función de la clínica” y que “no cabe adelantarse al edema”, debiendo ser utilizado “en el momento en que se hace necesario por la evolución clínica y no antes”; criterios médicos que, como hemos señalado, se consideran correctos y acordes con la *lex artis ad hoc* en todos los informes posteriores.

Sobre la supuesta demora en la realización del primer TAC en Urgencias, el mismo especialista informa que no era posible realizar un tratamiento fibrinolítico al desconocerse “la hora de inicio de los síntomas”, y que por ello se practicó el TAC craneal “a las 20:15 horas”, sin la premura que marca el protocolo del “código ictus”, dado que se trataba de un “ictus no fibrinolizable”.

Respecto a la asistencia prestada por el médico de Atención Primaria, ninguna relación causal puede sostenerse con las secuelas que aquella presenta, ya que se refieren a una supuesta denegación de tratamientos paliativos (foniatría y fisioterapia) que, según señala, sufragan particularmente los familiares. En cualquier caso, de la documentación obrante en el expediente tampoco cabe deducir una mala praxis en la actuación de los servicios de Atención Primaria, que parecen atenerse a los criterios asistenciales establecidos.

En definitiva, este Consejo estima que la mera constatación del daño físico padecido no permite la declaración de responsabilidad patrimonial. A nuestro juicio, resulta acreditado que la actuación de todos los servicios públicos sanitarios fue correcta y ajustada a los postulados de la *lex artis*, habiéndose dispensado la mejor asistencia posible acorde con la situación clínica que presentaba la interesada en cada momento. También consideramos acreditado que las secuelas que padece son debidas a la grave enfermedad que sufrió y al hecho de que el ictus no fuera presenciado por otra persona desde

su inicio, lo que hubiera permitido una actuación médica distinta y otras posibilidades curativas.

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.