

Expediente Núm. 26/2014
Dictamen Núm. 36/2014

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 3 de marzo de 2014, 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 23 de enero de 2014 -registrada de entrada el día 4 de febrero de 2014-, 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 15 de mayo de 2013, el interesado presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios derivados de la deficiente asistencia prestada por el servicio público sanitario.

Refiere que “a mediodía del 11 de agosto de 2012 comenzó a sentir pérdida de fuerza y sensibilidad en mano izquierda”, por lo que acude a su “médico de Atención Primaria” que le remite a “Urgencias de Atención

Especializada”, ingresando “sobre las 23:56 horas” en el “Servicio de de Urgencias del Hospital `X´”, pues realizada exploración por el facultativo que identifica se le diagnostica “parestesia en mano izquierda más disminución de fuerza en cuarto y quinto dedo”. Precisa que se le “realiza un TAC cerebral en el que (...) no se observan lesiones sugestivas de hemorragia”, y que dicho facultativo “consulta” con otro médico que sugiere “dar el alta indicando (...) `control preferente con Neurología´ y le recomienda acudir nuevamente si la sintomatología se le extiende”, como figura en “el informe de 12 de agosto”, instaurándose “tratamiento” y remitiéndole “a su domicilio”.

Señala que “pocas horas después (...) comienza a desviarse la comisura bucal, presentando disartria”, y que es trasladado en una “UVI móvil, activándose el código ictus a las 12:00 horas” e ingresando a “las 13:05 horas” en el Servicio de Urgencias del Hospital “Y”. Se le realiza un “TAC craneal que no acredita signos de patología aguda y un angioTAC” que “demuestra la existencia de una obstrucción de la arteria carótida derecha en ACM2”; a las “13:30 horas (...) le realizan una recanalización carotidea con la implantación de un Stent, retirándole posteriormente el trombo intracraneal y lo trasladan a la Unidad de Ictus”. El día 21 de agosto de 2012 es dado de alta “persistiendo la obstrucción de una rama precentral de la ACM derecha, causa de la lesión isquémica, y presentando a ese momento una paresia facial izquierda y una debilidad con balance muscular (...), siendo imposible la marcha sin ayuda”, y que posteriormente es “derivado a rehabilitación” del Hospital “Y”, “que a su vez lo remite a tratamiento de forma ambulatoria”. Añade, como “dato relevante”, que en el “año 2010” padeció un “aneurisma de aorta abdominal infrarenal (...), así como HTA”; antecedentes por los que seguía “controles en Vascular cada seis meses”. Afirma que, según “consta en informe del Servicio de Neurología (...) de fecha 14 de noviembre de 2012, persiste (...) torpeza manipulativa, claudicación en la marcha ocasional, disfagia mixta, disartria y negligencia espacial y labilidad afectiva secundaria”.

Solicita una indemnización por importe de ciento veinte mil euros (120.000 €), “sin perjuicio de su posterior modificación a resultados del daño objetivado y definitivo”.

Adjunta copia de la siguiente documentación: a) Informe del Servicio de Neurología del Hospital "Y", de fecha 14 de noviembre de 2012. b) Resolución de la Consejería de Bienestar Social y Vivienda de 25 de abril de 2013, por la que se le reconoce al reclamante la situación de dependencia en Grado I.

2. Mediante escrito de 17 de mayo de 2013, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Disciplinaria comunica al interesado la fecha de recepción de su reclamación en la Administración del Principado de Asturias, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. El día 24 de mayo de 2013, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado para elaborar el informe técnico de evaluación solicita a las Gerencias de las Áreas Sanitarias IV y VII una copia de la historia clínica del perjudicado, y en este último caso además un informe del servicio implicado en la asistencia.

4. Con fecha 30 de mayo de 2013, el Servicio del Área de Reclamaciones del Hospital "Y" envía al Servicio instructor una copia de la historia clínica del reclamante.

5. Mediante escrito de 6 de junio de 2013, el Gerente del Área Sanitaria VII traslada al Servicio instructor la documentación solicitada.

En el informe del Servicio de Urgencias del Hospital "X" de 31 de mayo de 2013, tras analizar la actuación llevada a cabo, se concluye que la asistencia prestada fue "correcta y ajustada en todo momento a *la lex artis*", no siendo predecible "la evolución posterior" ni precisando en aquel momento "ninguna otra prueba diagnóstica complementaria diferente a las realizadas", pues el ictus comienza, de "forma aguda, varias horas después del alta hospitalaria".

6. Con fecha 8 de julio de 2013, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En

él, tras describir los hechos, afirma que cuando el reclamante acudió al Servicio de Urgencias los “datos exploratorios y los resultados de las pruebas complementarias sugerían la presencia de un cuadro compatible con una neuropatía periférica del territorio cubital de la mano izquierda”. Respecto a la “supuesta conexión del ictus con el proceso anterior”, considera que, dada la “brusca aparición de desviación de la comisura bucal y la disartria (...), parece que se trataría más bien de episodios diferentes”.

7. Mediante escritos de 19 de julio de 2013, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Disciplinaria 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.

8. El día 31 de octubre de 2013, el interesado presenta en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias un escrito en el que solicita que se le informe sobre “el estado de (...) tramitación de la reclamación”.

9. Con fecha 8 de noviembre de 2013, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones, Centros y Servicios Sanitarios comunica al reclamante que “se ha concluido el informe técnico de evaluación, se ha visto en la Comisión de Seguimiento del Seguro de Responsabilidad Civil y está pendiente del dictamen de dicha Comisión”, por lo que “una vez enviado” este se le dará “trámite de audiencia”.

10. El día 13 de noviembre de 2013 se incorpora al expediente, a instancia de la compañía aseguradora, la siguiente documentación: a) Informe emitido por una especialista en Neurología, en el que, tras señalar que el paciente presentó un “cuadro de parestesias y discreta pérdida de fuerza” en dos dedos, se indica que, “sabiendo ahora que (...) desarrolló posteriormente un ictus cerebral isquémico parece razonable asignar este episodio a un signo premonitorio de dicho ictus”, pero, analizado el caso, y “a la luz de los datos de los que se disponía en ese momento, es evidente que era imposible prever el cuadro

cerebral que iba a producirse horas más tarde”. Afirma que “es posible que se tratara de dos eventos independientes”, puesto que “no existían alteraciones de la simetría facial ni de otros nervios craneales, ni hemiplejia o hemiparesia, ni ninguna otra alteración neurológica de las que usualmente acompañan al ictus”, precisando que cuando el paciente, “12 horas más tarde”, manifestó “un cuadro clínico característico de ictus cerebral” se “activó el código ictus”. El simple “hecho de que se actuase así indica que el antecedente previo de parestesias distales no se consideró como un episodio premonitorio de infarto (o, al menos, se dudó de que correspondiese a ello), puesto que en caso contrario activar el código ictus no tendría sentido, toda vez que de ser así el intervalo desde el inicio de los síntomas superaría las tres horas establecidas como límite para dicha activación”. Concluye que la “actuación del Servicio de Urgencias fue correcta”. b) Informe jurídico en el que se afirma que la “actuación de los facultativos integrantes del servicio asturiano de salud ha sido correcta y conforme a la *lex artis*, tanto en la asistencia prestada en el Servicio de Urgencias del Hospital ‘X’ (...) como posteriormente” en el Hospital ‘Y’, “pautándose el tratamiento oportuno (...) y extracción mecánica del trombo”.

11. Mediante escrito de 19 de noviembre de 2013, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario comunica 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.

El día 2 de diciembre del mismo año el reclamante se persona en las dependencias administrativas y obtiene una copia de aquel, compuesto en ese momento por ciento ochenta y seis (186) folios, según se hace constar en la diligencia extendida al efecto. Además, mediante “declaración en comparecencia personal”, autoriza a una letrada para actuar en su nombre.

12. Con fecha 17 de diciembre de 2013, la representante del interesado presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que insiste en los términos de su reclamación inicial y subraya que, una vez vistos los informes incorporados al expediente,

sorprende que “el paciente, con el cuadro clínico que presentaba, no hubiese sido tratado por médico especialista”, ya que “solo fue visto y diagnosticado por un médico residente de 3º año”. Afirma que se reconoce que “había estudios que completar”, y que con “otro tipo de actuación más cautelosa” el “resultado dañoso producido podría fácilmente haberse evitado”.

13. El día 13 de enero de 2014, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones, Centros y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella concluye que “la actuación médica recibida por el reclamante” fue “correcta”, tanto en el Servicio de Urgencias del Hospital “X” como la llevada a cabo “una vez detectado el ictus”.

14. En este estado de tramitación, mediante escrito de 23 de enero de 2014, 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 el interesado activamente legitimado 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 15 de mayo de 2013, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -la asistencia sanitaria en la que se produce el supuesto error en el diagnóstico -los días 11 y 12 de agosto de 2012-, 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.

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.- El reclamante interesa una indemnización por los daños y perjuicios que padece a consecuencia de un accidente cerebro-vascular que atribuye al funcionamiento del servicio público sanitario, pues -a su juicio- era perfectamente evitable si la asistencia recibida hubiese sido correcta.

Consta acreditado en el expediente que al interesado le fue diagnosticado un ictus carotideo tras el cual se le reconoce la situación de “dependencia en Grado I”. Por tanto, estimamos probado un daño real, efectivo y económicamente evaluable, sin perjuicio de una valoración más concreta del mismo que habremos de efectuar si concluyésemos que concurren los requisitos legales para una declaración de responsabilidad administrativa.

Ahora bien, la mera constatación de un daño surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que el daño alegado tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público.

Como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*. Este criterio opera no solo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que el paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho no a un resultado, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

También ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

El reclamante estima que la asistencia sanitaria que se le prestó es contraria a la *lex artis* porque -según su escrito inicial- el día 11 de agosto de 2012 acudió al Servicio de Urgencias del Hospital "X" -remitido por su médico de Atención Primaria- presentando "pérdida de fuerza y sensibilidad en mano izquierda" y que tras la exploración física y la realización de "un TAC cerebral" le diagnosticaron "parestesia en mano izquierda más disminución de fuerza en cuarto y quinto dedo", dándole de alta con la indicación de "control preferente con Neurología" e instaurando un "tratamiento consistente en Prednisona e Hidroxil". Afirma que "no consideraron los facultativos actuantes la existencia" de sus antecedentes, que "el TAC craneal no es una prueba que acredite la

existencia de la obstrucción carotidea y el trombo objetivados”, que debería de haberse realizado “algún tipo de reconocimiento más exhaustivo o practicar pruebas diagnósticas más contundentes” y que lo enviaron a casa “cuando lo más lógico y en evitación de males mayores hubiese sido trasladarlo” al Hospital “Y” o, “al menos, dejarlo ingresado para mayor control”. Entiende que se “ha perdido así la oportunidad de un tratamiento adecuado que hubiese evitado el daño objetivado” y que se ha originado un “daño desproporcionado que produce un resultado anormal y excesivamente grave en relación a la patología que presentaba”.

Respecto al reproche relativo a “la falta de diligencia, omisión de medios diagnósticos” y no consideración de sus antecedentes, apreciamos que en el informe de alta del Servicio de Urgencias consta que el paciente presenta, a las “23:56 horas” del día 11 de agosto de 2012, “parestesias en la mano izquierda de 12 horas de evolución, acompañado de sensación de pérdida de fuerza” en dos dedos, pero “no refiere disartria, no hemiparesias, no hemianopsias, no cefalea, no fiebre”; que se lleva a cabo una “exploración física” sin ningún hallazgo aparente, encontrándose “consciente (...), movimientos oculares normales (...), no desviación de la boca, lengua central”, y que se le realiza un “TAC cerebral” y no se observan “lesiones sugestivas de hemorragia”; actuaciones que no solo aparecen corroboradas en el informe del Servicio de Urgencias del Hospital “X”, sino que en él se puntualizan además los tiempos, detallándose así que “a su llegada” -23:56 h- el paciente es “atendido en primera instancia” por un “residente de tercer año” que le realiza “una exploración física y una anamnesis”; que a las “00:11 minutos del ya día 12-08-2012” se le hace “una extracción sanguínea (...) y un electrocardiograma para descartar alteraciones del ritmo cardíaco”, siendo los resultados en el primer caso “normales, salvo hiperglucemia”, y en el segundo “(ritmo sinusal)”, y que dicho facultativo se pone en contacto con el informante, que es “Médico Adjunto del citado Servicio de Urgencias”, que efectúa una “nueva valoración”, siendo -salvo la parestesias y discreta disminución de fuerza- el “resto de (la) exploración neurológica absolutamente normal, sin evidencia de ninguna lesión de causa central en ese momento”. Añade que, no obstante, y a diferencia de

lo manifestado por el interesado, dados sus antecedentes "(hipertenso, diabético y con un aneurisma de aorta abdominal)" -que ya constaban en el informe del alta-, se solicita "a la 01:31 h un TAC craneal para descartar una posible lesión vascular cerebral aguda", siendo informado como "signos de atrofia cortico-subcortical. No se observan sangrados ni áreas de isquemia aguda", precisando que "de todas formas, y conociendo los antecedentes del paciente, se solicita consulta preferente a Neurología" -como consta en el informe de alta- "para completar los estudios que no pueden ser realizados de forma urgente".

Por ello, entendemos que hubo diligencia en la actuación sanitaria y que se tuvieron en cuenta los antecedentes del paciente.

En relación con el reproche de que el TAC realizado no era la prueba adecuada, en el informe emitido por la especialista en Neurología, y en contra de lo expuesto por el interesado, se argumenta que el "TAC (...) es la técnica princeps para diagnóstico diferencial entre ictus hemorrágico e isquémico", añadiendo que en este último -que es el supuesto objeto de estudio- el TAC "no muestra alteraciones hasta pasadas 24 horas del inicio del cuadro clínico".

Consideramos importante señalar que en ninguno de los informes incorporados al expediente se indica que dicha prueba no fuese la correcta ante los síntomas que presentaba el enfermo; es más, como afirma el propio reclamante en su escrito inicial -en este caso sin reproche alguno-, una vez que se activó el código de ictus y fue trasladado al Hospital "Y" nada más ingresar se le practica otro TAC craneal.

Por otro lado, en el informe técnico de evaluación, tras analizar la actuación del Servicio de Urgencias, se concluye que no era preciso "realizar otros estudios adicionales". En el mismo sentido se pronuncia el informe elaborado por la especialista al afirmar que "no existían datos de patología urgente que justificasen estudios adicionales ni que aconsejasen el ingreso del paciente", añadiendo que no se requería un "tratamiento inmediato".

En el trámite de audiencia, el interesado alega "error en la valoración de la patología" basándose en que la informante de la asesoría externa reconoce que "parece razonable asignar este episodio a un signo premonitorio de dicho

ictus”, pero, como ella misma puntualiza y el reclamante admite, dicha observación se realiza “sabiendo ahora” que “el paciente desarrolló posteriormente un ictus cerebral isquémico”; es decir, a posteriori. Además, no podemos obviar que también advierte dicho informe que, “analizado el caso a la luz de los datos de los se disponía en ese momento” -en Urgencias-, “es evidente que era imposible prever el cuadro cerebral que iba a producirse horas más tarde”, y que la “presencia de parestesias” como las que mostraba el perjudicado “puede ser debida a múltiples causas”, entre las cuales “las más frecuentes, con mucho, son las neuropatías periféricas”, lo que permite “confirmar la dificultad, incluso `a posteriori´, de relacionar las parestesias con la patología vascular cerebral”, concluyendo que el cuadro presentado en aquel momento “no permitía sospechar el desarrollo de un infarto cerebral”, de manera que “la actuación fue correcta en relación con la sintomatología presentada por el paciente”.

Por su parte, en el informe técnico de evaluación se afirma que los “datos exploratorios y los resultados de las pruebas complementarias sugerían la presencia de un cuadro compatible con una neuropatía periférica (...), sin indicios que hicieran pensar en un ACV u otra patología neurológica a nivel central”; es más, añade que, “dada la brusca aparición de desviación de la comisura bucal y la disartria”, y puesto que dichos síntomas “no habían estado presentes ni en las horas previas a la asistencia” en el Hospital “X” “ni en las posteriores al alta en el Servicio de Urgencias”, se trataría “más bien de episodios diferentes”, de manera que la única conexión entre ambos sería la “inmediatez en el tiempo”. En el mismo sentido se pronuncia el informe elaborado por el Servicio de Urgencias al puntualizar que “no puede afirmarse categóricamente que la clínica inicial del paciente estuviese en relación con el episodio posterior, el cual pudo haberse producido de forma aguda tras varias horas del alta hospitalaria”; afirmación esta última que se plantea igualmente en el informe elaborado por la especialista a instancia de la compañía aseguradora -citado en su apoyo por el reclamante-, en el que se señala que, “de hecho, es posible que se tratara de dos eventos independientes”, al considerar que inicialmente no existían las alteraciones que “usualmente

acompañan al ictus”, por lo que la “sospecha de lesión isquémica cerebral no era posible en ese momento”, añadiendo que “activar el código ictus” cuando “no existía sospecha de ictus no estaba indicado”. Precisa que cuando posteriormente, “12 horas más tarde”, el paciente “manifestó un cuadro clínico característico de ictus cerebral” y acude a su médico de cabecera se avisa al SAMU, y “correctamente se activó el código ictus”. Sostiene que “ya el simple hecho de que se actuase así indica que el antecedente previo de parestesias distales no se consideró como un episodio premonitorio de infarto (o, al menos, se dudó de que correspondiese a ello)”, lo que conlleva una justificación positiva del proceder del servicio sanitario y no un reproche como alega el reclamante, poniendo de manifiesto la informante que, “en caso contrario, activar el código ictus no tendría sentido, toda vez que de ser así el intervalo desde el inicio de los síntomas superaría las tres horas establecidas como límite para dicha activación”. Además, el hecho de que en el Hospital “Y” “se procediese a fibrinólisis viene a indicar que tampoco allí se consideró con certeza a las parestesias como signo premonitorio”, dado que “de haber sido así la fibrinólisis no estaría indicada”.

A pesar de que el reclamante estima que “la producción del accidente cerebral (...) fácilmente se hubiese evitado de adoptarse alguna de las medidas que impone la `lex artis´”, y que la ausencia de las mismas “ha supuesto una minoración y un retraso considerable de las expectativas de curación”, no ha desarrollado la menor actividad probatoria al respecto ni ha aportado ningún documento o argumentación que sustente la existencia de tal relación causal. No ha probado, ni siquiera indicado, cuáles habrían de ser tales actuaciones - pruebas, tratamientos-, ni en qué medida el prescrito pudo propiciar el resultado final y las secuelas padecidas. Al contrario, en el informe técnico de evaluación consta que no ha “quedado acreditado” que “la actuación” de los profesionales del Hospital “X” tuviera “repercusión en la evolución ulterior del paciente”, y en el mismo sentido se pronuncia el informe del Servicio de Urgencias al señalar que la evolución posterior “en absoluto es achacable a las actuaciones médicas realizadas o no realizadas”, lo cual no ha sido discutido por el reclamante mediante la aportación de un informe contradictorio. Por tanto,

no cabe admitir la imputación concreta efectuada por el reclamante de que “ha perdido así la oportunidad de un tratamiento adecuado”, pues ambos informes coinciden en al señalar que los profesionales intervinientes en el proceso asistencial emplearon los medios “diagnósticos y terapéuticos” que las “circunstancias (...) demandaban” en aquel momento.

En definitiva, este Consejo entiende, y así lo ha manifestado en anteriores dictámenes, que no es posible exigir a los profesionales médicos un diagnóstico precoz e indubitado antes de que aparezcan los síntomas que lo evidencien con certeza. Todos los informes incorporados al procedimiento consideran adecuada y acorde a la *lex artis* la asistencia sanitaria prestada al interesado en el Servicio de Urgencias. Aunque el reclamante sostiene lo contrario, no aporta ningún informe que avale su tesis y pruebe la alegada relación de causalidad. En el supuesto aquí examinado no se acredita que la actuación de los profesionales que le atendieron en el Servicio de Urgencias fuese contraria al buen quehacer médico o disconforme con la *lex artis*, pues la práctica de las correspondientes pruebas se ajustó a la sintomatología que presentaba en aquel momento, no constando siquiera acreditado que el cuadro que mostró inicialmente -parestias- guarde relación con el ictus que posteriormente sufrió, ni que este hubiera sido advertido en caso de haber realizado entonces otras pruebas diagnósticas, ya que las alteraciones que luego fueron evidentes no estaban presentes cuando el reclamante acudió a los servicios de urgencia hospitalarios. Tampoco puede afirmarse que un diagnóstico precoz hubiera alterado el devenir del proceso, por lo que la presunción de la existencia de un accidente cerebrovascular es una sospecha que se efectúa después de conocer el resultado final.

En consecuencia, del examen de lo actuado resulta que se pusieron a disposición del perjudicado todos los medios -tanto personales como materiales- en orden al diagnóstico de los síntomas que padecía cuando acudió al Servicio de Urgencias, y, por ello, hemos de concluir que no se ha acreditado una relación de causalidad entre los daños alegados y la actuación de los servicios públicos sanitarios.

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.