

Expediente Núm. 59/2014
Dictamen Núm. 74/2014

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 24 de abril 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 3 de marzo de 2014 -registrada de entrada el día 6 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios sufridos a consecuencia del fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, que achacan a la asistencia prestada por el servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 24 de mayo de 2013, la interesada, en su propio nombre y derecho y en nombre y representación de sus dos hijos, presenta en una oficina de Correos una reclamación de responsabilidad patrimonial, dirigida al Servicio de Salud Principado de Asturias, por los daños sufridos como consecuencia del fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, que imputan al funcionamiento del servicio público sanitario.

Refiere que su esposo falleció en el Hospital "X" "el día 26 de mayo del pasado año", tras haber sido "trasladado en UVI móvil, sobre las 9 de la noche del día anterior", al "Servicio de Neurología del referido centro sanitario desde el Hospital 'Y', al evidenciar un TAC craneal realizado sobre las 20:25 horas una hemorragia cerebral masiva". Expone que el paciente "se encontraba ingresado desde hacía unos días en el Servicio de Cardiología por haber presentado (...) `un episodio de pérdida de consciencia con traumatismo sobre costado izquierdo, con recuperación de consciencia al poco tiempo y presentando dificultad para recordar lo ocurrido´". Señala que el día 25 "debía realizar una prueba por la mañana y después se le había anunciado (...) que recibiría el alta hospitalaria", pero, "pasada la una de la tarde", cuando "se encontraba trabajando", su marido la llama por teléfono y le comunica que "no se le había realizado la prueba prevista y que no le darían el alta, ya que había sufrido una caída al ir al baño, que se golpeó en la cabeza y no se encontraba bien", añadiendo que "a la mayor brevedad" acudió al hospital y encontró a su marido "con un fuerte dolor de cabeza, sudoroso y en mal estado". Manifestó a las enfermeras "el empeoramiento" del mismo y "el fortísimo dolor de cabeza" que padecía, ante lo cual "se le administró un comprimido de paracetamol", recordándoles "expresamente la caída sufrida por la mañana y que se había dado un golpe en la cabeza".

Afirma que "solo ante su insistencia (...), dado que empeoraba cada vez más, con incremento de la sudoración y de la cefalea, pupilas muy dilatadas (...), se avisó al médico, que pasó a verlo sobre las cinco de la tarde sin prescribir ninguna prueba o fármaco al respecto". Sostiene que su estado "continuaba empeorando, quejándose del fuerte dolor de cabeza y encontrándose cada vez más desasosegado y sudoroso", y precisa que "avisa nuevamente al personal de planta sobre las 19:30 horas, ya que vuelve a tener un desvanecimiento cuando es ayudado a ir al baño por un familiar, teniendo que ser acostado con la ayuda de un celador", puntualizando que, pese a ello y que se "llamó por teléfono al médico, este al parecer se encontraba en otro servicio y no acudió". Solo "en torno a las 20:00 horas, aproximadamente, cuando el estado del paciente ya resultó irreversible (sudoroso, pupilas

arreactivas, no responde a órdenes sencillas, no respuesta al dolor, etc.), se decide hacer un TAC craneal y se dispone un traslado urgente” al Hospital “X”, “si bien ya nada pudo hacerse por evitar el fatal desenlace”.

Entiende que el “fallecimiento resulta consecuencia directa del comportamiento negligente del personal sanitario y del deficiente funcionamiento del servicio público (...), existiendo una falta de asistencia médica adecuada por parte del personal del Hospital “Y”, pues “ pese a tener conocimiento de la caída, del golpe sufrido y del estado del paciente no prescribió la práctica de ninguna prueba que descartara un traumatismo hasta las ocho de la noche”, y sin que “existiera una mínima vigilancia en la evolución”, lo que supone “una patente vulneración de la lex artis”.

Solicita una indemnización por importe total de doscientos veinticuatro mil setecientos setenta y cinco euros con treinta céntimos (224.775,30 €), de los cuales 111.458,83 € corresponderían a la esposa y 46.441,18 € a cada uno de los hijos, a lo que “hay que adicionar” la suma de 20.434,11 € “correspondientes al aumento del 10% en concepto de factores de corrección por perjuicios económicos”.

Adjunta copia de la siguiente documentación: a) Libro de Familia. b) Poder general otorgado por la hija a favor de la madre. c) Acta de requerimiento para la declaración de herederos *ab intestato*. d) Acta de notoriedad de declaración de herederos. e) Certificado de defunción. f) Historia clínica del fallecido.

2. Mediante escrito de 6 de junio de 2013, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario comunica a la interesada 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 10 de junio 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 V una copia de la historia clínica del perjudicado, y en este

último caso además un informe del servicio implicado en la asistencia que se le prestó.

4. Con fecha 21 de junio de 2013, el Servicio del Área de Reclamaciones del Hospital "X" remite al Servicio de Inspección de Prestaciones, Centros y Servicios Sanitarios una copia de la historia clínica solicitada.

Mediante escrito registrado de entrada en la Administración del Principado de Asturias el 28 de junio de 2013, la Gerente del Área Sanitaria V traslada al referido Servicio una copia de la historia clínica obrante en dicho centro.

5. El día 13 de agosto de 2013, el Inspector de Prestaciones Sanitarias reitera la petición de informe del Servicio de Cardiología a la Gerencia del Área Sanitaria V.

6. Mediante escrito de 18 de septiembre de 2013, la Gerente del Área Sanitaria V envía al Servicio de Inspección de Prestaciones, Centros y Servicios Sanitarios la documentación solicitada.

El Jefe del Servicio de Cardiología del Hospital "Y", en su informe de 5 de septiembre de 2013, señala que los "hechos acontecidos se resumen en el informe firmado con fecha 29-05-2012" por un médico de dicho Servicio. Puntualiza que el "día 24 se pauta cloruro mórfico para tratamiento de dolor costal secundario a su traumatismo. Pauta que es suspendida el día 25", y que ese día "por la mañana se suspende el estudio ecocardiográfico" por encontrarse el paciente "a su llegada a la Unidad de Imagen Cardíaca con sudoración y estado nauseoso"; de vuelta a "planta (...) es valorado por su médico sin recogerse datos que indiquen inestabilidad. Haciendo referencia específica a la ausencia de dolores, suspendiéndose el alta prevista y quedando (...) en observación. Se hace constar que había presentado vómito en tres ocasiones tras desayunar y en el traslado hacia la sala de ecocardiografía (...). A las 13:30 horas (...) acude por su cuenta al W. C. sufriendo una caída (...). A las "14:30 (...) vuelve a vomitar, administrándose Primperan IV (...). A las 17

horas (...) se encuentra dormido -con tendencia al sueño- (...). Es valorado por la cardióloga de guardia (...). A las 19:30 (...), pese a la recomendación previa de reposo (...), acude de nuevo al W. C. (...), sufriendo un episodio de caída al suelo (...) Se avisa al médico de guardia que en ese momento se encuentra atendiendo una parada cardiorrespiratoria en otro servicio (...). A las 19:45 horas presenta disminución brusca del nivel de conciencia, siendo valorado por la cardióloga de guardia, quien, con la sospecha de ictus hemorrágico, solicita valoración urgente al neurólogo de guardia y TAC craneal./ Se realiza el diagnóstico de hemorragia cerebral y se procede a su traslado urgente al Servicio de Neurología" del Hospital "X".

7. Con fecha 17 de octubre 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 la "asistencia prestada" fue "correcta y adecuada a los criterios de la *lex artis*", precisando que durante su ingreso "no presentó clínica neurológica hasta las 19:30 horas del día 25 de mayo".

8. Mediante escritos de 21 de octubre de 2013, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones, Centros y Servicios Sanitarios 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.

9. El día 6 de diciembre de 2013, emite informe una asesoría privada, suscrito colegiadamente por tres especialistas en Neurocirugía.

En él detallan que el paciente "sufrió un síncope por síndrome vasovagal, siendo ingresado en el Hospital 'Y', en donde se le realizaron las pruebas oportunas cardiológicas y cerebrales (...). Cinco días después de su ingreso, a las 19:30 h, sufre un desvanecimiento en el cuarto de baño con posterior deterioro brusco neurológico", siendo avisados el "cardiólogo y neurólogo de guardia", que solicitan a las "19:45 h (...)" un TAC de cráneo que muestra graves lesiones intracerebrales de hematoma intraparenquimatoso y subdurales

bilaterales". Se le "traslada urgentemente" al Hospital "X", donde "se desestima intervención quirúrgica por irreversibilidad de las lesiones".

Consideran que "no ha existido ningún tipo de retraso en la realización del TAC de cráneo que diagnosticó los hematomas cerebrales", y afirman que "aunque este se hubiera realizado una o varias horas con anterioridad el resultado clínico hubiera sido el mismo", dado que las "lesiones cerebrales se desarrollaron rápidamente y fueron agravadas por los antecedentes del paciente y por el tratamiento anticoagulante que recibía".

10. El día 9 de enero de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario comunica a la 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.

11. Con fecha 14 de enero de 2014, según diligencia extendida al efecto, la interesada se persona en las dependencias administrativas y obtiene una copia completa de aquel.

El día 29 de enero de 2014, se recibe en el registro de la Administración del Principado de Asturias el informe emitido por un especialista en Medicina Legal y Forense, fechado el 20 de noviembre de 2013, en el que consta que "constituye una pericial médica". Tras reflejar los "antecedentes y cronología de los hechos" y una serie de "consideraciones médico-legales", concluye que el paciente falleció por "hipertensión intracraneal secundaria a hemorragia cerebral masiva (...) traumática", constando "la existencia de dos traumatismos craneoencefálicos, uno la noche del 20 de mayo de 2012 y otro posterior el 25 de mayo de 2012", y siendo el "traumatismo inicial (...) en principio leve/menos grave". Afirma que la "evolución del paciente durante el ingreso fue satisfactoria hasta el día 25 de mayo de 2012, fecha en la que su estado empeoró y además sufrió un segundo TCE accidental", precisando que "desde entonces se describió (una) clínica neurológica de evolución rápidamente progresiva", y que la "explicación médico legal del daño ocurrido puede ser por agravación diferida de las lesiones iniciales de forma espontánea, o más

probablemente secundaria a este segundo TCE". Sostiene que tras "el 2º traumatismo el paciente presentaba clínica neurológica con base fundamentalmente orgánica que (...) indicaba la realización urgente de un TAC", puesto que era "un paciente con factores de riesgo de sangrado (...); las características clínicas del cuadro eran claramente de base orgánica, con cefalea, tendencia al sueño, piel pálida, sudoroso", y que se encontraba "en medio hospitalario y por ello el acceso al TAC urgente era fácilmente accesible", consignando que la "familia manifiesta que avisaron al control de enfermería y que desde allí avisaron al médico de guardia". Indica que cuando "presentó la triada clásica completa indicativa de hernia uncal transtentorial (alteración del estado mental, dilatación pupilar homolateral y hemiparesia contralateral) su estado ya era grave e irreversible", por lo que "el traslado urgente a Neurocirugía" del Hospital "X" "para tomar medidas neuroquirúrgicas que habrían podido salvar la vida del paciente no pudo ser efectivo; suponiendo todo esto una pérdida de oportunidad". Por último, y con "respecto al certificado médico de defunción", manifiesta que no puede estar de acuerdo con él, puesto que "se trató de una muerte por hemorragia cerebral masiva, pero en este caso de etiología violenta accidental". Adjunta parte de la historia clínica que ya obra incorporada en el expediente.

12. Con fecha 18 de febrero de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, basándose en los argumentos contenidos en el informe técnico de evaluación y en el realizado a instancias de la compañía aseguradora. Afirma que el informe pericial emitido a instancia de los interesados "parece analizar los hechos una vez conocido el desenlace (...), y no valorando la actuación de los profesionales sanitarios de acuerdo a la sintomatología que en cada momento presentaba el paciente".

13. En este estado de tramitación, mediante escrito de 3 de marzo 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), están los interesados -esposa e hijos del fallecido- activamente legitimados para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron, pudiendo la madre actuar, con poder bastante al efecto, en nombre y representación de su hija mayor de edad y, a tenor de lo dispuesto en el artículo 162 del Código Civil, en nombre y representación de su hijo menor. La filiación ha quedado debidamente acreditada en el expediente mediante la incorporación al procedimiento de la certificación literal de la inscripción del menor en el Registro Civil.

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 24 de mayo de 2013, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae causa -el fallecimiento del paciente- el día 26 de mayo 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.- Los interesados solicitan una indemnización por los daños ocasionados tras el fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, que consideran debido al funcionamiento anormal del servicio público sanitario.

A la vista de la documentación obrante en el expediente resulta acreditado el fallecimiento de aquel, por lo que hemos de presumir el daño moral que ello supone.

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 y si ha de reputarse antijurídico, en el sentido de que se trate de un daño que 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 los reclamantes es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico

ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

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 -aunque no siempre pueda garantizarse que este sea exacto- 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.

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*.

Los interesados consideran que en el óbito por el que reclaman tuvo una influencia determinante la asistencia sanitaria que se prestó al paciente el día 25 de mayo de 2012 a partir de las 13:30 horas en el Hospital "Y", que reputan tardía. Señalan que, pese a "tener conocimiento de la caída, del golpe sufrido y del estado del paciente no (se) prescribió la práctica de ninguna prueba que descartara un traumatismo hasta las ocho de la noche", y que con ello se produjo "una pérdida de oportunidad".

Para la valoración de lo sucedido, resulta necesario puntualizar la secuencia de lo ocurrido al paciente al menos en los cuatro días anteriores al fatal desenlace. Se detalla en el informe de alta del Servicio de Cardiología del

Hospital "X" que es atendido en el Servicio de Urgencias el día 21 de mayo de 2012 por "presentar en su domicilio un episodio de pérdida de consciencia con traumatismo sobre costado izquierdo", y que tras realizarle diversas pruebas - Rx de tórax y controles analíticos- y ser valorado por Neurología queda "ingresado en planta de Cardiología", que solicita "EEG y TAC craneal-. Para dilucidar el origen del síncope, y ante la "sospecha de deberse a un trastorno del ritmo queda monitorizado", si bien esta se "retira a las 64 h del ingreso al no haberse objetivado ni pausas ni episodios de taquicardia ventricular que justificaran (el) síncope (...). Al persistir sin filiación la causa de episodio sincopal (...) se presenta el caso en sesión el día 24, decidiéndose repetir estudio ecocardiográfico con vistas a revalorar la función de VI, ya que en caso de impresionar como disfunción severa se plantearía la indicación de DAI".

Ese mismo día 24 "es revalorado por Neurología tras recibirse informe del TAC craneal realizado el día 23 con imagen interpretada como sugerente de contusión y/o higroma subdural. Por continuar neurológicamente asintomático no se consideró preciso (tratamiento) por su parte, permitiendo anticoagulación. El día 25 el paciente es llevado a la sala de ecocardiografía". Al respecto, consideramos importante señalar que en el informe del especialista que aportan los reclamantes se afirma que "el seguimiento y tratamiento del paciente fue correcto hasta el día 25 de mayo de 2012, ya que había sido monitorizado y no parece que fuera necesaria la monitorización de la presión intracraneal", y se añade que tampoco parece que "estuviese indicada la realización de TACs secuenciales (...) en busca de cambios", concluyendo que "la evolución del paciente durante el ingreso fue satisfactoria hasta el día 25 de mayo".

Pues bien, los reproches se ciñen a la falta de diligencia y omisión de medios diagnósticos tras "el segundo traumatismo craneoencefálico sufrido sobre las 13:30 horas del día 25 de mayo de 2012", según consta en el informe pericial elaborado a instancia de los interesados. No obstante, hemos de puntualizar varias cuestiones. Por un lado, en el escrito de reclamación se indica que el paciente "debía realizar una prueba por la mañana", y que "pasada la una de la tarde" llamó al trabajo a su esposa y le comunicó que "no

se le había realizado la prueba prevista (...), ya que había sufrido una caída al ir al baño”, añadiendo que “se golpeó en la cabeza y no se encontraba bien”. Resulta acreditado en el expediente que efectivamente la prueba que se le iba a realizar el día 25 por la mañana no se llevó a cabo, pero ello no fue consecuencia de un nuevo traumatismo, pues consta en la hoja de observaciones del curso clínico que “bajó a hacerse estudio eco” y que este se “suspendió al apreciarle (...) sudoración y mal aspecto y referir haber tenido (...) vómitos en 3 ocasiones (tras el desayuno y en el ascensor)”, y en la hoja de enfermería se reitera lo expuesto en la anotación correspondiente a las “11:48 h” del mencionado día, puntualizando la hoja de observaciones del curso clínico -de vuelta en planta- a las 12:40 h que “sigue (...) sudoroso, algo bradipsíquico”, lo que origina -como afirma el informe del Jefe del Servicio de Cardiología- que “se suspenda” aquella “por encontrarse el paciente a su llegada a la Unidad de Imagen Cardíaca con sudoración y estado nauseoso”; cuadro que se interpreta “como una posible reacción vagal al haberse aumentado el día previo la dosis de paracetamol y haber recibido en la noche previa 3 mg s. c. de clóruro mórfico por el dolor del costado izdo.”, lo que se constata en la anotación correspondiente de la hoja de observaciones del curso clínico.

Por lo que se refiere al segundo traumatismo craneoencefálico, en la hoja de enfermería se indica, a las 13:30 h, que “cae en el W. C. a pesar de decirle que no vaya” y, si bien en el informe del Jefe del Servicio de Cardiología de 5 de septiembre de 2013 se indica que “no constan datos sobre traumatismo craneal”, hemos de señalar que en la anotación realizada por Neurología -folio 79- se consigna “esta mañana (13:30) caída o síncope con TCE, según enfermería y familia”, al igual que en la hoja de observaciones del curso clínico -folio 183-, en la que figura “caída al suelo y traumatismo”.

Respecto a la afirmación de que sufría un “fortísimo dolor de cabeza”, debemos señalar que es una dolencia que no coincide, al menos en su intensidad, con lo que se refleja en la historia clínica. Concretamente, en el informe del Jefe del Servicio de Cardiología se afirma “ni presencia de cefalea”, añadiéndose que “en ningún momento consta, en la historia clínica o en las

anotaciones de enfermería, que el paciente refiriese cefalea, siendo la única referencia a la presencia de dolor de cabeza la existente en la última anotación en el curso clínico, encontrándose ya (...) en coma y etiquetado de leve"; efectivamente, en la hoja de observaciones -folio 183- se detalla "por la tarde cefalea leve" y en el informe de alta del Servicio de Cardiología, si bien no se concreta la hora exacta, se señala "con cefalea leve".

Continuando con el relato cronológico de los hechos, en la hoja de enfermería consta que de nuevo a las 14:30 h "vuelve a vomitar, aviso al cardiólogo de guardia, se le pone Primperan", y a las 17 h "dormido, con tendencia al sueño, piel pálida. Refiere la mujer que se mareó al ir al W. C. Comento que no se levante de momento, que se mantenga en reposo durante el día de hoy", nuevamente se habla con el médico de guardia, "sin modificaciones. Pasa a verlo a la habitación". Se indica en el informe del Jefe del Servicio de Cardiología que es "valorado por la cardióloga de guardia, quien, en entrevista realizada, manifiesta que el paciente se encontraba sin datos de inestabilidad, habiendo desaparecido el mareo y no refiriendo cefalea ni otra sintomatología especial", pudiendo atribuirse, según el informe técnico de evaluación, "los síntomas descritos por el personal de enfermería a su patología cardiológica", lo que corroboran los especialistas en el informe elaborado a instancia de la compañía aseguradora, en el que se afirma que "su sintomatología podría ser achacada a su patología cardíaca".

Hay que puntualizar que a pesar de la advertencia de que no se levantara, en la hoja de enfermería se relata, a las 19:30 h, que "avisa la familia que al acompañarlo al W. C. se les cae al suelo (parece que no se golpeó (...)). Responde a órdenes sencillas, sudoroso (...), se le acuesta con ayuda del celador. Se comenta con (médico de guardia por) teléfono que, a su vez, está en una (situación de parada cardiorrespiratoria) en otro servicio". Consta también en las hojas de enfermería que a las 19:45 h "se monitoriza. Se pide TAC craneal (urgente)". Sobre este extremo, debemos subrayar que en ninguno de los informes incorporados al expediente se señala que dicha actuación y prueba no fuesen las correctas ante los síntomas que presentaba el enfermo; es más, en el informe pericial aportado por los propios reclamantes se

afirma -con reproche por la falta de inmediatez con relación al TCE de las 13:30 h- que se le tenía que haber “indicado un TAC urgente y monitorizarle de nuevo”. Sin embargo, la prueba y la monitorización sí fueron llevadas a cabo de modo inmediato a la aparición de la clínica neurológica, que -según recoge el informe técnico de evaluación- no se presentó -frente a lo que señalan los reclamantes- “hasta las 19:30 horas del día 25 de mayo”. Además, en el informe emitido por los especialistas se reseña que “el tipo de hemorragia que padecía el paciente era muy grave y su pronóstico no hubiera variado de haber realizado el TAC con una o varias horas de antelación”, y se añade que las “lesiones cerebrales que padecía (...) se desarrollaron y agravaron rápidamente en la tarde del 25-05-12, para lo que no había ningún tipo de tratamiento, ni médico ni quirúrgico, que hubiera impedido su desenlace fatal”, destacando que “tenía antecedentes (hepatopatía, bajo número de plaquetas) que suponían un grave riesgo cardiológico y cerebral, asociado a la toma de anticoagulantes (...), que han podido influir de forma significativa en la evolución del proceso”, lo que incluso se reconoce en el informe pericial aportado por los reclamantes, en el que consta que “se trata de un sujeto (...) con factores hemorrágicos de riesgo”.

A pesar de que los interesados en el trámite de audiencia presentan un informe pericial en el que se afirma que hubo “una pérdida de oportunidad”, dado que cuando se traslada al paciente “a Neurología” del Hospital “X” “para tomar medidas neuroquirúrgicas que habrían podido” salvarle la vida su “estado ya era grave e irreversible”, lo cierto es que en dicho informe se estima que ese estado se produjo “cuando presentó la triada clásica completa indicativa de hernia uncal transtentorial (alteración del estado mental, dilatación pupilar homolateral y hemiparesia contralateral)”; es decir, como se refleja en el informe técnico de evaluación, a las “19:30 h”, y no antes. Debemos destacar que el informe emitido a instancia de los reclamantes mantiene, por un lado, que “la evolución (...) durante el ingreso fue satisfactoria hasta el día 25 de mayo de 2012” y que “tras el 2º traumatismo” -13:30 h del día 25- el paciente “presentaba clínica neurológica”, y, por otro, se plantea -después de saber el resultado final- que “la clínica manifestada ya la mañana del 25 de mayo” antes

de las 13:30 horas “fuera el inicio de una descompensación del traumatismo inicial” tras señalar que en una serie de estudios “se concluye que entre un 15 y 20% de los pacientes con TCE que no presentan signos ni síntomas iniciales o con síntomas leves pueden deteriorarse en una etapa posterior y que este periodo es muy variable, pudiendo ser de horas, días e incluso semanas”.

Los informes técnicos obrantes en el expediente niegan que hubiese existido una falta de diligencia en la asistencia dispensada al paciente. Así, en el informe técnico de evaluación se afirma que el fallecimiento “no es debido a una inadecuada asistencia prestada”, sino “a la gravedad de su proceso patológico (posiblemente agravado por el tratamiento anticoagulante al que estaba siendo sometido), de gran mortalidad, que originó daños incompatibles con la vida y sin tratamiento posible”, lo que se corrobora en el informe emitido por los especialistas, en el que consta que “no se trata de una falta de premura en la realización de las pruebas, ni adecuada asistencia médica”, sino que las lesiones se deben al “grave proceso que padecía”, al que se añaden “sus graves antecedentes y el tratamiento anticoagulante que tomaba”, concluyendo que, en cualquier caso, debido a que las “lesiones cerebrales que padecía el paciente se desarrollaron y agravaron rápidamente en la tarde del 25-05-12”, no había “ningún tipo de tratamiento, ni médico ni quirúrgico, que hubiera impedido su desenlace fatal”.

En suma, los informes técnicos citados coinciden en apreciar una actuación acorde con el buen quehacer médico y conforme con la *lex artis*, por lo que solo cabe concluir que se actuó con la diligencia exigible, ni siquiera puede afirmarse que un diagnóstico precoz hubiera alterado el devenir del grave proceso que el paciente padecía, sin que se haya probado que su fallecimiento guarde relación de causalidad con la actuación de los servicios públicos sanitarios.

Por tanto, al no haber acreditado los interesados la pérdida de oportunidad terapéutica que reprochan al servicio público sanitario, y al no concurrir nexo causal entre el fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, y el servicio público sanitario no cabe estimar la

responsabilidad patrimonial que se pretende, lo que nos exime de realizar cualquier otra consideración acerca de la cuantía indemnizatoria demandada.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, 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,