

Expediente Núm. 240/2014
Dictamen Núm. 255/2014

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 6 de noviembre 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 27 de agosto de 2014 -registrada de entrada el día 5 del mes siguiente-, 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 recibida en un hospital del servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 14 de agosto de 2013, la interesada presenta en el Hospital una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños derivados de lo que considera una deficiente asistencia prestada a su padre, ya fallecido.

Expone que “con fecha 24-7-2013” su padre ingresó en el Servicio de Urgencias del Hospital “X” “con el lado izquierdo de la cara parcialmente inmovilizado”, siendo trasladado “a la Unidad de Ictus”.

Manifiesta que “al día siguiente detectamos un empeoramiento en su estado general, más agravado en la parálisis facial del lado izquierdo de la cara,

que ya era casi total”, solicitando la familia “el día 28-7-2013” el traslado del paciente al Hospital “Y” “por el deterioro y dejadez observada en tan poco tiempo”. Señala que el facultativo que les informa “no se explicaba cómo había llegado hasta ese punto, tan rápido (...), y que no hubiesen detectado antes tal empeoramiento”, al tiempo que les “aconsejaba y secundaba en la petición de traslado” al Hospital “Y” “con carácter inmediato”. Producido el traslado a este segundo hospital el 28 de julio de 2013, “a la recepción del paciente (...) en el Servicio de UCI y por motivo de coma estructural se nos informa que (...) se había demorado mucho la decisión del traslado, y que si se hubiese ingresado en el Servicio de Neurocirugía con un par de días de antelación no hubiese sufrido daños tan severos. Fallece el 3-8-2013”.

Cuantifica la indemnización que solicita en quinientos mil euros (500.000 €), al entender que existió “negligencia en el tratamiento” del paciente y que hubo “omisión de pruebas importantes médicas para el diagnóstico de la enfermedad, terminando en resultado de muerte”.

2. Mediante oficio de 10 de septiembre de 2013, la Gerente del Área Sanitaria V remite al Servicio de Inspección de Prestaciones, Centros y Servicios Sanitarios una “copia de la historia clínica, así como informes de los Servicios implicados”.

En el primero de ellos, suscrito el 4 de septiembre de 2013 por la Jefa de la Sección de Neurología, se indica que el paciente “ingresa en la Sección de Neurología el día 24-07-2013 por presentar un déficit focal caracterizado por disartria, asimetría facial y torpeza en la mano derecha de pocas horas de evolución. Siguiendo los protocolos de actuación del PCAI del ictus elaborados y aprobados por (el) Sespa y los propios de nuestra propia Unidad de Ictus, ingresa con monitorización continua. No se realiza fibrinólisis dado que el déficit motor era mínimo, con una puntuación inicial en la escala de NIHSS menor de 4./ Durante su estancia en la Unidad el paciente no presenta alteraciones en la monitorización multiparamétrica. En los controles con escalas clínicas (escala canadiense) no se observan variaciones hasta las 8 horas del día 25, donde se objetiva un aumento del déficit neurológico pero con un adecuado nivel de conciencia. Se realiza un Eco Doppler de TSA que muestra una obstrucción completa de la arteria carótida interna derecha. El paciente continúa en la

Unidad hasta completar las 48 horas de observación estable y con buen nivel de conciencia./ Tras su paso a planta, en la tarde del día 27 (...) presenta un deterioro del nivel de conciencia. Es atendido por el neurólogo de guardia y ante la clínica compatible con la aparición de un edema cerebral inicia tratamiento según protocolo con agentes osmolares y diuréticos con buena respuesta a los mismos inicialmente./ En el cuarto día del ingreso (domingo 28), y a pesar de los tratamientos recibidos (...), presentó un mayor deterioro del nivel de conciencia y el neurólogo de guardia de ese día solicitó un Tac de urgencia que confirmó la existencia de un edema cerebral con herniación subfacial, uncal y perimesencefálica derecha”, pues se trata de “un infarto cerebral maligno”; patología “con una mortalidad superior al 80%”.

Afirma que “tanto los protocolos del PCAI como las guías de actuación de la Sociedad Española de Neurología desestiman cualquier tipo de actuación quirúrgica en pacientes:/ mayores de 60 años./ Con herniación cerebral./ Con inicio de los síntomas del ictus de más de 48 horas”, siendo “evidente que este paciente no era candidato teórico a ninguna actuación quirúrgica dado el alto índice de mortalidad”. A pesar de ello “el neurólogo de guardia comentó el caso con el Servicio de Neurocirugía para valorar la realización de una craneotomía descompresiva que finalmente se practicó pero con malos resultados”.

Sostiene que “se siguieron estrictamente los protocolos de actuación de la propia Unidad, del PCAI y de la Sociedad Española de Neurología”, sin que se retrasara “ningún método diagnóstico ni terapéutico”; es más, “se realizó una actuación quirúrgica in extremis aun estando fuera de protocolo”. Añade que uno de los médicos que atendieron al paciente -citado en la reclamación- padeció un “trato vejatorio” por parte de los familiares de este, “llegando al insulto y agresión verbal”.

Con fecha 22 de agosto de 2013, la Jefa de la Unidad de Urgencias del Hospital “X” señala que el perjudicado ingresó “en ambulancia medicalizada” y que fue “valorado de forma inmediata”, siendo el motivo de la consulta “episodio de ictus en su domicilio con: disartria + desviación de la comisura bucal + pérdida de fuerza MSI”, recogándose en la historia a su llegada a Urgencias la “desaparición de la disartria y mejoría del facial”. Precisa que “terminada la valoración clínica de Urgencias y petición de pruebas

complementarias es valorado por (el) neurólogo de guardia”, y que ingresa en la “Unidad de ictus” con el “diagnóstico de ictus isquémico hemisferio dcho.”.

3. Mediante escrito notificado a la interesada el 25 de septiembre de 2013, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario le comunica 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.

4. Con fecha 9 de octubre de 2013, el Responsable del Área de Reclamaciones del Hospital “Y” remite al Servicio de Inspección de Prestaciones, Centros y Servicios Sanitarios una copia de la historia clínica del paciente.

Mediante oficio de 15 de noviembre de 2013, le traslada el informe emitido por el Servicio de Medicina Intensiva el 8 de ese mismo mes. En él se emiten “notas aclaratorias al informe de alta de UCI de fecha 8 de agosto de 2013”, consignándose que el paciente ingresó el día 28 de julio de 2013, “traslado desde (la) Unidad de Ictus del Hospital “X” para valoración por los Servicios de Neurocirugía y UVI”, decidiendo el primero realizar “cirugía urgente, craniectomía descompresiva derecha, por ictus de arteria cerebral media derecha con edema y desviación de línea media”. Pese al “tratamiento precoz quirúrgico” y al “tratamiento médico del edema cerebral con sedoanalgesia y relajación continuada endovenosa, desarrolla síndrome de hipertensión intracraneal con nula respuesta a manitol y salino hipertónico”, evolucionando de “forma desfavorable con aparición de midriasis derecha arreactiva el día 31 de julio de 2013”. Ese mismo día el equipo de guardia de UVI decide “no tratar nuevas complicaciones, dado el empeoramiento marcado, con aumento del edema y mayor desplazamiento de línea media y colapso de cisterna ambiens (...). A las pocas horas se objetiva midriasis bilateral arreactiva, situación de premuerte cerebral, por lo que se informa a la familia de la situación de irreversibilidad del proceso”.

El día 4 de marzo de 2014, envía el informe emitido por el Jefe del Servicio de Neurocirugía del Hospital “Y” el 18 de febrero de 2014. En él se señala que a la llegada del paciente “fue valorado de inmediato por los

neurocirujanos de guardia”, mostrando “el Tac de cráneo” una extensa “zona de infarto cerebral en hemisferio derecho con desplazamiento de línea media”, por lo que es trasladado al “quirófano, donde se le practicó una amplia craniectomía descompresiva que es el tratamiento adecuado en esta situación”. Posteriormente fue “trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos” y se le “colocó (...) un sensor intracraneal para monitorización continua de la PIC (presión intracraneal)./ A pesar de la intervención y el tratamiento médico de UVI, el paciente evolucionó desfavorablemente y falleció el día 3 de agosto”. Afirma que la actuación del Servicio de Neurocirugía “no pudo ser más correcta y diligente” y que “lo crítico de la situación neurológica hizo que fracasaran todas las medidas terapéuticas utilizadas a pesar del tratamiento quirúrgico inmediato a su llegada a este centro”, existiendo -según indica- “numerosa bibliografía en la literatura médica” respecto a tales situaciones.

5. Con fecha 11 de marzo de 2014, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él, tras exponer diversas consideraciones médicas sobre “la enfermedad cerebrovascular” y el “infarto cerebral maligno” -tipo muy específico de “ictus isquémico”-, y en relación con sus manifestaciones y tratamiento, señala que “en la actualización de la guía de 2013” -en referencia a la “Guía de Recomendaciones Clínicas en el Ictus”-, en el apartado dedicado a las “situaciones en que se recomienda el tratamiento quirúrgico”, se indica que “en individuos menores de 60 años con infartos malignos de la arteria cerebral media la craniectomía descompresiva está indicada lo más precozmente posible, como máximo en las 48 horas iniciales”.

Precisa que “la reclamante reprocha a los servicios médicos” del Hospital “X” “la demora en el traslado del paciente al (Hospital “Y”), dando a entender que la intervención quirúrgica a la que éste fue sometido era la alternativa terapéutica de elección cuando la adopción de tal medida u otras menos agresivas viene condicionada por la tipología del paciente, la evolución clínica y de los estudios de neuroimagen”.

Subraya que “consta en la historia clínica que cuando el paciente ingresa en el Servicio de Urgencias había mejorado clínicamente (había desaparecido la

disartria y mejorado la parálisis facial (...). El Tac craneal realizado al ingreso no evidenció imágenes compatibles con signos de isquemia aguda, sangrado intracraneal, efecto masa ni desplazamiento de la línea media, por lo que se tomó la decisión de ingresarlo en la Unidad de Ictus para su monitorización (decisión conforme a los protocolos de actuación)./ La decisión de no realizar tratamiento fibrinolítico fue correcta y adecuada, dado el estado del paciente en ese momento” -según la Jefa de la Sección de Neurología del Hospital “X”, “el déficit motor era mínimo”-, iniciándose “tratamiento rehabilitador” para “eliminar o minimizar las posibles secuelas funcionales” el día 26 de julio de 2013.

Reseña que al día siguiente -27 de julio de 2013-, “estando en planta, procedente de la Unidad de Ictus, se produce un deterioro del nivel de conciencia, lo que hace sospechar la existencia de edema cerebral, y se inicia de forma inmediata el tratamiento antiedema con manitol y Seguril para atajarlo, ya que el edema cerebral es la complicación más importante del infarto cerebral maligno, con un importantísimo índice de mortalidad”, produciéndose, “a pesar del tratamiento instaurado”, una “herniación cerebral, debido al edema”. Añade que “no hubo ningún retraso en la realización de la intervención quirúrgica, sino que esta no estaba indicada dadas las características del paciente”; pese a ello, “como última y remota posibilidad”, se decidió remitirlo al Hospital “Y” “para una valoración neuroquirúrgica”, falleciendo el mismo “a pesar de la intervención realizada”.

6. Mediante escritos de 13 de marzo de 2014, 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.

7. Con fecha 27 de abril de 2014, emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por una especialista en Neurología. En él explica, entre otras cuestiones médicas, que “el tratamiento trombolítico consiste en la introducción por vía arterial de producto que disuelve el coágulo (trombo o émbolo) que causa la obstrucción arterial. Aunque al

disolverse al coágulo el flujo sanguíneo se restablece, este procedimiento no está exento de riesgos, entre los que destaca el agravamiento del daño neurológico por el brusco aumento de presión sobre un tejido previamente dañado (lesión de reperfusión)", por lo que "la trombolisis solo debe aplicarse bajo estrictos parámetros de indicación", excluyéndose, entre otros, los pacientes que presenten "déficit neurológico leve" y "resolución o mejoría rápida de los síntomas".

En cuanto a la cirugía descompresiva "para aliviar la presión intracraneal y evitar así la herniación cerebral causante de la muerte", estima que el momento en que "debe realizarse es controvertido", ya que las estadísticas que cita, y que indican una reducción de la mortalidad en caso de llevarse a cabo "antes de que se desarrollen síntomas de infarto maligno", son de dudosa "veracidad", ya que pueden "incluir a pacientes que en realidad no presentaban infarto maligno". En cualquier caso, tratándose de un procedimiento no exento "de riesgos potencialmente mortales (fundamentalmente hemorragia e infección) (...), solo debe realizarse cuando está suficientemente indicada y el beneficio esperado supera al riesgo asumido", precisando que "no está indicada en pacientes de edad superior a 60 años, con herniación cerebral importante y con inicio de los síntomas de ictus mayor de 48 horas".

Considera que en el presente caso "la actuación médica desarrollada" en el momento del ingreso "fue correcta", no estando indicada la trombolisis intravenosa, y descarta la pertinencia al día siguiente de la "trombolisis intraarterial" y de la "trombectomía mecánica". En cuanto al día 26 de julio, señala que, dado que no había "datos clínicos de edema cerebral (...), no existían datos que permitieran sospechar la posterior evolución del proceso ni que justificaran una actuación diferente a la realizada", aclarando que, "aunque es cierto que el déficit neurológico progresa al día siguiente del ingreso, esta es una situación frecuente en el ictus (las células en el territorio límite del infarto inicialmente lesionadas pueden acabar muriendo al persistir la isquemia, aumentando así el daño y, por tanto, la intensidad de los síntomas)". Respecto al día 28 de julio, cuando se decide el traslado -"punto crucial" de la reclamación, que obliga por tanto a pronunciarse sobre si debió realizarse con anterioridad-, recuerda que el tratamiento médico necesario para el edema

cerebral se había iniciado el mismo día en que aparecen sus síntomas (el 27 de julio), resultando inútil para evitar el empeoramiento clínico, por lo que, aun no estando indicada por no cumplir el paciente los requisitos, se valoró la realización de la craniectomía. Entiende que dicha actuación fue correcta, “toda vez que la abstención suponía la muerte prácticamente segura del paciente”, y reseña las “indicaciones de la Sociedad Española de Neurología” para dicha cirugía “en infartos malignos de arteria cerebral media (...), donde claramente se hace constar que si el paciente tiene más de 60 años no es candidato a tratamiento quirúrgico”.

Concluye que “no se reconoce retraso en la derivación del paciente” al Hospital “Y” “para valoración neuroquirúrgica”.

8. El día 19 de mayo de 2014 emite informe un gabinete jurídico, también a instancias de la compañía aseguradora. En él se concluye que “la actuación del Servicio de Salud del Principado de Asturias ha sido diligente y conforme a la *lex artis* y al estado actual de la ciencia médica”, por lo que “no procede otorgar indemnización” a la reclamante.

9. Mediante escrito notificado a la interesada el 24 de junio de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario 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.

No consta en este que se hayan presentado alegaciones.

10. Con fecha 31 de julio de 2014, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, al considerar que, “dadas las características del paciente, no estaba indicado el tratamiento quirúrgico, produciéndose el fallecimiento por la altísima mortalidad del proceso que padecía y no por una asistencia médica inadecuada”.

11. En este estado de tramitación, mediante escrito de 27 de agosto 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), en relación con lo establecido en el artículo 31.1.a), debemos destacar que no consta en el expediente que la reclamante esté activamente legitimada para solicitar la reparación del daño supuestamente causado, dado que su condición de hija del fallecido no ha sido acreditada de modo fehaciente en el procedimiento, lo que resulta fundamental para determinar si su esfera jurídica se ha podido ver directamente afectada por los hechos que originan la reclamación. Ello por sí solo constituye causa de desestimación de la misma; sin embargo, habida cuenta de que la Administración no ha cuestionado en ningún momento su condición de interesada, ni le ha solicitado la necesaria acreditación formal del vínculo alegado, en aplicación del principio de eficacia, reconocido en el artículo 103.1 de la Constitución, y recogido en el artículo 3 de la LRJPAC, procede analizar el fondo de la cuestión controvertida, no sin antes advertir de que si en el pronunciamiento se apreciara la concurrencia de los requisitos que permiten

declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración no cabría una estimación de la reclamación sin que esta, por el procedimiento legal oportuno, verifique dicha legitimación.

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 14 de agosto de 2013, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -el fallecimiento del perjudicado- el día 3 de ese mismo mes, 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.- La reclamante, hija de un paciente fallecido, solicita una indemnización por la atención dispensada a su padre con ocasión del padecimiento de un ictus cerebral.

Consta acreditada en el expediente la defunción de aquel en el curso del proceso seguido para el tratamiento de dicha patología.

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, 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*.

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 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.

Sin embargo, la interesada no aporta evidencia alguna de la imputación concreta que sostiene, consistente en reprochar la demora en el traslado del perjudicado a un segundo hospital en el que finalmente se le practica una intervención de cirugía craneal, afirmando, por un lado, que de haberse realizado aquél -ha de entenderse, con la finalidad de llevar a cabo la craniectomía descompresiva- con "un par de días de antelación no hubiese sufrido daños tan severos", y, por otro, que hubo "omisión de pruebas importantes médicas para el diagnóstico de la enfermedad, terminando en resultado de muerte", sin que especifique siquiera cuáles de dichas pruebas entiende debieron realizarse.

Dado que tales manifestaciones carecen de sustento en informe médico alguno, este Consejo debe basarse en los elementos de juicio proporcionados por los incorporados al expediente a instancia de la Administración, los cuales no han sido discutidos por la reclamante (quien no comparece durante el trámite de audiencia).

Dichos informes coinciden en resaltar la corrección de la actuación desplegada para el tratamiento de la enfermedad, cumpliéndose los protocolos establecidos en las distintas fases de evolución de la patología.

En cuanto a la concreta imputación formulada, cabe señalar que la anticipación de la intervención al momento sugerido (sin ningún fundamento) por la interesada -"un par de días" (26 de julio)- hubiera supuesto la realización

de aquella en presencia de “riesgos potencialmente mortales” con anterioridad a la aparición de la sintomatología propia del infarto cerebral maligno (día 27 de julio, con la “sospecha de edema cerebral”), tratándose, además, de una operación en un paciente que, como subrayan los diversos informes, presentaba criterios de exclusión -singularmente, la edad-. En cualquier caso, queda acreditado en el expediente que, pese a concurrir circunstancias que excluían la indicación de la intervención, el mismo día en el que se diagnostica el infarto se adopta la decisión de operar, como última opción en beneficio del afectado, ante su deterioro y la falta de respuesta al tratamiento médico instaurado un día antes para el control del edema cerebral. Es más, tal y como destaca el informe emitido por la especialista en Neurología, “la cirugía descompresiva” se plantea “como complemento” de las medidas antiedema “mediante abertura del cráneo (craniectomía) para aliviar la presión intracraneal y evitar así la herniación cerebral causante de la muerte”; manifestación esta que resulta crucial para concluir que la cirugía no reviste el carácter preferente e, incluso, preventivo que parece atribuirle la reclamante.

En cualquier caso, del contenido de los informes se deduce que no solo no existió el pretendido retraso, sino que, pese a no ser el paciente candidato al tratamiento quirúrgico, se recurrió al mismo; circunstancia que desconoce u obvia la reclamante. Por otro lado, no consta acreditado siquiera que el traslado se realizara a “petición” de los familiares, y del expediente se desprende que esta afirmación resulta contradictoria con las propias manifestaciones de la interesada, pues habría que concluir que se solicitó el mismo día en el que se acuerda -28 de julio-, lo que revelaría que su petición fue atendida de forma inmediata. Por otro lado, no puede dejar de advertirse que la Jefa de la Sección de Neurología del Hospital “X” reseña que el facultativo responsable de la atención sanitaria fue objeto de “agresión verbal” por parte de los familiares del paciente.

Respecto a la denunciada “omisión de pruebas importantes médicas”, y, pese a que -como ya hemos señalado- la reclamante no especifica cuáles debieron practicarse (ni su incidencia en relación a la evolución de la enfermedad, por cuanto pudieran haber implicado pérdida de oportunidad en el tratamiento), el análisis de la historia clínica permite constatar la realización de

un Tac craneal en el momento del ingreso y otro urgente el día 28, así como una ecografía Doppler el día 26, además de “monitorización multiparamétrica en Unidad de Ictus” y pruebas analíticas. Y ninguna alegación, en fin, se realiza en cuanto a la falta de administración de tratamiento trombolítico, justificada en todo caso de acuerdo con lo expuesto en los informes incorporados al expediente.

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.