

Expediente Núm. 301/2014
Dictamen Núm. 8/2015

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
García Gutiérrez, José María
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 15 de enero de 2015, con asistencia de los señores que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 10 de diciembre de 2014 -registrada de entrada el día 16 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 como consecuencia del fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, que achacan a una deficiente asistencia por parte del servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 19 de marzo de 2014, un abogado, en nombre y representación de las interesadas, presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños derivados del fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, que imputan a una “negligencia médica”.

Explica que el paciente “acudía habitualmente al Hospital “X” a hemodiálisis. El 1 de julio de 2013 (...) tras finalizar el tratamiento sufrió una caída en la que se golpeó en la parte posterior de la cabeza. La información que otros pacientes transmitieron a mis mandantes es que cayó al pesarse y se golpeó la cabeza contra la báscula; la versión que el hospital ofreció” a la reclamación planteada por la hija del perjudicado ante el Servicio de Atención al Paciente “es que cayó en el WC”.

Señala que, “en cualquier caso, lo cierto es que (el paciente) se desplazó solo”, y pone de relieve que en la contestación referida se afirma “que la normativa de hemodiálisis obliga a que los pacientes acudan a pesarse tras la diálisis acompañados de una auxiliar, por ser frecuentes los episodios de hipotensión; pero que en ocasiones no esperan a ser acompañados por miedo a no llegar a la ambulancia y van solos sin dar tiempo a que los acompañen”. Entiende que “esto no puede ser disculpa para el hecho de que (el paciente) se encontrase solo tras la sesión de hemodiálisis; el personal del centro debe tomar las precauciones necesarias para evitar accidentes, máxime si son tan previsibles como el ocurrido y están expresamente contemplados en la normativa (...). La afirmación de que el accidente ocurrió en el WC parece ser una invención a posteriori para justificar que estuviera solo, aunque si la normativa trata de prevenir caídas en la maniobra de pesaje cabe pensar que debería prevenirlas también, con más razón, en el baño”. Reseña, además, que las circunstancias personales del paciente -“edad avanzada, 77 años, patología múltiple que incluye un deterioro cognitivo leve-moderado” diagnosticado en noviembre de 2011- “obligaban a extremar las precauciones”.

Precisa que en aquella contestación consta que “tras la caída fue atendido por una auxiliar, una ATS y un celador; que se le aplicó hielo; que estaba consciente y con buenas tensiones; que tras estar en observación fue dado de alta por la enfermera, y que de todas las incidencias queda constancia en las hojas de diálisis y el libro de enfermería. No se llamó al médico por no considerarlo necesario, dado el estado del paciente”. Significa, a continuación,

que “lo cierto es que al llegar al domicilio familiar presentaba una gran hinchazón en la zona del golpe, sufría dolores, se encontraba mal y no podía caminar por sí mismo, por lo que tuvo que ser ayudado por su esposa y el conductor de la ambulancia./ No se le había entregado ninguna hoja con el protocolo de seguimiento y vigilancia a realizar tras un traumatismo craneoencefálico”.

Subraya que en la citada contestación se señala que “sorprende que no acudiera previamente al hospital si se encontraba mal, o que la familia no hubiese llamado a la Unidad”, aunque “lo cierto es que la esposa sí llamó por teléfono a su centro de salud; en esta llamada explicó que (el paciente) habría sufrido una caída en el hospital tras la diálisis, y que se encuentra con dificultad para coger el sueño, según consta en informe del centro de salud; consta también que el (...) médico de atención continuada le indica que le administre un Lexatin 1.5./ Lo que sí resulta sorprendente es que el personal del hospital no hubiese entregado la hoja con instrucciones a seguir tras el traumatismo craneoencefálico; y que se enviase el paciente a casa sin avisar a ningún médico ni practicarle ningún tipo de examen. La familia (...) simplemente estaba expectante ante su posible evolución y contando con que el siguiente día 3 tenía que volver al hospital, lo que aprovecharían para consultar con el médico que le atendía si persistía su malestar./ Y aún más sorprendente resulta que el médico especialista pretenda que la familia del enfermo sea más diligente en el seguimiento y atención al paciente que el personal del hospital, máxime cuando no se le había entregado la repetida hoja de instrucciones o protocolo a seguir con las explicaciones y advertencias pertinentes respecto a la gravedad que puede tener un traumatismo en la cabeza”.

Manifiesta que “como el día 3 seguía encontrándose muy mal la esposa le acompañó a hemodiálisis para hablar con el (doctor). Le sorprendió que este no supiera nada de lo ocurrido. Tras explicárselo, el doctor se limitó a una exploración superficial, pedirle que apretase las manos y hacerle un par de comentarios, a los que (el paciente) no pudo contestar. El (doctor) no dio

ninguna importancia a su estado, por lo que le remitió a hacer la hemodiálisis sin ninguna consulta con el Servicio de Neurología, ninguna prueba de imagen ni de ningún otro tipo. En su informe dice que se quejaba de dolor en zona lumbosacra, consciente y normal de constantes; no objetivó focalidad ni patología neurológica (...); no presentaba patología en columna lumbosacra y atribuyó el dolor al traumatismo de la caída. En la cabeza no presentaba herida aparente. Sorprende a esta parte que reseñe como queja del paciente el dolor en la zona lumbosacra omitiendo lo relativo a los dolores de cabeza, pérdida de fuerza y dificultades de movilidad, que fue lo que indujo a la esposa a acompañarle al hospital; de hecho, el dolor en la zona lumbosacra no tiene su origen en la caída, sino que es anterior”.

Refiere que puesto que “el día 4 de julio por la mañana el estado (del paciente) se había deteriorado: no tenía apenas fuerza en el lado derecho, no podía sostener la cuchara para desayunar ni podía calzarse la zapatilla (...), su esposa decide llevarle al Servicio de Urgencias del Hospital ‘X’./ Este Servicio informa que presentaba dolor lumbar y que había sufrido un traumatismo occipital el lunes; que su mujer había notado menor fuerza con mano derecha y dificultad para mover la pierna derecha; se le practica Tac craneal urgente” y la “impresión diagnóstica es de ‘hematoma subdural agudo hemisférico izquierdo con herniación subfalciforme’. Ante la gravedad de su estado se remite al Servicio de Neurocirugía” del Hospital “Y”, en el que fallece tras dos intervenciones quirúrgicas el día 23 de julio de 2013.

Considera que “se han producido una serie de actuaciones negligentes”; en concreto, “se permitió al paciente que se desplazase solo, sea para pesarse (...), sea para ir al WC (...). Tras el traumatismo solo fue atendido por ATS, auxiliar y celador, sin que se avisara a ningún médico que valorase su estado, la necesidad de ingreso o de un periodo de observación o la conveniencia de alguna prueba diagnóstica como un Tc cerebral, y ello a pesar de encontrarse en un hospital con disponibilidad de esos medios personales y materiales (...). Se envió al paciente a casa sin entrega del formulario de recomendaciones postraumatismo craneal que deben ser entregados a todas las personas que

hayan sufrido un accidente de este tipo” y, por último, el doctor que le examina cuando acude a hemodiálisis dos días después del accidente “realiza un examen superficial, sin derivarlo al Servicio de Neurología para que se practicara una revisión en profundidad y sin practicar el Tc craneal que habría sido pertinente dados los síntomas que manifestaba”. Resalta que “la 1.ª negligencia (...) da lugar a que el paciente se caiga al desplazarse autónomamente sin ayuda de ninguna auxiliar, pese a las instrucciones en contra dentro del Servicio, por la mala organización o funcionamiento del mismo. Esa caída es la que provoca el hematoma subdural que finalmente provocó el óbito”, y que “las negligencias 2.ª, 3.ª y 4.ª impidieron un diagnóstico más temprano del hematoma subdural y la consiguiente atención especializada antes de que la lesión alcanzase mayor gravedad. No pueden calificarse como causantes directas del fallecimiento, ya que es imposible conocer si un diagnóstico y una atención tempranos habrían evitado el fallecimiento, pero desde luego han supuesto la pérdida de oportunidad del tratamiento temprano antes de que el daño se extendiese y, por consiguiente, han reducido sustancialmente las posibilidades de sanación”.

Solicita una indemnización que asciende a noventa y siete mil quinientos cincuenta y seis euros con ochenta y seis céntimos (97.556,86 €), de los cuales 86.276,40 € corresponderían a la viuda y 9.586,26 € a la hija por el fallecimiento, añadiendo el importe correspondiente a “tres días improductivos sin ingreso hospitalario” -192,75 €- y “19 días de estancia hospitalaria” -1.501,45 €-, que, entiende, les correspondería en tanto que “herederas legales”, y que se calcula conforme al baremo de accidentes de circulación de vehículos a motor establecido para 2013.

Al escrito de solicitud adjunta una copia, entre otros, de los siguientes documentos: a) Poder general para pleitos otorgado por las perjudicadas a favor del abogado que actúa en su nombre. b) Reclamación presentada por la hija del fallecido el 7 de agosto de 2013 y respuesta ofrecida a la misma. c) Protocolo de tratamiento del traumatismo craneoencefálico leve y moderado, y hoja de recomendaciones del traumatismo craneal en la que figura el

membrete del Hospital "Y". d) Hoja de episodios del centro de salud, en la que figura anotado el 2 de julio de 2013, "guardia: llama la mujer para preguntar si le puede dar un ansiolítico; esta mañana tras la diálisis sufrió una caída en el mismo" hospital "que fue vista allí, dice que está con dificultad para coger el sueño, quedamos en que le dé un Lexatin 1.5". e) Informe pericial privado, librado por un especialista en Valoración del Daño Corporal el 7 de marzo de 2014, en el que se consta que "el propio Servicio reconoce que tras la diálisis los pacientes sufren frecuentemente episodios de hipotensión, y por ello deben desplazarse con ayuda y supervisión. Entiendo que es responsabilidad del centro sanitario que esto sea así./ Una vez producido el traumatismo craneoencefálico (...) el traumatismo craneal en sí mismo habría indicado la valoración inmediata por un médico, sin poder asumir esta responsabilidad el personal de enfermería o auxiliares de clínica, y esto en cualquier paciente; pero de forma mucho más estricta en este caso, porque se trataba de un paciente anticoagulado por diálisis y de avanzada edad y con diagnóstico previo de atrofia córtico-subcortical, siendo todos estos factores de mayor riesgo y gravedad en caso de traumatismo craneoencefálico. No solo no se tuvieron en cuenta estas circunstancias, sino que ni siquiera se avisó al médico para valorar al paciente, decidir si había que realizar alguna prueba diagnóstica complementaria, realizar algún tratamiento o incluso ingreso u observación; además de que no se le entregó ni a él ni a sus familiares el formulario de recomendaciones postraumatismo craneal que debe ser entregado a todos los pacientes que lo sufren, aunque impresionen de leves./ En relación a la exploración en consulta de prediálisis del 03-07-2013, la familia manifiesta que tan solo le instó a que le apretase las manos, si bien es cierto que por parte del (doctor) se dice a posteriori, no dispongo de ningún informe de dicha exploración (...), que no observó focalidad ni patología neurológica, estaba consciente y bien de constantes". Refiere el perito que "existe una gran variabilidad interhospitalaria del manejo del TCE leve en España, quizá por la ausencia de guías clínicas consensuadas de la Sociedad Española de Neurocirugía, aunque la mayoría de los neurocirujanos

encuestados en un estudio realizado entre 1999 y 2000 consideraban conveniente la elaboración de estas guías clínicas de actuación por tratarse de la urgencia neuroquirúrgica más frecuente. Otros estudios multicéntricos realizados en diversos países han concluido que la arbitrariedad existente en criterios de diagnóstico y tratamiento de los TCE leves puede conducir a una mala actuación médica./ Respecto al traumatismo inicial de este caso en concreto, en las clasificaciones de los TCE tampoco existe consenso para la definición de TCE leve. Dentro de este grupo hay subcategorías de mayor riesgo, como son: aquellos con un GSC (escala Glasgow) 14-15 pero con lesiones objetivadas por Tac, los que conllevan pérdida de consciencia, los que asocian alteraciones de la memoria, etc. No dispongo de información objetiva ni profesional al respecto, porque la realidad es que inicialmente no fue atendido por un médico, y por ello no podemos saber si existía algún signo o síntoma de alarma; aunque la declaración de los familiares así lo afirme (ayuda de la esposa y del conductor de la ambulancia para entrar en casa, fuerte dolor de cabeza, no se sostenía en pie, al día siguiente todo el día en la cama...)./ Es importante además identificar posibles factores de riesgo de los pacientes que puedan suponer que TCEs en principio leves puedan complicarse. Entre estos factores se encuentran las coagulopatías y tratamientos anticoagulantes, el mecanismo traumático y la edad avanzada, la atrofia córtico-subcortical, las intoxicaciones, etc.". Señala, "respecto a la consulta realizada prediálisis el 3 de julio de 2013", que "parece patente que se fue conocedor entonces de dicho traumatismo, y que la familia indicó no solo el dolor sacrolumbar (que ya era previo y había sido consultado y tratado el día 29 de junio de 2013 por su médico de cabecera), sino también el traumatismo craneal y su clínica, porque se afirma (aunque creo que no puedo dar por probada) que se le practicó una exploración neurológica básica, si bien no se solicitó interconsulta con Neurología ni ninguna prueba de imagen. Considero que el argumento de que 'en la zona de la cabeza no presentaba herida aparente' no es un dato a tener en consideración en absoluto para valorar la severidad de un traumatismo craneal, que puede ser muy grave sin

necesidad de presentar ninguna herida”. Resalta que tras el traumatismo “la familia del finado afirma que presentaba clínica neurológica con base fundamentalmente orgánica, que desde mi perspectiva indicaba la necesidad de realizar un Tac craneal urgente en base a los siguientes argumentos (...): traumatismo inmediato (...), presentaba factores de riesgo de sangrado (...), las características clínicas del cuadro orientaban a base orgánica (...), el mismo día del accidente y el día 3 de julio se encontraba en medio hospitalario y por ello el acceso al Tac urgente era fácil (...) y además no había sido valorado de forma precoz por un médico”. Manifiesta que “en otras series 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”.

2. Mediante oficio de 27 de marzo de 2014, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica al representante de las perjudicadas la fecha de recepción de su reclamación en la Administración del Principado de Asturias, las normas del procedimiento con arreglo al cual se tramitará y los efectos del silencio administrativo.

3. El día 31 de marzo de 2014, el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios designado para emitir el informe técnico de evaluación solicita a la Gerencia del Área Sanitaria III una copia de la historia clínica relativa al proceso de referencia, así como un informe del Servicio de Nefrología sobre el contenido de la reclamación.

4. Con fecha 14 de abril de 2014, el Director Económico y de Recursos Humanos del Área Sanitaria III remite al Servicio instructor una copia de la historia clínica del perjudicado y los informes librados por el Jefe del Servicio de Nefrología el día 11 de abril de 2014 y por la enfermera de la Unidad de Diálisis.

En el informe del Jefe del Servicio de Nefrología se indica que el paciente "al terminar la sesión de diálisis del 01-07-2013 y una vez desconectado (...), en lugar de permanecer en su cama en espera de ser acompañado por el personal sanitario, se levantó y acudió a pesarse por su cuenta; posteriormente pasó al vestuario adjunto (WC) donde le encontraron en el suelo una auxiliar (...), una ATS (...) y un celador de turno que estaban en otra sala adjunta de diálisis. Una vez atendido (...) se introdujo en la sala de diálisis y quedó a cargo de la enfermera que le había llevado durante la diálisis. Se le tomaron constantes, se le aplicó hielo en la zona de la contusión y después de permanecer un tiempo en la Unidad se remitió a su domicilio (...). En la Unidad de Diálisis existe un protocolo de actuación donde consta que los pacientes deben ser acompañados para comprobar su peso de salida, esto es lo habitual y se cumple, pero no podemos, salvo que adoptemos medidas de contención, evitar que un paciente consciente aproveche la circunstancia de que coincidiendo con la desconexión de otros pacientes que mantienen ocupados a la enfermería y a la auxiliar se levante y salga de la sala./ Sigo manteniendo que el paciente fue recogido del suelo del vestuario-WC por el personal (...), y una vez colocado en un sillón se introdujo nuevamente a su sitio de diálisis./ La ATS (...) le mantuvo en observación, le aplicó hielo en la zona de contusión y le remitió a su domicilio (adjuntamos hoja de enfermería)./ En el protocolo de traumatismo craneoencefálico del hospital en un paciente asintomático con exploración y constantes normales se procede a remisión a domicilio, con recomendación de acudir al hospital en caso de empeoramiento de su estado clínico. Nuestros pacientes y sus familiares saben que pueden llamar, y de hecho lo hacen, a la Unidad de Diálisis mientras está en funcionamiento (hasta las 22:00 horas) y posteriormente al hospital".

Señala que "a las 24 horas (...) de ocurrir el accidente, según refiere la familia, el paciente se encontraba mal y por este motivo llamó al centro de salud; nos sorprende que el médico consultado únicamente le recetó un ansiolítico, no es lo habitual que un paciente que se encuentra tan mal no sea

trasladado al centro de salud o al hospital y únicamente se le recete un ansiolítico si la familia refiere síntomas de pérdida de fuerza o cefalea intensa, más si refiere haber tenido una caída con traumatismo craneoencefálico./ El personal sanitario no traslada la atención de nuestros pacientes cuando están a nuestro cargo a los familiares, pero sí pensamos que si un paciente es dado de alta porque no precisa el ingreso y está con su familia esta tiene parte activa en el seguimiento de su proceso en el domicilio; nunca hemos negado atención a nuestros pacientes, tanto cuando llaman por teléfono a la Unidad como cuando acuden a la misma”.

Reseña que “a las 48 horas (...) de ocurrir el accidente (...) el paciente acude a diálisis a su sesión habitual acompañado de su esposa, y es atendido” por el doctor que suscribe el informe, quien le practica una “exploración (...) que no evidenció focalidad neurológica, tenía las constantes normales, estaba consciente y solo se quejaba de dolor en columna vertebral lumbosacra que también es explorada; al no encontrar datos patológicos en la exploración se remite al enfermo a la Unidad de Diálisis”.

En cuanto al reproche de “no haber realizado Tac al paciente y no haber consultado al especialista en Neurología”, precisa que “no se solicitó Tac por no creerlo indicado (nos remitimos a protocolo del hospital para tratamiento traumatismo craneoencefálico)./ No se solicitó consulta a Neurología al no creerla necesaria por los mismos motivos. El (doctor) ejerce de nefrólogo pero tiene, además del título de especialista en Nefrología, el (...) de especialista en M. Interna./ Mantenemos la opinión (de) que una exploración clínica que no muestra alteraciones neurológicas patológicas no indica la realización de un Tac, y únicamente se aconseja según la evolución del cuadro clínico, como ocurrió en nuestro paciente (hemiparesia dcha.); motivo por el cual acude a Urgencias./ La primera notificación de disminución de fuerza en el paciente es del día 04-07-2013 por la mañana (no desde el día 01-07-2013, como consta en el informe del abogado)”.

Concluye que “nuestra actuación, tanto de enfermería como médica, fue correcta; no aceptamos una práctica de medicina defensiva basada en

petición de pruebas diagnósticas (Tac o ingresos no justificados). Los protocolos que dependen de nosotros se cumplieron en la asistencia al paciente, y los que no se cumplieron (acompañamiento del paciente por personal sanitario) fueron motivados por la actuación del propio paciente, haciendo omisión de las recomendaciones y normas de la Unidad”. Adjunta una hoja del protocolo de traumatismo craneoencefálico idéntica a la aportada por la reclamante.

Por su parte, la enfermera de la Unidad de Diálisis señala que “el paciente (...) estaba consciente, totalmente orientado y con constantes mantenidas al finalizar su sesión de diálisis (...). Se le advirtió reiteradamente que no se levantase de su puesto establecido para la sesión (...) en espera de ser ayudado por parte de la auxiliar (...). El paciente hizo caso omiso a lo ordenado, se incorporó de la cama por su cuenta y se calzó los zapatos sin abrochárselos ni atarse los cordones, saliendo de la sala pese a la continua recomendación, insistencia y advertencia del personal de la peligrosidad que podía conllevar esa actitud (...). Cuando estaba atendiendo a otro paciente (...), parece ser que tropezó en WC y se cayó (...). Entró nuevamente en la sala acompañado de una enfermera y de un celador sentado en un sillón. Se procedió a administrar hielo local en la zona del golpe, al no apreciarse herida alguna ni inflamación, y se toman constantes vitales, estando estas dentro de parámetros normales (...). Tras la valoración se comprueba que el paciente estaba totalmente consciente y orientado, se procede a darle el alta de la Unidad de Diálisis, dándole la recomendación y explicándole el seguimiento del protocolo de TCE (si en 24 h presentaba alteración alguna, náuseas, vómitos, cefalea... acudiese a Urgencias)”.

5. El día 5 de mayo de 2014, el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios designado al efecto elabora el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él, tras describir los hechos y los daños reclamados, afirma que “el paciente fue el causante de su propia caída al hacer caso omiso de las advertencias del personal que le atendía. El hecho de que (...) tuviese un deterioro cognitivo

leve-moderado no significa que no pudiese comprender las indicaciones elementales relativas a que esperase que una auxiliar pudiese acompañarle. En aquel momento el paciente se encontraba plenamente consciente y orientado”.

Destaca que “la familia afirma que al día siguiente se presentó dolor y pérdida de fuerza, pero ciertamente no acudieron a Urgencias ni se pusieron en contacto con el centro hospitalario, a pesar de ser esta una conducta habitual en los enfermos de diálisis./ El día 3 de julio de 2013, 48 horas después de la caída (...), acudió a su sesión de diálisis aquejando dolor en zona lumbosacra. Fue explorado en la consulta de prediálisis y se le realizó una exploración neurológica en la que no se objetivó clínica de este origen. Esta exploración puede ser realizada por cualquier facultativo de Medicina Interna y no (...) necesariamente por un neurólogo; especialidad inexistente en numerosos centros hospitalarios. No se solicitó Tac por no considerarlo oportuno de acuerdo con el protocolo de atención a estos pacientes, por no presentar alteraciones neurológicas patológicas. La primera vez que se habla de disminución de fuerza en el paciente es el día 4 de julio, cuando acude a Urgencias y ante la sospecha diagnóstica, tras realizar los estudios pertinentes, se establece el diagnóstico de hematoma subdural. Se trata de un proceso clínico de evolución larvada que puede pasar desapercibido clínicamente en función de la cuantía y de la localización del mismo. Actúan como factores favorecedores para su aumento la anticoagulación durante la diálisis y el mal estado de los vasos de los pacientes con insuficiencia renal”. Por ello, entiende que la reclamación “debe ser desestimada”.

6. Mediante escritos de 9 de mayo de 2014, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros 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.

7. El día 24 de septiembre de 2014 emite informe un gabinete jurídico privado a instancias de la compañía aseguradora. En él concluye que “no se ha producido ninguna actuación contraria a la *lex artis* de las manifestadas en la reclamación”. Así, señala “que no cabe (...) reproche alguno al personal sanitario de la Unidad de Diálisis, teniendo en cuenta que no se trataba de un paciente discapacitado o con una patología psiquiátrica al que debiera someterse a estrictas medidas de control y contención, no incurriendo” el Servicio de Salud del Principado de Asturias “en ningún incumplimiento de deber de cuidado”. Respecto al diagnóstico de la dolencia, reseña que “ante los primeros síntomas se realiza un Tac craneal que evidencia el hematoma subdural agudo. Y desde ese momento la actuación” del citado Servicio, “en cuanto al proceso de diagnóstico y tratamiento, no puede ser más preferente”.

8. Con fecha 14 de octubre de 2014, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica al representante de las reclamantes la apertura del trámite de audiencia con vista del expediente durante un plazo de quince días, y le adjunta una relación de los documentos obrantes en él.

9. El día 15 de octubre 2014, comparece este en las dependencias administrativas y obtiene una copia de aquel.

Con fecha 27 del mismo mes, presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que reitera los reproches formulados en la reclamación inicial y se ratifica en su pretensión. Manifiesta que el hecho de la caída en el WC encontrándose el paciente solo “pone de manifiesto que la organización del Servicio no podía ser idónea (...); si hay instrucciones de que los pacientes vayan a pesarse acompañados tras realizar la hemodiálisis y es frecuente que se apresuren a pesarse aun sin el acompañamiento exigido es que el Servicio no funciona adecuadamente (...), y no es de recibo eludir la propia responsabilidad (...) en la organización del Servicio aduciendo que la única solución sería inaceptable: aplicar sujeciones físicas a los usuarios. Quizás sería conveniente una mejor

coordinación con el servicio de transporte, una mayor dotación de personal en los periodos en que los usuarios terminan su sesión de diálisis o una atención por el personal disponible que priorice a los usuarios con determinadas patologías adicionales a la renal, como es el caso del deterioro cognitivo”.

Sostiene, “en contra de lo que el informe de la Inspección afirma gratuitamente”, que “es más que probable que su deterioro cognitivo le impidiese valorar adecuadamente el riesgo que corría al levantarse sin acompañamiento para pesarse”, o para ir “al aseo, si es cierta la versión del personal de enfermería; versión que por otra parte denotaría que el (paciente) tenía una urgencia por acudir al aseo que quizás fuese merecedora de una atención prioritaria sobre otros (...), si unimos esa necesidad urgente de ir al aseo con su deterioro cognitivo”. Subraya que el hecho de que tras la caída “no se haya pedido la atención de un médico solo cabe ser atribuida al desconocimiento del protocolo para la atención ante un traumatismo craneoencefálico (...). Es más, tampoco se entregó ningún documento con instrucciones a la familia sobre cómo actuar en las horas siguientes (...). Por el contrario, se afirma que se dieron instrucciones verbales al propio paciente (insisto, paciente con deterioro cognitivo, por lo que poco sentido tiene que se le den instrucciones de cualquier tipo)”.

Califica como negligente la actuación del facultativo de Atención Primaria que atendió la llamada de la esposa del paciente el mismo día de la caída, por limitarse a “recetar Lexatin en lugar de instar (...) una revisión personal urgente, como exigía el protocolo”, y entiende que las explicaciones del nefrólogo “sobre su intervención del día 3 (...) son absolutamente inconsistentes. Véase que no precisa qué tipo de pruebas practicó para comprobar que el paciente no presentaba secuelas neurológicas, sin duda por la superficialidad y nimiedad de lo que hizo (...). Dice que cumplió con el protocolo, que no requiere la realización de Tac en estos casos. Sin embargo, si leemos el protocolo que él mismo aporta (...) vemos que sí se requiere Tac para pacientes de más de 60 años, con el añadido de que la esposa le refiere que consulta porque hay pérdida de fuerza y gran postración”.

10. El día 13 de noviembre de 2014, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella, tras reproducir los razonamientos expresados en los informes anteriores, concluye que no puede apreciarse en el caso que se analiza infracción alguna de la *lex artis ad hoc*.

11. En este estado de tramitación, mediante escrito de 10 de diciembre de 2014, esa Presidencia 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.- Por lo que se refiere a la legitimación pasiva, hemos de comenzar por determinar cuál es el daño cuyo resarcimiento se pretende. Quien suscribe el escrito de reclamación solicita para sus representadas no solo el resarcimiento del daño moral que les ha irrogado el fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, sino también los perjuicios económicos

(1.694,20 €) derivados de un daño -"tres días impeditivos sin ingreso hospitalario" y "19 días de estancia hospitalaria"- que fue sufrido personalmente por aquel antes de su fallecimiento. Entiende el representante de las reclamantes que la indemnización por este último concepto les correspondería en su condición de "herederas legales" del finado.

Ahora bien, los daños supuestamente causados al paciente fallecido deben reputarse de carácter personalísimo, y en consecuencia no pueden transmitirse *mortis causa*; por ello, y pese a que las interesadas en este procedimiento fueran su legítimas herederas, en modo alguno podrían reclamar por los daños que no exigió en vida quien los padeció. Cuestión distinta es la relativa a los daños morales sufridos por las propias interesadas a causa del fallecimiento, para cuya reclamación podrían considerarse legitimadas si hubieran acreditado fehacientemente su respectiva condición de esposa e hija del fallecido; extremo este que, en atención 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), resulta fundamental para determinar si su esfera jurídica se ha podido ver afectada por los hechos que originan aquella. Tal acreditación, sin embargo, no consta en el expediente, y esta circunstancia por sí sola constituiría causa suficiente para desestimar la reclamación. No obstante, puesto que la Administración no ha cuestionado en ningún momento su condición de interesadas, ni les 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 19 de marzo de 2014, habiendo tenido lugar el fallecimiento por el que se reclama el día 23 de julio de 2013, 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 audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

En cuanto al informe de los servicios afectados, apreciamos que el representante de las interesadas en el escrito de reclamación centra su reproche en la asistencia prestada al paciente en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital “X” los días 1 y 3 de julio de 2013. Consecuentemente, durante la instrucción del procedimiento se recaba el informe del personal responsable de

aquella atención; más concretamente, del Jefe del Servicio de Nefrología y de la enfermera de la Unidad de Diálisis. Ahora bien, en el escrito de alegaciones presentado durante el trámite de audiencia las reclamantes incorporan a su pretensión una nueva crítica, la relativa a la actuación del facultativo de Atención Primaria que atendió la llamada de la esposa del paciente horas después de la caída, al que recriminan que se limitase a “recetar Lexatin en lugar de instar (...) una revisión personal urgente, como exigía el protocolo”. A pesar de ello, no se ha solicitado del centro de salud la emisión del correspondiente informe. Si bien en otras circunstancias procedería retrotraer el procedimiento al objeto de completar la instrucción con aquel, entendemos que tal retroacción no resulta necesaria en este caso, pues, teniendo en cuenta la información contenida en la historia clínica y los informes recabados durante su tramitación, es razonable suponer que de incorporarse al expediente el informe señalado no se verían alterados los datos en virtud de los cuales hemos de alcanzar nuestro dictamen. En suma, atendidos los principios de eficacia y de economía procesal, consideramos que procede dictaminar sobre el fondo de la pretensión deducida.

Finalmente, 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.- Se somete a nuestra consideración el procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por una reclamación de daños derivada de

la atención sanitaria dispensada al esposo y padre de las reclamantes tras una caída con traumatismo craneoencefálico, lo que causaría posteriormente su fallecimiento.

Acreditado el óbito, hemos de reconocer que tal pérdida ha originado en las interesadas un daño real y efectivo de naturaleza moral.

Ahora bien, la mera constatación de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si el mismo se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio público sanitario y si ha de reputarse antijurídico, en el sentido de que se trate de un daño que las perjudicadas no tuvieran 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 las 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 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 un hipotético defectuoso diagnóstico ni el error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes. Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña *per se* una vulneración de la *lex artis*.

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.

No obstante, antes de analizar si concurre el imprescindible nexo causal, examinaremos brevemente las circunstancias de hecho que enmarcan la reclamación, las cuales, tal y como resultan de la historia clínica y del relato de hechos efectuado por los servicios intervinientes, son las que se expresan a continuación: el esposo y padre de las reclamantes -de 77 años de edad- seguía tratamiento de hemodiálisis desde el 16 de mayo de 2008, y había sido diagnosticado de deterioro cognitivo leve-moderado en 2011. El día 1 de julio de 2013, finalizada la sesión de hemodiálisis, se levanta de la cama, se pone los zapatos y, sin atarse los cordones, acude a pesarse solo, desatendiendo la

recomendación general que aconseja a los pacientes que esperen a ser acompañados por personal auxiliar, al ser frecuentes en ellos los episodios de hipotensión. Sufre una caída en el WC, donde le encuentran tendido en el suelo una enfermera, una auxiliar y un celador. Se ha golpeado la cabeza, está consciente y refiere a quienes le asisten que ha tropezado. La enfermera le toma la tensión arterial y le aplica hielo en la zona de la contusión, remitiéndolo después a su domicilio. Esa misma noche la esposa del accidentado llama a su centro de salud y refiere que el paciente ha sufrido "una caída" tras la diálisis, vista en el propio hospital, y que tiene dificultad para "coger el sueño", por lo que pregunta al facultativo que la atiende "si le puede dar un ansiolítico". El día 3 de julio de 2013 el paciente acude nuevamente al hospital para una nueva sesión de hemodiálisis, y antes es visto por el nefrólogo que -informado por la esposa de la caída- lo explora, no objetivando "focalidad ni patología neurológica". Durante la sesión de diálisis de ese día únicamente refiere dolor en la zona sacra, del que ya se había quejado durante la sesión anterior. En la mañana del día 4 de julio de 2013 el paciente acude a Urgencias "por dolor a nivel lumbosacro de características mecánicas", manifestando su esposa que, "independientemente" de lo anterior, "nota desde hace 2-3 días pérdida de fuerza de mano dcha. con hormigueo y mayor dificultad para movilizar la pierna dcha.", y que sufrió "un traumatismo casual a nivel occipital el lunes sin pérdida de conciencia". A la exploración se aprecia "paresia MSD - 5/5", por lo que se pauta "Tac craneal/urgente", evidenciándose un "hematoma subdural agudo hemisférico izquierdo con herniación subfalciforme" que, pese a la atención recibida, evoluciona tórpidamente, produciéndose el fallecimiento el día 23 de julio de 2013.

El representante de las interesadas plantea varios reproches a la atención recibida. Considera que el hecho de que se haya permitido al paciente desplazarse solo, con la consiguiente caída, vulnera las normas de la Unidad de Diálisis, y pone de manifiesto una deficiente organización del Servicio, pues, a su juicio, debería contar con una "mayor dotación de

personal en los periodos en que los usuarios terminan su sesión de diálisis”, o con una atención que “priorice a los usuarios con determinadas patologías adicionales a la renal, como es el caso del deterioro cognitivo”. Entiende que la atención inmediatamente posterior al traumatismo tampoco fue correcta, pues el paciente no fue examinado por un médico que “valorase su estado, la necesidad de ingreso o de observación o la conveniencia de alguna prueba diagnóstica como un TC cerebral”, y tampoco se le entregó un “formulario de recomendaciones postraumatismo craneal”. Reputa negligente, asimismo, la actuación del facultativo que atendió por teléfono a la esposa del paciente el mismo día de la caída, por estimar que aquel debía haber instado “una revisión personal urgente, como exigía el protocolo”. También censura la intervención del nefrólogo que examina al paciente dos días después de la caída, ya que le realiza un examen “superficial”, sin “derivarle a Neurología” ni “practicar el Tac craneal que habría sido pertinente, dados los síntomas que manifestaba”.

Aunque calcula la indemnización que reclama para sus representadas como si el fallecimiento hubiera sido consecuencia directa de la actuación sanitaria, afirma que las asistencias prestadas tras la caída “impidieron un diagnóstico más temprano del hematoma subdural y la consiguiente atención especializada antes de que la lesión alcanzase mayor gravedad. No pueden calificarse como causantes directas del fallecimiento, ya que es imposible conocer si un diagnóstico y una atención tempranos habrían evitado el fallecimiento, pero desde luego han supuesto la pérdida de oportunidad del tratamiento temprano antes de que el daño se extendiese y, por consiguiente, han reducido sustancialmente las posibilidades de sanación”.

Por ello, la cuestión esencial para resolver la reclamación planteada radica en determinar si, como afirman las interesadas, hubo retraso diagnóstico en la atención sanitaria posterior a la caída, con la consiguiente pérdida de la posibilidad de tratamiento temprano del hematoma subdural.

Si nos atenemos al protocolo de tratamiento del traumatismo craneoencefálico (TCE) del hospital que la propia reclamante adjunta a su

escrito de solicitud inicial, apreciamos que esta clase de dolencias se clasifican, atendiendo a los signos que presenta el paciente, en distintas categorías. Es TCE banal aquel en el que el paciente está "asintomático", presentando una "exploración neurológica normal", en cuyo caso el protocolo pauta "observación en domicilio". El TCE es leve si el paciente manifiesta alguno de los siguientes "síntomas de alarma", que son "cefalea persistente", "síndrome vestibular/mareo", "vómitos", "pérdida de conciencia < 10 min" y "amnesia postraumática < 10 min". El tratamiento del TCE leve, esto es, de pacientes que presentan alguno de los síntomas de alarma referidos, se trata mediante "observación en Urgencias", imponiendo además el protocolo que se realice un Tac craneal si el paciente padece "tres o más síntomas" de alarma, si presentando menos muestra "otorragia y/o rinorragia y/o déficit neurológico" o si están presentes en él ciertos factores de riesgo, como estar recibiendo "tto. anticoagulante" o tener una "edad > 60 años". No es cierto, por tanto, como afirman las reclamantes, que el protocolo imponga la obligatoriedad de realizar un Tac craneal a todos los pacientes anticoagulados o mayores de 60 años que reciban un traumatismo craneoencefálico, sino solamente a aquellos que, teniendo algún factor de riesgo, presenten algún síntoma de alarma de los mencionados.

En consecuencia, debemos analizar la situación del paciente en el caso sometido a nuestra consideración, y más concretamente si estaban presentes algunos de los signos típicos que -por concurrir en él, además, los riesgos de anticoagulación y mayor edad- habrían demandado la observación en Urgencias o la realización de un Tac craneal.

En el supuesto examinado, la primera exploración neurológica del paciente la realiza el nefrólogo responsable de su atención (que está facultado para ello al poseer también el título de especialista en Medicina Interna, según se indica en la propuesta de resolución) 48 horas después de la caída, y, tal y como explica este en el informe librado durante la instrucción del procedimiento, no presentaba entonces "focalidad ni patología neurológica". Las reclamantes reprochan a la citada evaluación su carácter "superficial",

aunque no aportan prueba alguna de que aquella no se ajustara a los parámetros de una correcta exploración neurológica básica.

En cualquier caso, y puesto que a tenor del protocolo la presencia de signos de alarma hubiera exigido una actuación distinta por parte del servicio público sanitario, analizaremos a continuación si estaban presentes tales síntomas típicos. Afirma el representante de las interesadas en su escrito inicial que cuando el nefrólogo lo explora este ya presentaba "dolor de cabeza y pérdida de fuerza". Sin embargo, no se aporta indicio alguno del que pudiera inferirse la presencia de aquel dolor en el paciente tras la caída, y tampoco existe rastro en la historia clínica de que él o su familia hubieran referido al personal sanitario la presencia de la cefalea a la que ahora apuntan. Sorprende que en la reclamación presentada por la hija del paciente el día 7 de agosto de 2013, esto es, después del fallecimiento, se aluda a los "fuertes dolores de cabeza" que padeció su padre de forma continuada desde el mismo día del accidente -advertidos por la familia desde que llega a casa en ambulancia- y que no se haya demandado asistencia alguna por tal dolencia en las horas y días posteriores al percance. No resulta verosímil que la esposa al contactar telefónicamente con el facultativo de guardia del centro de salud la misma noche del accidente no consultase por aquel síntoma si existía; como tampoco lo es que se hayan atendido mediante analgesia las quejas de "dolor en sacro" manifestadas por el paciente durante la sesión de diálisis del día 3 de julio -tal y como se refleja en las hojas de progreso de enfermería- y que se haya obviado la presencia en el enfermo de un fuerte dolor de cabeza. Si el dolor era importante y continuado -como indican las reclamantes- es aún más extraño que la esposa se haya olvidado de mencionar dicho síntoma cuando acude al Servicio de Urgencias el día 4 de julio de 2013. En definitiva, y a falta de otras pruebas, no podemos dar por acreditada la presencia de la cefalea a la que las reclamantes se refieren.

En cuanto a la pérdida de fuerza, aunque es cierto que la esposa del paciente manifestó al facultativo del Servicio de Urgencias el día 4 de julio de 2013 que "nota desde hace 2-3 días pérdida de fuerza de mano dcha. con

hormiguelo y mayor dificultad para movilizar la pierna dcha.”, según se refleja en el correspondiente informe de alta, debemos considerar que de haberla presentado el día anterior cuando fue explorado por el nefrólogo habría sido advertida por él al pedirle -como indica aquella- que “le apretase las manos”.

Por ello, no podemos dar por probado que 48 horas después del siniestro el paciente presentase signos de lesión intracraneal. Al respecto, debe recordarse que, según se expresa en el informe pericial que acompañan las reclamantes, “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”. Y ante la ausencia de signos el protocolo no impone, por la sola presencia de factores de riesgo, una actuación sanitaria distinta a la que tuvo lugar.

Puesto que 48 horas después de la caída la exploración realizada no evidenciaba patología neurológica ni el paciente mostraba síntomas de daño intracraneal, resulta razonable suponer que de haberse realizado antes una evaluación neurológica por un neurólogo o internista tampoco se habría evidenciado ningún daño, ya que una vez que existe hemorragia cerebral y esta empieza a manifestar sus signos clínicos típicos si el sangrado no se detiene la evolución no conducirá lógicamente a una mejoría, sino a un empeoramiento del paciente, sobre todo en presencia de tratamiento anticoagulante. Tal consideración impide conectar la actuación sanitaria inmediatamente posterior al accidente con la evolución del paciente y la producción del fatal desenlace, pues aunque se hubiera evaluado la situación neurológica por un neurólogo o internista y entregado una hoja de recomendaciones postraumatismo craneal similar a la que obra en el folio 42 del expediente resulta evidente que, en ausencia de signos típicos -cuya realidad no considera probada ni siquiera el propio perito de parte-, el diagnóstico de lesión intracraneal no habría sido posible, y, por tanto, no se habría evitado la producción del daño por el que se reclama.

Las anteriores consideraciones resultarían suficientes para desestimar la pretensión indemnizatoria que se deduce. Ahora bien, puesto que el reproche de las reclamantes se extiende a la organización de medios en la Unidad de Diálisis, a la que se atribuye el hecho mismo de la caída por omisión de un supuesto deber de cuidado, analizaremos seguidamente esta cuestión. Según consta en el informe del servicio responsable, todos los pacientes que acuden a diálisis saben que una vez finalizada la sesión han de esperar a ser acompañados por personal auxiliar para ir a pesarse, por ser frecuentes en ellos los episodios de hipotensión, con el consiguiente riesgo de mareos y caídas. Esta norma debía conocerla también el paciente al que la reclamación se refiere, pues a la fecha en que se produjo el accidente llevaba cinco años sometiéndose a hemodiálisis. Es cierto que había sido diagnosticado de deterioro cognitivo leve-moderado en 2011, pero no consta que tal dolencia le impidiese comprender las posibles consecuencias de sus actos; ni, de ser así, que tal circunstancia hubiese sido comunicada por las personas que convivían con él a la Unidad de Diálisis. Siendo conocido el riesgo, la prevención de caídas no requiere, de ordinario, más que la eficaz colaboración de los pacientes, sin que normalmente resulte forzoso seguir medidas excepcionales como la contención física, aunque esta siempre podría aplicarse, siguiendo los cauces legalmente establecidos, de ser necesario. Lo que no es razonable es exigir al servicio público, en ausencia de norma que imponga tal obligación, una organización de medios que podría devenir ineficiente para conjurar un riesgo que es posible evitar de forma más sencilla y eficaz mediante la cooperación de los pacientes, o -en aquellos casos en que tal colaboración no sea posible- a través de las medidas excepcionales que ya contempla el ordenamiento.

A la vista de ello, concluimos que en el presente supuesto las interesadas no han acreditado, como sostienen en su escrito de reclamación, que la asistencia sanitaria prestada a su esposo y padre le haya privado de la posibilidad de un diagnóstico más temprano del hematoma subdural con la

consiguiente pérdida de oportunidad de un tratamiento temprano que podría haber evitado su fallecimiento.

En suma, al no resultar acreditado el nexo causal no es posible imputar al funcionamiento del servicio público sanitario la responsabilidad solicitada.

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.