

Expediente Núm. 84/2015
Dictamen Núm. 181/2015

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 22 de octubre de 2015, 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 24 de abril de 2015 -registrada de entrada el día 6 del mes siguiente-, y una vez atendida por escrito de 2 de octubre de 2015 -registrado de entrada el día 15 del mismo mes- la diligencia para mejor proveer, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados del retraso diagnóstico de un episodio de hidrocefalia.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 21 de julio de 2014, el interesado presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños derivados de lo que considera una deficiente asistencia prestada en un hospital público.

Expone que "el día 19 de septiembre de 2012" acudió a la consulta del médico de cabecera "por fuertes dolores de cabeza que aumentaban al toser y hacer esfuerzos y vómitos de varios días de evolución, siendo diagnosticado de infección respiratoria aguda de vías altas y cefalea de perfil sinusal".

Manifiesta que al día siguiente vuelve "a la consulta porque el dolor de cabeza persiste y se ha intensificado y no responde a los analgésicos, y los vómitos se producen con mayor frecuencia y de forma súbita, en escopetazo. Tras ser explorado por mi médico de cabecera, este me deriva a Urgencias del Hospital `X´ para descartar patología urgente neurológica (...). El mismo día 20 soy atendido en Urgencias (...) a las 13:35 horas, donde se me realiza exploración física, estudio analítico y radiográfico de senos paranasales, siendo diagnosticado de sinusitis con cefalea asociada, y dado de alta el mismo día a las 17:30 horas (...). Tras el alta ese mismo día, en mi domicilio, siguiendo el tratamiento prescrito, se mantienen los vómitos en escopetazo y la cefalea. Al despertarme al día siguiente, al incorporarme de la cama, noto desorientación y quedo inconsciente. Mi familia llama al 112, y soy atendido en mi domicilio por una ambulancia medicalizada que, ante la situación de muy bajo nivel de conciencia y dificultad respiratoria, me intuba y me traslada nuevamente a Urgencias del Hospital `X´ a las 10:53 horas del día 21./ En Urgencias se me realiza estudio de TAC craneal, encontrando hidrocefalia ventricular con hipertensión intracraneal y gran edema con borramiento de surcos cerebrales. Se me traslada de forma urgente al Servicio de Neurocirugía" del Hospital "Y", en el que se me "coloca un drenaje ventricular externo con salida de líquido cefalorraquídeo con elevada presión y posteriormente ingreso en la UCI", donde se me "extuba y realiza nuevo TAC craneal en el que se observa persistencia de hidrocefalia y un nódulo en el tercer ventrículo que la condiciona. Fui alta de UCI por mejoría el 23-09-2014, siendo trasladado a la planta de Neurocirugía, donde se me realiza resonancia que confirma el diagnóstico del nódulo como causante de la hidrocefalia. El 9 de octubre se me realiza intervención de quiste coloide en el tercer ventrículo. Fui dado de alta el 18 de octubre de 2012".

Precisa que posteriormente es remitido "al oftalmólogo a fin de valorar posibles secuelas derivadas de la hipertensión intracraneal padecida./ Con fecha 31 de julio de 2013, por el oftalmólogo se me diagnostica hemianopsia homónima derecha (...). El 20 de agosto de 2013 soy visto de nuevo por el Servicio de Neurología del Hospital `X` por dificultades para orientarme espacialmente, para interpretar lo que leo o para expresar un pensamiento. Limitaciones que me ocasionan además alteración del ánimo, irritabilidad", siendo visto "el 14 de enero de 2014" por el Servicio de Salud Mental y en el mes de julio del mismo año por un "neuropsicólogo".

Afirma que concurren en su caso "todos" los elementos determinantes de la existencia de responsabilidad patrimonial, al ser "innegable" que ha "sufrido un daño efectivo (...) de carácter irreversible, consistente en las secuelas de hemianopsia homónima, desorientación espacial y pérdida de facultades cognitivas de comprensión lectora y de coordinación mental del habla, con trastorno orgánico de personalidad y depresión asociada a las mismas". Centra "la relación de causalidad" en la "actuación" del "personal" que le "atendió en el Servicio de Urgencias del Hospital `X` el día 20 de septiembre de 2012", pues existió "un error diagnóstico palmario" que, a su juicio, "pudo y debió ser evitado con la simple aplicación del protocolo de urgencias para las cefaleas y que conllevó que no se me pautase el tratamiento oportuno a mi padecimiento, produciéndome hidrocefalia y consecuentemente síndrome de hipertensión intracraneal con edema cerebral masivo que dañó la corteza cerebral y que dio lugar a las secuelas que padezco; consecuencia, por tanto, de una mala praxis y un déficit de medios empleados para el diagnóstico".

Razona que fue "derivado al Servicio de Urgencias por el médico de cabecera para descartar patología neurológica urgente, dada la mala evolución de la cefalea, la tipología de los vómitos y la afectación de mi estado general, por lo que ya se orientaba hacia una patología potencialmente grave". Añade que, "por otro lado, la localización del dolor, así como su intensificación al toser y a la realización de esfuerzos, y la presencia de vómitos en escopetazo eran

síntomas más que suficientes para haber realizado un TAC craneal que habría puesto de manifiesto la lesión existente. Pero es más, en la exploración neurológica debió (...) realizarse un simple fondo de ojo para descartar la existencia de papiledema, tal y como se establece en los protocolos de urgencias para las cefaleas". Precisa que "de haberse realizado esta simple prueba se habría deducido la existencia de hipertensión intracraneal y evitado los daños padecidos".

Concluye que "es claro que el diagnóstico realizado en Urgencias el día 20 de septiembre de 2012 se efectuó sin respetar los protocolos establecidos y sin emplear los medios adecuados para su adopción. En definitiva, por esta mala praxis no se" le prestó "el tratamiento adecuado" a su "enfermedad en el momento oportuno".

Solicita una indemnización cuyo importe asciende a doscientos setenta y cinco mil euros (275.000 €).

Adjunta diversa documentación médica relativa al proceso asistencial seguido por la patología descrita.

2. Mediante escrito notificado al interesado el 31 de julio de 2014, 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.

3. Con fecha 20 de agosto de 2014, la Gerente del Área Sanitaria V remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia de la historia clínica del perjudicado obrante en el Hospital "X", así como el informe emitido por un facultativo de la Unidad de Urgencias de este centro.

En este último, elaborado el 19 de agosto de 2014, el médico especifica que el día 20 de septiembre de 2012 el paciente fue objeto de una "primera valoración" por parte de un residente que se encontraba bajo su tutela. Añade

que fue “derivado” por su médico de Atención Primaria “por un cuadro de varios días de evolución de cefalea de localización frontal, con vómitos acompañantes (no se reflejan en la historia clínica las características de los mismos), sin más síntomas (...). El paciente había presentado en el curso del último mes (un) cuadro de infección respiratoria de vías altas./ Se realiza exploración física, incluida exploración neurológica, que no muestra (...) signos de focalidad neurológica. Se solicitan estudios analíticos que incluyen bioquímica general, hemograma y estudio de coagulación”, todos ellos “dentro de los límites de la normalidad. Así mismo se realiza estudio de Rx simple de tórax y de senos paranasales, objetivándose en este último imagen de ocupación en seno maxilar compatible con sinupatía”.

Señala que el caso le fue comentado “para una reevaluación”, y que “ante los datos clínicos, exploración física en límites de normalidad y hallazgo radiológico sugestivo de sinupatía, permaneciendo el paciente estable en el momento del alta se procede a esta, decidiéndose (tratamiento) analgésico, así como antibiótico. Así mismo se indica, según se refleja en informe de alta, la necesidad de acudir de nuevo al Servicio de Urgencias en caso de empeoramiento de la clínica del paciente o bien aparición de nueva sintomatología”.

4. El día 23 de diciembre de 2014, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él señala que “el reclamante basa su solicitud de indemnización en un presunto retraso diagnóstico de la hipertensión craneal aguda, lo que ocasionó las secuelas que padece en la actualidad./ Cuando (...) acude por primera vez” al médico de Atención Primaria “el 19-9-2012 con cefalea tenía una infección respiratoria aguda de vías altas, por lo que el cuadro se etiqueta de cefalea de ‘perfil sinusal’ (la cefalea es un síntoma muy frecuente en las sinusitis). Al presentar también vómitos (aunque no se especifican sus características), el día 20-9-2012” el médico de Atención Primaria lo remite al Hospital “X” “para

descartar patología urgente neurológica". La exploración neurológica que se le practica "en el Servicio de Urgencias es absolutamente normal, por lo que no estaba indicada la realización de otro tipo de estudios (TAC, RNM). Dado el antecedente de infección respiratoria alta y los síntomas que presentaba se le realiza una radiografía de senos paranasales que mostró "ocupación del seno maxilar derecho", lo que podría explicar perfectamente la sintomatología que (...) refería./ El día 21-9-2012, cuando los síntomas de hipertensión intracraneal fueron evidentes (inconsciente, en rigidez de descerebración, taquicárdico y con dificultad respiratoria), se le traslada urgentemente" al Hospital "X", "se realiza la exploración indicada en estos casos (TAC), se le deriva de forma urgente" al Hospital "Y", "donde se le trata adecuadamente".

Afirma que "en cuanto se diagnosticó el proceso (de aparición muy aguda) se pusieron a disposición del paciente todos los medios para su tratamiento. Las "secuelas" a las que se refiere el reclamante no son consecuencia de una deficiente atención médica, sino de la gravedad del proceso sufrido", por lo que propone desestimar la reclamación.

5. Mediante escritos de 30 de diciembre 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.

6. Con fecha 12 de febrero de 2015, un especialista en Psiquiatría Forense emite un informe médico-pericial a instancia de la compañía aseguradora. Indica, en cuanto a la "actuación en Urgencias" en caso de cefalea, que "el diagnóstico recae principalmente en la anamnesis", resultando "imprescindible" en la exploración física la "toma de la TA" y de la "temperatura" y una "exploración neurológica completa junto con signos de irritación meníngea, fondo de ojo, palpación de arterias temporales y existencia de puntos dolorosos faciales o craneales".

Afirma que en el caso que nos ocupa “se comprueba que se siguió el esquema” indicado -“anamnesis” y “exploración”-, resultando esta última “sin signos de focalidad neurológica, con fuerza y sensibilidad conservadas (...). Sin alteraciones de la marcha ni signos meníngeos. No se realizó fondo de ojo”.

Por lo que se refiere al “resto de actuaciones”, precisa que “se realiza analítica de sangre, radiografía de tórax y radiografía de cráneo (proyección de Waters) que, según informes, mostraba ocupación del seno maxilar derecho./ Se diagnostica entonces de sinusitis con cefalea asociada (...). Así pues, la clínica del paciente, joven y sin antecedentes de migraña ni historia de episodios previos, se había iniciado al parecer con datos de infección respiratoria aguda de vías altas, achacándose la cefalea a tal origen”. A su juicio, “la localización del dolor, su buen estado general con constantes mantenidas (TA y Tº), la ausencia de datos de focalidad y los hallazgos en las pruebas de imagen compatibles con el diagnóstico de presunción ya iniciado en Atención Primaria: sinusitis y cefalea secundaria, hacen que el diagnóstico quede completamente justificado”.

Por último advierte que, “según figura en el informe de Emergencias-SAMU, el paciente sufrió desorientación por la noche. Ello no coincide con la relación de los hechos en la reclamación, que afirma ` (...) al incorporarme de la cama, noto desorientación y quedo inconsciente ´”.

7. El día 16 de febrero de 2015, un gabinete jurídico privado, también a instancia de la compañía aseguradora, propone la desestimación de la reclamación al considerar, con base en los informes incorporados al expediente, que “la actuación médica fue conforme a la *lex artis*”.

8. Mediante escrito notificado al interesado el 3 de marzo de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándole una relación de los documentos obrantes en el expediente.

Consta la personación de aquel en las dependencias administrativas el 6 de febrero de 2015 para examinarlo y tomar vista del mismo.

9. Con fecha 20 de marzo de 2015, el perjudicado presenta un escrito de alegaciones en el que expresa su "absoluta disconformidad" con las conclusiones que se alcanzan en el informe técnico de evaluación. Insiste en que cuando acude al Servicio de Urgencias lo hace "derivado por el médico de Atención Primaria precisamente para descartar patología neurológica urgente, por lo que ya se estaba orientando hacia una patología potencialmente grave". Añade que "si lo que se entiende por el Inspector" autor del informe "es que las características de los vómitos" constituían "un dato relevante para identificar la patología sufrida cabe preguntarse por qué no se encuentra ninguna referencia específica a ellos en la historia clínica de Urgencias del día 20 de septiembre, ni sobre la tipología, la frecuencia, la intensificación (...) cuando, sin embargo, sí se refieren `vómitos en escopetazo desde hace cuatro días´ en el informe del día 21 de septiembre del mismo Servicio./ Pero es más, tampoco se analiza el día 20 de septiembre por el Servicio de Urgencias que la cefalea es constante y persistente desde hace varios días pese al tratamiento analgésico pautado, su extensión hacia la zona frontoparietal y su intensificación con los vómitos y la tos. Ni siquiera consta que se palpara la zona de los senos cuando los protocolos recogen la comprobación de la existencia de puntos dolorosos faciales o craneales./ Obviamente, estas carencias ponen de manifiesto una anamnesis absolutamente deficiente".

Añade, "en cuanto a la localización del dolor", que "llama la atención que el informe del médico de Urgencias (...) hable de localización frontal del dolor cuando en la historia efectuada por el residente que lo atendió (...) consta claramente que el dolor era frontoparietal./ Pero es más, los datos analíticos recogidos en la historia clínica (página 58) no se corresponden con los realmente obtenidos; siendo, además, incierto que todos los valores (...) se encontraran en los límites de normalidad, como mantiene (...) en su informe./ Es más, la propia

analítica ponía de manifiesto la posibilidad de afectación neurológica y hacía descartable el proceso infeccioso bacteriano tratado”.

Respecto a “la exploración” en el Servicio de Urgencias, considera que “fue incompleta y, por lo tanto, las conclusiones equivocadas”, pues, afirmando el informe pericial realizado a instancia de la compañía aseguradora que resulta “imprescindible” la realización de fondo de ojo, este no se realizó, lo que supone un incumplimiento del protocolo del que derivó “un error diagnóstico grave, al no descartar la existencia de papiledema, y no haber diagnosticado la existencia de hipertensión intracraneal, lo que no solo me ha causado las secuelas que padezco sino que puso en absoluto riesgo mi vida, tal y como muestran los indicadores” del SAMU.

Estima, en suma, que “la derivación por el médico de Atención Primaria, la localización del dolor, así como su intensificación al toser y a la realización de esfuerzos, y la presencia de vómitos en escopetazo eran signos más que suficientes para haber realizado un TAC craneal que habría puesto de manifiesto la lesión existente; máxime si tenemos en cuenta los resultados obtenidos de la (...) analítica y de la propia historia clínica y que, por impericia o falta de diligencia, no fueron valorados correctamente por los facultativos”, por lo que entiende que en su caso no se “aplicaron los medios precisos para el diagnóstico correcto” de su dolencia.

10. Con fecha 31 de marzo de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio con base en los argumentos expuestos en los informes incorporados al expediente. Reitera que “en el presente caso la actuación del servicio público sanitario se adecuó en todo momento a los síntomas y signos que el paciente presentaba (antecedente de infección respiratoria de vías altas y Rx compatible con sinusopatía maxilar). En cuanto se diagnosticó el proceso (de aparición muy aguda) se pusieron a disposición del paciente todos los medios

para su tratamiento” (realización de TAC y derivación al Servicio de Neurocirugía del Hospital “Y”).

Afirma que “las `secuelas´ a las que se refiere el reclamante no son consecuencia de una deficiente atención médica, sino de la gravedad del proceso sufrido”.

11. En este estado de tramitación, mediante escrito de 24 de abril de 2015, 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.

Con fecha 28 de mayo de 2015, el Presidente del Consejo Consultivo solicita documentación para mejor proveer; en concreto, insta la realización de un informe sobre la “causa de la no realización del examen de fondo de ojo en la exploración física llevada a cabo el día 20 de septiembre de 2012 por parte del Servicio de Urgencias del Hospital `X´” y acerca de la “trascendencia de la realización de dicha prueba para el descarte de patología neurológica urgente, con indicación expresa de si un episodio de hipertensión craneal aguda como el padecido por el paciente provoca necesariamente la patología señalada (edema de papila) o si cabe su presentación sin manifestación de clínica oftalmológica de ese tipo./ Adicionalmente, consideramos necesario que, dado que el reclamante alega la existencia de un retraso diagnóstico que temporalmente se cuantifica en un día, se informe expresamente sobre la incidencia de dicha demora, valorándose médicamente la relación que la demora de un día en la detección del episodio de hipertensión craneal aguda diagnosticado el día 21 de septiembre de 2012 puede tener con las secuelas alegadas por el reclamante (reflejadas en los informes emitidos por los Servicios de Oftalmología y Neurología los días 31 de julio de 2013 y 20 de agosto de 2013)”.

Mediante escrito de 2 de octubre de 2015, se remite a este Consejo la documentación solicitada. Integran la misma, en primer lugar, los informes

emitidos por la Unidad de Urgencias, la Sección de Neurología y el Servicio de Oftalmología del Hospital "X".

En el primero de ellos, suscrito el 2 de julio de 2015 por la Jefa de Urgencias, se afirma que "la valoración" del fondo de ojo "(cuando la patología sugiere un problema neurológico que cursa con HTIC) puede conducir posteriormente a realizar otros estudios como TAC craneal, punción lumbar, etc. (...), y cuando el diagnóstico es sugerente de patología aguda intracraneal también varía el destino, siendo en estos casos un ingreso hospitalario y tratamiento requerido./ En el caso de un retraso de 24 h en el diagnóstico (como el caso que nos ocupa) no es la causa de las secuelas actuales que presenta el paciente".

El informe elaborado por la Sección de Neurología, de fecha 8 de julio de 2015, señala que "este paciente acude por primera vez a consulta en la Sección de Neurología del Hospital `X` el día 20 de agosto de 2013 refiriendo dificultad visual y fallos en la memoria. Tras la realización de una RMN craneal se objetivan (...): cambios posquirúrgicos con discreta hidrocefalia residual./ Lesión isquémica crónica en la región occipital izquierda", añadiendo que "la clínica que refiere (...) tiene clara relación con las lesiones posquirúrgicas que se detectan en la RMN./ Tras valorar la historia y pruebas complementarias se concluye que la demora de un día en el diagnóstico de la hipertensión craneal no tiene relación con las secuelas del paciente".

En el informe realizado por el Servicio de Oftalmología con fecha 1 de julio de 2015 se indica, "en relación con la demora de 24 horas en la detección del episodio de hipertensión craneal aguda diagnosticada en fecha 21-09-2012 (...), que no es causa de las secuelas oftalmológicas que refiere el paciente (hemianopsia homónima derecha)".

Consta en la documentación remitida, asimismo, que con fecha 24 de julio de 2015 se notifica al reclamante la concesión de un segundo trámite de audiencia.

Este presenta, el día 3 de agosto de 2015, un nuevo escrito de alegaciones en el que valora las tres cuestiones planteadas. Considera que el informe de Urgencias “no da respuesta alguna” a las dos primeras, pues no proporciona “ninguna causa (...) para justificar la no aplicación del protocolo de urgencias para las cefaleas”, y, en concreto, la de fondo de ojo, si bien insiste en que “existían elementos más que suficientes (...) para que se me hubiera efectuado un TAC craneal”. Añade que “nada se dice en el informe sobre los resultados de la analítica” que le fue “realizada el día 20 de septiembre de 2012 (...), y tampoco consta la misma incorporada al expediente”, por lo que aporta una copia de ella y subraya que “recoge un nivel de sodio de 130, lo que ponía de manifiesto la existencia de hiponatremia, que es un signo más de deterioro neurológico./ Por contra, esta misma analítica recoge una PCR de 2,4 que obviamente descartaba un proceso infeccioso de sinusitis bacteriana como el que se me diagnosticó por el Servicio de Urgencias”.

En relación con la incidencia que el retraso diagnóstico puede tener en las secuelas, considera que “en todos los informes se reconoce la existencia de un retraso diagnóstico claro”, y razona que tras ser dado de alta en Urgencias “la siguiente atención médica (...) es dispensada por el SAMU a las 9:54 horas”, pasando en el intervalo horario correspondiente de una “clínica (...) normal a estar en coma con una puntuación de 3 en la escala de Glasgow (...), lo que equivale a una situación de muerte cerebral”. Recuerda que fue entonces derivado al Hospital ‘Y’, donde recibió tratamiento para la hipertensión craneal consistente en “la colocación por el Servicio de Neurocirugía de un drenaje ventricular externo para la salida del líquido acumulado en el cerebro” a fin de “reducir así los niveles de presión, no siendo hasta el 9 de octubre de 2012 cuando” se le “resea el quiste coloide situado en el III ventrículo”. Con el objetivo de sustentar sus afirmaciones en cuanto a la trascendencia de la demora, aporta un “artículo sobre hipertensión intracraneal aguda publicado en la revista Neurología de la Sociedad Española de Neurología”. En él se indica que “la hipertensión intracraneal aguda es un síndrome con múltiples etiologías cuyo

diagnóstico y tratamiento deben realizarse de forma urgente para salvar la vida del paciente y evitar el desarrollo de importantes discapacidades”, añadiendo que su “evolución natural sin un tratamiento adecuado y rápido deviene en daños cerebrales irreversibles”.

Acompaña los dos documentos señalados y un tercer artículo denominado “perimetría automática y neuro-oftalmología. Correlación topográfica”.

El día 4 de septiembre de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas emite una nueva propuesta de resolución en la que reitera que “no queda acreditado el necesario nexo causal entre el funcionamiento del servicio sanitario público y los daños alegados”.

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), está el interesado activamente legitimado para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado como 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 21 de julio de 2014, debiendo considerarse como fecha de determinación de las secuelas la correspondiente a la emisión de los informes de los Servicios de Oftalmología y de Neurología en los que se constata la existencia de “alteraciones compatibles con hemianopsia homónima” y “limitaciones” consistentes en “dificultades para la orientación espacial, dependencia de notas para recordar las cosas con preguntas y comentarios repetidos, dificultades para interpretar lo que lee”, respectivamente. Emitidos los informes referidos los días 31 de julio y 20 de agosto de 2013, es claro que fue formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC, y, en su desarrollo, en el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Procedimiento de tramitación al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás entidades,

servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Sin embargo, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.3, letra b), de la referida LRJPAC.

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

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

Por otra parte, el artículo 141 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de

la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

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

SEXTA.- El reclamante solicita una indemnización por las secuelas derivadas de la existencia de un retraso diagnóstico en la detección de un episodio de hipertensión craneal.

A la vista de la documentación obrante en el expediente, resulta acreditado que fue atendido en una primera ocasión en el Servicio de Urgencias de un hospital público el día 20 de septiembre de 2012, emitiéndose el diagnóstico de “sinusitis con cefalea asociada”. Al día siguiente fue trasladado al mismo centro por una unidad medicalizada en estado de inconsciencia, siéndole diagnosticada entonces una “hidrocefalia” que ocasionó un “episodio de hipertensión intracraneal aguda en relación con quiste coloide del tercer ventrículo”; proceso que requirió ser tratado inicialmente con drenaje y después mediante la resección quirúrgica del quiste.

Ahora bien, la mera constatación de un daño surgido con ocasión 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*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados favorables en relación con la salud del paciente.

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

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 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*.

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

El perjudicado considera que ha existido un retraso diagnóstico al no haberse detectado con ocasión de la asistencia prestada en Urgencias el día 20 de septiembre de 2012 la patología que sufría (“hipertensión intracraneal aguda” ocasionada por un “quiste coloide”), y que fue advertida al día siguiente cuando acudió al mismo hospital tras perder el conocimiento en su domicilio. Atribuye a la incorrecta atención recibida las secuelas padecidas, que concreta en alteraciones visuales, cognitivas y depresión, añadiendo en las alegaciones efectuadas durante el primer trámite de audiencia que se “puso en absoluto riesgo” su vida.

En concreto, formula diversos reproches específicos, aportando en el segundo trámite de audiencia dos artículos especializados. Considera, en síntesis, que la sintomatología que presentaba obligaba a descartar el padecimiento de una patología neurológica urgente, habiendo sido remitido a tal

fin al hospital por su médico de cabecera, y que ello requería el empleo de medios diagnósticos (TAC craneal) que no fueron dispuestos. En particular, precisa que la falta de examen del fondo de ojo constituye una infracción de la *lex artis* al constituir parte del protocolo aplicable en casos de cefalea, y alega otros a los que nos referiremos a continuación.

En primer lugar, el reclamante declara que la remisión por parte de su médico de cabecera al hospital el día 20 de septiembre de 2012 tenía como objetivo “descartar patología neurológica urgente”. Sin embargo, a pesar de que este facultativo hace constar expresamente esa intención en su informe de 26 de junio de 2014 -que el perjudicado aporta con su escrito inicial, y que se emite con posterioridad a los hechos por los que se reclama-, la misma no figura en la hoja de petición de interconsulta cursada en esa fecha (20 de septiembre de 2012), en la que únicamente se consigna como “motivo” una “rinofaringitis aguda”, especificándose que se “envía por cefalea y vómitos desde hace días tras IRA de vías altas”. Por tanto, no cabe entender que en tal remisión “ya se orientaba hacia una patología potencialmente grave”, como interpreta el afectado.

En cuanto a la tipología de los vómitos, ciertamente no es hasta el día 21 de septiembre de 2012 cuando se recoge por primera vez -en el informe del Servicio de Urgencias- que estos se sufrían “desde hace 4 días” en “escopetazo (al levantarse o incorporarse de la cama)”. Dado que el reclamante no indica, al referirse a esta cuestión en sus alegaciones, que informara de tal dato -aparentemente relevante para efectuar el diagnóstico- en la atención prestada con anterioridad, cabe deducir que su falta de constancia escrita en el informe del día 20 de septiembre implica que nada se comunicó sobre ello. Cabe preguntarse entonces si los facultativos intervinientes debieron indagar al respecto; duda que solventa la información que en relación con la “actuación en Urgencias” en caso de cefalea describe el informe emitido por el especialista, observándose que no figuran entre las preguntas específicas a realizar el tipo de

vómitos, y sin que se haya aportado otro protocolo aplicable en el que sí se otorgue importancia a este aspecto.

En la historia clínica elaborada el día 20 de septiembre no solo no existe referencia a la tipología de los vómitos, sino que tampoco la hay respecto a la intensificación del dolor con la tos, por lo que la manifestación del reclamante de que "la derivación por el médico de Atención Primaria, la localización del dolor, así como su intensificación al toser y a la realización de esfuerzos, y la presencia de vómitos en escopetazo eran signos más que suficientes para haber realizado un TAC craneal que habría puesto de manifiesto la lesión existente" carece de soporte probatorio, no solo por la ausencia de informes técnicos que la avalen, sino por la falta de registro de la sintomatología reseñada con ocasión de la asistencia prestada.

Un reproche adicional que debemos analizar es el dirigido a la interpretación, como dentro de los límites de la normalidad, de dos de los valores de los análisis efectuados el día 20 de septiembre de 2012. Ciertamente, en el caso de las cifras de sodio el valor de 130 se encuentra por debajo del mínimo establecido como normal -siendo el intervalo de 135-145-, pero, careciendo de explicación médica alguna al respecto, no podemos compartir que ello ponga "de manifiesto la existencia de hiponatremia", constituyendo un "signo más de deterioro neurológico". Del mismo modo, tampoco suscribe ningún especialista la afirmación de que "una PCR de 2,4" descarte "un proceso infeccioso de sinusitis bacteriana", por lo que, nuevamente, no cabe admitir sin más tal aseveración. En todo caso, se advierte que en el primer trámite de audiencia el reclamante confunde los valores correspondientes al día 21 de septiembre de 2012 con los del día anterior, que son a los que se refiere el informe del doctor que le atendió.

En cuanto a la ausencia del examen del fondo de ojo, los términos en los que se pronuncia el informe pericial (al establecer que es parte del protocolo aplicable con carácter "imprescindible") revisten a esta prueba de una importancia crucial, y así lo alega el reclamante en todo momento. El informe

reseña que “si existe edema de papila” -que detectaría tal exploración- “y el TAC es normal el enfermo debe ingresar para estudio de una probable hipertensión craneal”. No obstante, y pese a haberse omitido, el mismo especialista -que, según observamos, no lo es en Neurología- concluye a continuación que “la localización del dolor, su buen estado general con constantes mantenidas (...), la ausencia de datos de focalidad y los hallazgos en las pruebas de imagen compatibles con el diagnóstico de presunción ya iniciado en Atención Primaria: sinusitis y cefalea secundaria, hacen que el diagnóstico quede completamente justificado”.

Este Consejo entiende, de acuerdo con el contenido de este informe (que ningún otro contradice), que la prueba debió realizarse; únicamente el emitido por la Jefa de la Unidad de Urgencias parece indicar al respecto que la valoración del fondo de ojo se realiza “cuando la patología sugiere un problema neurológico que cursa con HTIC” -lo que no ocurría en este caso-, pero no afirma expresamente que su realización proceda solo en ese caso, y no con carácter general como parte de toda exploración neurológica motivada por una cefalea. Planteamos en nuestra solicitud de informe para mejor proveer la necesidad de aclarar expresamente “si un episodio de hipertensión craneal aguda como el padecido por el paciente provoca necesariamente la patología señalada (edema de papila), o si cabe su presentación sin manifestación de clínica oftalmológica de ese tipo”. Pese al tenor de nuestro requerimiento, lo cierto es que ninguno de los tres informes emitidos a propósito del mismo realiza un pronunciamiento al respecto. El reclamante, por su parte, sostiene en las alegaciones presentadas con ocasión del segundo trámite de audiencia que “el papiledema es secundario al aumento de la presión intracraneal, y forma, junto con la cefalea y los vómitos, la tríada clásica de manifestación de la hipertensión intracraneal”, pero no justifica -nada aparece en los artículos que aporta- que constituya una patología siempre concurrente en los episodios de hipertensión craneal.

Ello impide, en definitiva, afirmar con carácter concluyente que la realización del examen mencionado hubiera permitido la detección de la

patología el día 20 de septiembre de 2012. Sí resulta constatado que se efectuaron pruebas de imagen que, unidas al resto de síntomas del paciente (“localización del dolor”, “buen estado general” y “ausencia de datos de focalidad”), orientaron, lamentable pero no injustificadamente, al diagnóstico de cefalea secundaria a sinusitis.

En todo caso, y aun admitiendo que el retraso diagnóstico existió, los informes incorporados al expediente tras la solicitud de este Consejo son taxativos en cuanto a la falta de vinculación de las secuelas que padece el reclamante con la demora en la detección de la patología sufrida. Dicha demora, cuantificada en nuestra petición en un día, fue exactamente -como subraya el reclamante- de “16 horas y 24 minutos”, tiempo que media entre el alta en Urgencias y “la siguiente atención médica (...) dispensada por el SAMU”. Frente a tales conclusiones, el interesado aduce que la falta de diagnóstico en la primera asistencia motivó una evolución que desembocó en la situación de “coma” que refleja el informe del SAMU que le atendió, cuya gravedad, entiende, habría causado necesariamente secuelas. Sin embargo, siendo evidente que la falta de diagnóstico llevó al paciente a un estado grave, no se ha demostrado que, dada la rápida actuación, este tuviera incidencia en las secuelas que presenta. El perjudicado únicamente se apoya al respecto en dos afirmaciones genéricas contenidas en los artículos que aporta en el segundo trámite de audiencia, pero que no cabe aplicar, sin más, al supuesto que nos ocupa, pues se refieren al compromiso vital y al padecimiento de “daños cerebrales irreversibles” causados por una “evolución natural” de la elevación de la presión del contenido intracraneal “sin un tratamiento adecuado y rápido”. En relación a las secuelas, los informes especializados son, como decimos, contundentes, y en el caso del elaborado por la Sección de Neurología, que se basa en los resultados de la última resonancia magnética disponible (efectuada en el mes de marzo de 2014), en la que se obtienen como conclusiones las de “cambios posquirúrgicos con discreta hidrocefalia residual” y “lesión isquémica crónica en la región occipital izquierda”, se aclara que “la clínica que refiere el paciente tiene clara

relación con las lesiones posquirúrgicas que se detectan en la RMN”, debiendo recordar que la cirugía del quiste coloideo practicada era de necesaria realización.

En consecuencia, este Consejo Consultivo entiende que no ha quedado acreditada la incidencia, en las secuelas que presenta el reclamante, del retraso del lapso temporal indicado en el alcance del diagnóstico correcto.

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.