

Expediente Núm. 156/2016
Dictamen Núm. 238/2016

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 20 de octubre de 2016, 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 8 de junio de 2016 -registrada de entrada el día 13 del mismo mes-, 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 ictus.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 5 de febrero de 2015, el interesado, asistido por un procurador, presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños derivados de la asistencia sanitaria recibida en el Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Expone que “el 17 de abril de 2013 (...) empezó a encontrarse con una grave sensación de mareo, vómitos y giro de objetos, además de dificultad para

hablar, su esposa refiere que no le entendía y alarmada llamó por teléfono al 112 (...). Se personó en su domicilio al poco tiempo una médica de guardia y una enfermera (...), estimando que se trataba de un episodio de vértigo; si bien le recomendó verbalmente que lo ingresara, no consideró necesario requerir una UVI móvil para su traslado al hospital". El perjudicado fue trasladado por su esposa esa misma noche al Servicio de Urgencias del Hospital "X", y tras ser atendido "se le remite a su domicilio con una simple recomendación de volver en caso de empeorar".

Resalta que "en su historia clínica (...) ya presentaba múltiples factores de riesgo cardiovascular, como diabetes, hipertensión, hiperlipimiedia y exfumador, pese a lo cual en ese primer ingreso por Urgencias y a sus manifestaciones no llega a ser examinado por un neurólogo, ni se llevan a cabo pruebas médicas que pudieran descartar un ictus". El reclamante acude nuevamente hasta en cuatro ocasiones a su ambulatorio (los días 22 y 30 de abril y 2 y 6 de mayo de 2013), "reiterándose el mismo diagnóstico de vértigo y sin ser derivado al hospital".

El 5 de mayo de 2013 "acude de nuevo a Urgencias tras un mes de evolución sin mejora con el tratamiento (...), tampoco se le realizan estudios de imagen ni es visto por (el) Servicio de Neurología".

Según consta en el escrito de reclamación, el 4 de mayo de 2013 (énfasis en el origina) "se detecta el ictus (...), evidenciando con ello un claro retraso en el diagnóstico de la causa de los síntomas que presentaba (...). Un retraso de semanas en su detección que determinará la gravedad de sus secuelas".

Indica que "en la actualidad (...) tiene reconocida por la Seguridad Social, actuando de oficio, una incapacidad permanente absoluta. También le consta reconocida una minusvalía del 71%. Acompañamos documentación acreditativa al respecto".

Argumenta que "si se ha dilatado en el tiempo la reclamación ello ha sido debido a la pérdida de agudeza visual sufrida (...) como consecuencia de este

ictus, quien todavía en la actualidad realiza revisiones y sesiones de tratamiento con láser en el Hospital (...) `X´”, y alude al informe de dicho hospital de 22 de enero de 2015, “en el que a la exploración se le reconoce una agudeza visual de OD 0.5 cc; OI 0.8 cc, y se le pauta seguir con tratamiento aún mes y medio más con láser argón. Resaltar la pérdida de visión comparándolo con otro informe de fecha 14-02-2013, antes del ictus, que reflejaba un agudeza visual de OD 0.8 cc; OI 1 d cc”.

Considera que “la asistencia ha sido claramente contraria al criterio de la *lex artis*”, puesto que “a la menor sospecha debería haber sido trasladado de inmediato en una UVI móvil para recibir tratamiento fibrinolítico (...). Resulta claro que tanto el médico del centro de salud como los del Hospital (...) `X´ obviaron la gravedad de la patología sin agotar los medios disponibles para obtener un diagnóstico correcto. Hubiera bastado la citada prueba de imagen, que es concluyente, para obtenerlo (...). En definitiva, debió extremarse la diligencia, y ello hace que nos hallemos ante una verdadera responsabilidad patrimonial por la demora en el diagnóstico y tratamiento aplicable al caso”.

Concluye invocando la doctrina de la pérdida de oportunidad “de forma subsidiaria, entendiendo que en nuestro caso concurre una verdadera responsabilidad y procede una `reparación integral´ del daño, pues ha sido el retraso en el diagnóstico lo que ha supuesto la dilación en el tratamiento del enfermo por la ausencia de pruebas diagnósticas exigibles en su momento”.

Solicita una indemnización por importe de doscientos noventa y cuatro mil ochocientos cuarenta y cinco euros con cuarenta y ocho céntimos (294.845,48 €), más los intereses que procedan, desglosada en los siguientes conceptos: 252 días improductivos, 14.719,32 €; 47 días no improductivos, 1.477,21 €; 59 puntos de secuelas, 126.044,95 €; 10 puntos de perjuicio estético, 8.484,50; un 10% de factor de corrección sobre las secuelas por perjuicios económicos, 12.604 €, e incapacidad permanente absoluta como factor de corrección, 140.000 €.

Solicita la práctica de prueba documental, consistente en que se reclame al Hospital "X" la historia clínica del paciente.

Adjunta los siguientes documentos: a) Informe de un especialista en Valoración y Baremación del Daño Corporal, de 30 de julio de 2014. En él se indica que se trata de un paciente de 50 años de edad con el diagnóstico de "ictus isquémico de la arteria cerebelosa posteroinferior que deja como secuelas leve pérdida de fuerza en extremidades izquierdas, alteraciones de la marcha, del equilibrio, bradipsiquia y disfunción en la mano izquierda". Afirma que "tras la primera visita a Urgencias no se llevan a cabo estudios de imagen que pudiesen descartar la organicidad del cuadro", considerando que existe un "evidente retraso en el diagnóstico de la verdadera causa o etiología de los síntomas". Añade que "no es posible determinar con precisión en qué medida las secuelas hubiesen sido menores en caso de haberse aplicado un código ictus de modo precoz, pero resulta evidente la obvia peor evolución y mayor relevancia de las secuelas cuando el diagnóstico se realiza ante la presencia de una clínica neurológica inequívoca (alteraciones de la fuerza y de la funcionalidad en extremidades, aumento de la bradipsiquia), pero en todo caso representa un peor pronóstico clínico y funcional el mencionado retraso, que supuso más de cinco semanas en la detección de un ictus". b) Informe de un especialista en Psiquiatría, de 17 de septiembre de 2014. En él se concluye que el interesado "presenta en la actualidad una depresión reactiva por la que está en tratamiento con un antidepresivo y un tranquilizante. La evolución es mala, la depresión que sufre se ha agravado progresivamente, el pronóstico es cada vez más negativo con todas las características de convertirse su episodio depresivo en un proceso irreversible, o de muy remota posibilidad de reversibilidad./ El daño cognitivo es especialmente significativo, el cual no solo es expresión clínica de la depresión, sino también consecuencia directa del daño orgánico cerebral sufrido./ Existe una relación de causa efecto indiscutible entre la aparición de la depresión y el ictus sufrido./ No existen otros factores predisponentes, antecedentes, ni factores estresantes actuales que estén

relacionados con la enfermedad depresiva diferentes del ictus y sus secuelas".

c) Copia de la historia clínica del paciente obrante en el Centro de Salud Se registran en ella varias visitas a dicho centro por "vértigo" los días 17, 22 y 30 de abril de 2013, prescribiendo medicación al paciente y solicitándose el 2 de mayo interconsulta con Otorrinolaringología por "vértigo". d) Informe del Servicio de Urgencias del Hospital "X", de 17 de abril de 2013, en el que consta que acude "por inicio de mareo brusco con giro de objetos y vómitos. Valorado en el centro de salud y pautado Dogmatil y Primperan (...) refiere mejoría". En la exploración física se consigna "temperatura 36.0 °C (...). Asintomático en el momento actual./ Ruidos cardíacos rítmicos./ Mv. conservado y simétrico./ Abdomen inespecífico./ PIN. PC normales. No nistagmus. No disimetrías. Fuerza conservada". Se diagnostica "mareo, vértigo", con "mejoría de la clínica tras medicación", pautando "reposo relativo./ Evitar movimientos bruscos./ Dogmatil (...). Control de cifras de glucemia en su centro de salud. Observación en domicilio y en caso de empeoramiento o nueva clínica acudir (...) a Urgencias".

e) Informe del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital "X", de 4 de mayo de 2013, por "mareo de un mes de evolución que no mejora". En la exploración física refiere "desequilibrio, ligera adiadococinesia de la mano izda. y bradipsiquia (...). Se suspende toda medicación antivertiginosa mejorando el cuadro del paciente", diagnosticándosele "inestabilidad por sobretratamiento antivertiginoso" y prescribiéndosele su tratamiento "habitual en casa". Recibe el alta médica el 5 de mayo de 2013. f) Informe del Servicio de Neurología, de 14 de mayo de 2013, en el que se indica que el 4 de mayo de 2013 "inicia episodio de mareo, embotamiento mental, bradipsiquia, vómitos, disfagia a líquidos, disartria y torpeza en miembros izquierdos (...). Ahora, según su esposa, continúa el embotamiento y está lento, pero han mejorado los síntomas motores, no tiene disartria, traga bien, algo torpe aun MSI". En el apartado de exploración física figura "bradipsiquia leve, atento y orientado. Pares normales. Fuerza y sensibilidad conservadas. Pérdida de braceo en MSI con bradicinesia distal. ROT +/+ RCP flexores (...), sin soplos". Se establece el diagnóstico de

“ictus lacunar del territorio vertebrobasilar” en “paciente diabético e hipertenso, parcialmente recuperado”, suspendiéndose el “Bioplak” y prescribiéndole “Clopidogrel (...). Cardyl” y “resto según tomaba./ Revisión tras RM”. g) Resultado de RM de cráneo, de 21 de mayo de 2013, en la que se aprecia “infarto subagudo evolucionado -con necrosis laminar- de todo el territorio de pica izquierda”. h) Informe del Servicio de Neurología, de 30 de mayo de 2013, en el que se refleja “síndrome de lesión bulbo- cerebelosa pro infarto a nivel de pica izda. Moderados síntomas pseudobulbares y disimetría en MMI con algún fenómeno sensitivo asociado. Creo que se beneficiará de rehabilitación (...). Los signos de cambio de personalidad referidos parecen estar en relación con depresión reactiva, pero no obstante solicito spect para descartar diasquisis importante frontal”. Se diagnostica un “ictus isquémico por trombosis de la pica izda./ Síndrome cerebeloso secuelar. Depresión reactiva”. Se envía al paciente al Servicio de Rehabilitación. i) Resultado de tomogammagrafía (spect) cerebral perfus. sin lateralidad, de 5 de julio de 2013, en el que se consigna “hipoperfusión cerebolosa izquierda. El estudio no sugiere fenómeno de diasquisis en el momento actual”. j) Informe del Servicio de Rehabilitación, de 26 de diciembre de 2013, en el que se indica que “el paciente realizó tratamiento de rehabilitación en este centro encontrando mejoría parcial en su sintomatología. Al alta (26-12-2013) presenta discreta bradipsiquia, deambulación independiente sin ayudas técnicas, BA sin limitaciones, BM miembros izdos. 4+ pero con mano izda. afuncional, disimetría izda., inestabilidad en la marcha con lateropulsión izda. Mantiene disfagia y atragantamiento, por lo que se solicita consulta con el Servicio de Foniatría del (Hospital `Y´) para valoración de posibilidades terapéuticas”. k) Informe del Servicio de Neurología, de 11 de febrero de 2014, con la impresión diagnóstica de “ictus isquémico por trombosis de la pica izda. en situación secuelar. Síndrome bulbocerebeloso. Secuelas de hemiparesia leve, hemidistonia-hemidismetria graves y deterioro cognitivo-ejecutivo leve./ Depresión reactiva mejorada”. Se anota que “tras 8 meses de rehabilitación persisten síntomas

bulbares (...) y cerebelosos (...). Beneficio muy escaso de rehabilitación. Han mejorado algunos síntomas depresivos y no hay diasquisis en spect, por lo que los déficits cognitivos (...) son secuelas también al ictus por sí mismo". Se pauta Escitalopram, "resto (...) igual" y "revisión en 6 meses". l) Resolución de la Consejera de Bienestar Social y Vivienda, de 21 de julio de 2014, por la que se le reconoce al reclamante un grado de discapacidad del 71%. m) Resolución de la Directora Provincial de Asturias del Instituto Nacional de la Seguridad Social, de 20 de mayo de 2014, por la que se aprueba la pensión de incapacidad permanente, en el grado de "absoluta para todo trabajo", a favor del interesado. n) Hoja de historia clínica del Servicio de Oftalmología del Hospital San Agustín, de 14 de febrero de 2013, en la que se refleja que el paciente padece miopía simple y présbita, "no retinopatía diabética". El fondo de ojo es "normal" en ambos ojos. La agudeza visual es "OD: 0.8 d cc./ OI: 1 d cc". ñ) Informe del Servicio de Oftalmología del Hospital "X", de 22 de enero de 2015, en el que se registra al paciente una agudeza visual en el ojo derecho de 0.5 cc y en el izquierdo de 0.8 cc. Se le diagnostica "retinopatía diabética avanzada preproliferante con exudados algodonosos y hemorragias en llama polo posterior, con mejoría tras control por endocrino (...). Lleva 4 sesiones de láser (panfotocoagulación)". Se recomienda "control en mes y medio para completar láser argón".

2. El día 16 de febrero de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario envía una copia de la reclamación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

3. Mediante escrito de 16 de febrero de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario notifica al perjudicado la fecha de recepción de su reclamación -5 de febrero de 2015-, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

Asimismo, le requiere para que envíe el poder a favor del procurador al que hace referencia en el escrito de reclamación.

El 20 de marzo de 2015, se recibe en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito del procurador en el que solicita que se entiendan con él todas las notificaciones, adjuntando al efecto poder para pleitos otorgado a su favor.

4. El día 8 de abril de 2015, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada para elaborar el informe técnico de evaluación solicita a la Gerencia del Área Sanitaria III una copia de la historia clínica del paciente relativa al proceso de referencia, así como un informe de los médicos responsables de la asistencia prestada en el Centro de Salud de Piedras Blancas y en los Servicios de Urgencias, de Otorrinolaringología, de Neurología y de Oftalmología del Hospital "X".

Con fecha 4 de mayo de 2015, el Director Económico y de Recursos Humanos de la Gerencia del Área Sanitaria III remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios la documentación solicitada.

El informe del Centro de Salud de Piedras Blancas, de 13 de abril de 2015, señala que "el paciente había acudido en varias ocasiones al centro de salud", y que fue visto por diferentes "facultativos (...) en el mes de abril de 2013 por varios episodios de vértigo (...). Vino al centro el día 13-05-2013, solicitándole una interconsulta para el Servicio de Neurología. Fue visto el día 14 de mayo de 2013 y el 30 de mayo de 2013./ Según los datos que obran en el historial clínico (...) es diabético e hipertenso desde 1999, está mal controlado, no venía en muchas de las ocasiones a los controles (...) y las veces que venía (...) las cifras eran bastante altas y no hacía caso de las recomendaciones sanitarias (...). Desde el año 2013, en el que sufrió el ictus (...), está siendo controlado por el Servicio de Neurología del (Hospital `X`), acudiendo al centro de salud a buscar la medicación que precisa".

Con fecha 21 de abril de 2015, emite informe el Servicio de Otorrinolaringología. En él se indica que el paciente acude a este Servicio el 4 de mayo de 2013 por "un cuadro de desequilibrio de un mes de duración con náuseas y vómitos", manifestando estar en tratamiento con Dogmatil 1/8 h y Torecan 1/8 h". Según su acompañante, desde el inicio del cuadro está "más enlentecido al hablar y a veces la saliva se le caía por el lado izdo.". Añade que "la exploración que realicé en aquel momento fue: no presencia de nistagmus, no lateralización de brazos ni hipotonía, Romberg negativo, no disimetría, pero sí adiadococinesia en la mano izquierda". El facultativo decide ingresarlo ante la "sospecha de sobretratamiento por Dogmatil y Torecan y los suspendo". Indica que "fui avisado el 5 de mayo porque (...) estaba peor, pero cuando llego a la habitación el paciente me cuenta que se encuentra muy bien y que lo que quiere es irse a casa./ La exploración en aquel momento fue: recuperación de la fuerza y agilidad que el día anterior no tenía, y es dado de alta a petición del paciente con su (tratamiento) habitual domiciliario antihipertensivo, antidiabético y antiagregante". Es visitado nuevamente en este Servicio el 9 de mayo de 2013, encontrándose "asintomático y la exploración (otorrinolaringológica) fue normal. Audiometría: normoacusia, por lo que es dado de alta". El 10 de mayo de 2013 es visitado en Endocrinología, "no constatándose en dicha fecha ningún tipo de alteración ni secuela". Respecto a la consulta de Neurología de 14 de mayo de 2013, afirma que "el 4 de mayo de 2013 presentaba unos síntomas no detectados por mí al momento del ingreso, aunque no encuentro visita y exploración física por el Servicio de Neurología en dicha fecha. En el momento de la vista el 14 de mayo el paciente presenta una bradipsiquia leve y una pérdida de braceo de MSI con bradicinesia distal. Es diagnosticado de ictus lacunar troncoencefálico parcialmente recuperado, pendiente de RMN". Concluye que "el paciente presenta en el momento actual una clínica y exploración que no presentaba en el momento en que le di el alta hospitalaria, ni varios días después de la misma, como se constata en las notas clínicas el 9 y 10 de mayo de 2013".

El Jefe de la Unidad de Urgencias manifiesta, respecto a la asistencia prestada el 17 de abril de 2013, que “estimamos que no existió una deficiente asistencia sanitaria, ni había criterios a la vista de la historia clínica, la exploración física y la evolución con el tratamiento pautado para realizar estudios urgentes de imagen ni criterios para iniciar el código ictus”. Acompaña un informe de la doctora que le atendió, elaborado el 14 de abril de 2015, en el que consta que el paciente “es atendido en Urgencias el día 17-4-2013 (...) con un cuadro brusco de mareo acompañado de giro de objetos y vómitos, presentando en dicho momento una exploración neurológica normal, como así consta en informe realizado en Urgencias./ Ante la impresión diagnóstica de cuadro vertiginoso se procede a la instauración de tratamiento habitual, siendo este efectivo y presentando el paciente mejoría de la clínica (...), por lo que (...) no se valora la realización de pruebas complementarias de imagen, dado que nada hace sospechar otro tipo de patología neurológica”.

El Jefe de la Sección de Neurología da cuenta de las fechas en las que el reclamante fue visto en consulta, siendo el diagnóstico a 11 de febrero de 2014 -última vez en que se valoró- de “ictus isquémico por trombosis de la pica izda. (...) en situación secuelar. Síndrome bulbocerebeloso. Secuelas de hemiparesia leve, hemidistonia-hemidismetria graves y deterioro cognitivo-ejecutivo leve. Depresión reactiva mejorada”. Reseña que “la pérdida visual no se debe a secuelas de ictus, sino a una retinopatía diabética”.

El 6 de mayo de 2015 elabora informe el Servicio de Oftalmología. En él se observa una “retinopatía diabética en ambos ojos”, y se indica que “la retinopatía y el deterioro leve en ojo derecho de agudeza visual está en relación con el mal control de su diabetes, tensión arterial (...), que desembocó en nefropatía y que agravó su retinopatía, así como inicio de cataratas”.

En la historia clínica destacan los siguientes documentos: a) Hoja de interconsulta, de 13 de mayo de 2013, en la que figura como motivo de la consulta “ictus”, haciendo constar que se trata de un paciente “con lentitud en el pensamiento y las respuestas, mareo de larga evolución, frío, sensación de

compresión en el cráneo, sensaciones extrañas en pierna y brazo” izquierdo. b) Informe del Servicio de Oftalmología, de 6 de febrero de 2014, en el que se establece la impresión diagnóstica de “exudados algodonosos y hemorragias en llama polo posterior, aspecto de retinopatía diabética severa”. c) Informe del Servicio de Urgencias del Hospital “X”, de 3 de mayo de 2013, relativo a la asistencia prestada “por mareo con giro de objetos y vómitos”, pautándosele medicación. d) Informe del Servicio de Urgencias, de 29 de noviembre de 2013, en el que se reseña que el paciente recibe el alta médica ese mismo día tras acudir por una infección respiratoria. Se le manda volver para “repetir la analítica por insuficiencia renal”. e) Hojas de notas de progreso del Servicio de Rehabilitación, en las que se anota, el 28 de noviembre de 2013, “deambulación independiente sin ayudas técnicas (...). Seguimos (tratamiento) 1 mes y alta definitiva aquí. Hacer informe con secuelas (...). Luego revisiones periódicas”; el 26 de diciembre, “clínica igual a previa (...). Plan:/ suspendo tratamiento aquí. Hará diariamente en domicilio los ejercicios (...). Se emite informe con secuelas y actuaciones previstas”; el 24 de abril de 2014, que fue al Hospital “Y” a Foniatría pero “no le han visto nada especial (...). Creen que es más cosa” de Otorrinolaringología, y se indica revisión en 6 meses. El paciente acude nuevamente a revisión el 28 de octubre.

5. Mediante oficio de 19 de enero de 2016, el Jefe del Servicio Jurídico del Servicio de Salud del Principado de Asturias solicita al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia del expediente administrativo, al haber interpuesto el interesado recurso contencioso-administrativo contra la desestimación presunta de la reclamación de responsabilidad patrimonial.

6. Con fecha 19 de enero de 2016, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él se concluye que “en la primera atención por el Servicio de Urgencias del (Hospital `X´) el 17-04-2013, y a pesar (de) tener factores de riesgo

cardiovascular como diabetes mellitus tipo 2 de años de evolución y con mal control metabólico, HTA y dislipemia, por la sintomatología referida -ni en el P-10 de derivación al Servicio de Urgencias (...) ni en el informe de alta consta que refiriera dificultad para hablar- y la exploración física detallada en el informe de alta del Servicio de Urgencias no presentaba clínica que hiciera sospechar la presencia de un ictus, y sí era compatible con el diagnóstico de vértigo periférico (...). En la atención de Urgencias del (Hospital "X") del 03-05-2013 refería persistencia de la clínica desde el 17-04-2013 y empeoramiento en las últimas 48 horas; situación en la que tampoco estaría indicada la activación del código ictus, ya que el objetivo del código ictus es que el paciente pueda recibir el tratamiento fibrinolítico antes de las cuatro horas y media desde el inicio de los síntomas, y teniendo en cuenta que será necesaria la realización de determinadas pruebas complementarias (TAC, analítica, valoración neurológica), por lo que se estima necesaria la llegada al hospital en las dos primeras horas desde el inicio de los síntomas. En la valoración por (Otorrinolaringología) del 04-05-2013 el reclamante refería clínica neurológica (enlentecimiento al hablar) y en la EF presentaba desequilibrio, ligera adiadococinesia de la mano izquierda y bradipsiquia, ingresando en el (Hospital "X") para observación clínica y retirada de medicación antivertiginosa; la mejoría (...) al suspender la medicación antivertiginosa (...) hizo que se atribuyera la sintomatología a la sobremedicación y el mismo paciente solicita el alta por mejoría (...). El reclamante en la consulta con Neurología del 14-05-2013 refiere que el 04-05-2013 inicia un episodio de mareo, embotamiento mental, bradipsiquia, vómitos, disfagia a líquidos, disartria y torpeza en miembros izquierdos (levantaba la pierna al caminar, no tenía precisión en la mano), y según la esposa continuaba con el embotamiento y estaba lento, pero habían mejorado los síntomas motores, no tenía disartria, tragaba bien y tenía algo torpe aún el MSI, pero no hay constancia documental de esa clínica en la historia clínica de (Otorrinolaringología) de la atención de ese día en el (Hospital "X"), (es el reclamante quien plantea que se le dé el alta

médica el 05-05-2013 alegando mejoría clínica); mejoría que se ratifica en las sucesivas consultas con (Otorrinolaringología) el 09-05-2013 (en esta consulta el paciente está asintomático) y con Endocrinología el 10-05-2013 (en esta consulta se refiere que `estuvo con un vértigo que precisó ingreso y después tuvo efectos secundarios neurológicos por la medicación´) (...). En la consulta con Neurología del 14-05-2013 a la EF estaba COC con BEG, presentaba bradipsiquia leve, atento y orientado, pares normales, fuerza y sensibilidad conservadas, pérdida de braceo en MSI con bradicinesia distal, ROT +/+, RCP flexores (...), sin soplos (...). Se hace un diagnóstico de sospecha de `ictus lacunar del territorio vertebrobasilar en paciente diabético e hipertenso parcialmente recuperado´, se instaura el tratamiento oportuno y se solicitan las pruebas de imagen que lo confirman (...). Señalar que la pérdida de agudeza visual que presenta (...) es debida a una retinopatía diabética, complicación de su diabetes mellitus y sin relación con el ictus sufrido”.

Entiende que la reclamación “debe ser desestimada, ya que la actuación de la Administración sanitaria fue correcta y adaptada a los conocimientos científicos y a la *lex artis*”.

7. Mediante oficios de 9 de febrero de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas remite 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.

En la misma fecha, envía una copia del expediente administrativo al Servicio Jurídico del Servicio de Salud del Principado de Asturias para su remisión al Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias.

8. Durante la instrucción, se ha incorporado al expediente un informe médico-pericial elaborado el 18 de marzo de 2016 por una especialista en Neurología a instancias de la compañía aseguradora. En él se efectúan una serie de consideraciones médicas sobre un estudio de esta patología en una serie de

124 pacientes, precisando que “el tratamiento trombolítico en esta serie se pudo aplicar a menos de la cuarta parte de los pacientes. Por un lado, la inespecificidad de la clínica hace considerar otros diagnósticos de forma errónea y lleva a los pacientes a consultar demasiado tarde”, y recuerda que “en la serie de enfermos con infartos cerebelososos presentados en la bibliografía casi un 30% de ellos presentaron un diagnóstico inicial erróneo (fundamentalmente diagnosticados de vértigo), y en muchos de ellos por la inespecificidad de la clínica el diagnóstico es el correcto pero fuera del tiempo aceptado para trombolisis”.

Por lo que se refiere a la asistencia prestada, afirma que “durante su estancia en Urgencias” el 17-04-2013 “no existían evidencias clínicas de ictus, ni en la historia clínica ni en la exploración, susceptibles de activación del código ictus”, y concluye que “que no se observan datos de mala praxis en la atención prestada en el Centro de Salud y en el Servicio de Urgencias del Hospital “X”, no existiendo datos clínicos que sugirieran la existencia de un ictus en ese momento (...). Que no se observan datos de mala praxis en la atención efectuada por el Servicio de Otorrinolaringología (...). Que la asistencia por parte del Servicio de Neurología fue la adecuada en todo momento (...). Que los síntomas visuales que presenta el enfermo no son secuela del ictus sufrido, sino de su retinopatía diabética asociada a mal control glucémico”.

Finalmente, señala que “tras el estudio de la documentación aportada puede concluirse que la atención dispensada al reclamante fue acorde a la *lex artis*”.

Asimismo obra en el expediente el informe emitido por un gabinete jurídico privado, también a instancias de la compañía aseguradora, de fecha 21 de marzo de 2016. En él se concluye que “la actuación médica fue conforme a la *lex artis*”, no existiendo nexo de causalidad entre la actuación médica del Servicio de Salud del Principado de Asturias y las secuelas que padece el paciente derivadas del ictus lacunar, por lo que “procede desestimar la reclamación patrimonial”.

9. Mediante oficio notificado al reclamante el 6 de abril de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente.

El 11 de mayo de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a la correduría de seguros que “ha transcurrido el plazo establecido para presentar alegaciones sin haberse recibido”.

10. Con fecha 19 de mayo de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella entiende que “la asistencia prestada al paciente fue acorde a la *lex artis* y a la sintomatología que (...) presentaba. Dada la ausencia de sintomatología sugestiva de ictus, no se consideró necesario la realización de pruebas de imagen ni la activación del código ictus. La disminución de la agudeza visual no es una secuela del ictus, sino de su diabetes tipo II mal controlada./ Visto lo anterior, no queda acreditado el necesario nexo causal entre el funcionamiento del servicio (...) y los daños alegados”.

11. En este estado de tramitación, mediante escrito de 8 de junio de 2016, 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, adjuntando a tal fin copia del mismo en soporte digital.

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.

En el despacho de la presente consulta tomamos en consideración la entrada en vigor el día 2 de octubre de 2016 de las Leyes 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, y 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público. La disposición transitoria tercera de la Ley 39/2015, sobre régimen transitorio de los procedimientos -que carece de equivalente en la Ley 40/2015, salvo para los procedimientos de elaboración de normas en la Administración General del Estado-, determina que "A los procedimientos ya iniciados antes de la entrada en vigor de la Ley no les será de aplicación la misma, rigiéndose por la normativa anterior".

A estos efectos, en el supuesto analizado el procedimiento se inició mediante reclamación del interesado registrada en la Administración del Principado de Asturias con fecha 5 de febrero de 2015, lo que nos remite a la redacción entonces vigente de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), y al 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.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la LRJPAC, está el interesado activamente legitimado para reclamar, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que motivaron la reclamación, pudiendo actuar por medio de representante con poder bastante al efecto, de conformidad con lo señalado en el artículo 32 de la Ley citada.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

TERCERA.- 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 Responsabilidad Patrimonial.

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.

Ahora bien, observamos una indebida paralización del procedimiento entre la remisión a la Inspectora de Prestaciones Sanitarias de la documentación solicitada a la Gerencia del Área Sanitaria III (informes e historia clínica) -mayo de 2015- y la emisión del informe técnico de evaluación -enero de 2016- que resulta claramente contraria al principio de eficacia administrativa. Ello, unido a la demora en la instrucción de aquel, provoca que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se haya 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.

Sin embargo, puesto que de la documentación obrante en el expediente se deduce la pendencia de recurso contencioso-administrativo, sin que conste formalmente que dicho procedimiento haya finalizado, deberá acreditarse tal extremo con carácter previo a la adopción de la resolución que se estime

procedente, dado que en ese caso habría de acatarse el pronunciamiento judicial. Observación esta que tiene la consideración de esencial a efectos de lo dispuesto en el artículo 3.6 de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, y en el artículo 6.2 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo del Principado de Asturias.

CUARTA.- 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 concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) que la acción se ejercite en plazo; b) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; c) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y d) que no sea producto de fuerza mayor.

QUINTA.- Se somete a nuestra consideración un procedimiento de responsabilidad patrimonial en el que se interesa una indemnización por los daños y perjuicios que el reclamante entiende derivados de la -a su juicio- defectuosa asistencia sanitaria que recibió en el Centro de Salud y en el Hospital "X", donde fue tratado de un "ictus isquémico por trombosis de la pica" izquierda. Considera que "la asistencia ha sido claramente contraria al criterio de la *lex artis*", pues "tanto el médico del centro de salud como los del Hospital (...) `X` obviaron la gravedad de la patología sin agotar los medios disponibles para obtener un diagnóstico correcto".

En cuanto al examen de los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración, procede verificar, en primer lugar, si la reclamación ha sido ejercitada dentro del plazo establecido al efecto. La Administración sanitaria no hace hincapié en este aspecto, fundando la desestimación de aquella en que no se ha infringido la *lex artis* y que no ha quedado acreditado el nexo causal entre el funcionamiento del servicio público y los daños alegados.

Por su parte, el interesado sí aborda la cuestión temporal, explicando que "si se ha dilatado en el tiempo la reclamación ello ha sido debido a la

pérdida de agudeza visual sufrida (...) como consecuencia de este ictus, quien todavía en la actualidad realiza revisiones y sesiones de tratamiento con láser en el Hospital (...) `X´”, y alude al informe de dicho hospital de 22 de enero de 2015, resaltando “la pérdida de visión comparándolo con otro informe de fecha 14-02-2013, antes del ictus, que reflejaba una agudeza visual de OD 0.8 cc; OI 1 d cc”.

Planteada la cuestión en los términos expuestos, la respuesta que ha de dar este Consejo al respecto debe partir de lo establecido en el artículo 142.5 de la LRJPAC, a cuyo tenor, “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 asunto que nos ocupa, de la documentación obrante en el expediente se desprende que la pérdida visual no es una secuela del ictus, sino que se debe a una retinopatía diabética, tal y como señala el informe del Servicio de Neurología, lo que se ve corroborado por el Servicio de Oftalmología, que afirma en su informe de 6 de mayo de 2015 que “la retinopatía y el deterioro leve en ojo derecho de agudeza visual está en relación con el mal control de su diabetes, tensión arterial (...), que desembocó en nefropatía y que agravó su retinopatía, así como inicio de cataratas”. En idéntico sentido se pronuncian el informe técnico de evaluación y el informe médico-pericial emitido a instancias de la compañía aseguradora. Asimismo, ya en el informe del Servicio de Oftalmología de 6 de febrero de 2014 se establece el diagnóstico de “exudados algodonosos y hemorragias en llama polo posterior, aspecto de retinopatía diabética severa”.

Por tanto, dado que la pérdida visual no deriva del ictus sufrido por el interesado, podemos concluir que la reclamación es extemporánea, al haber recibido aquel el alta en el Servicio de Rehabilitación del Hospital “X” el 26 de diciembre de 2013. En dicho informe se indica que el paciente “al alta (26-12-2013) presenta discreta bradipsiquia, deambulación independiente sin ayudas

técnicas, BA sin limitaciones, BM miembros izdos. 4+ pero con mano izda. afuncional, disimetría izqda., inestabilidad en la marcha con lateropulsión izda. Mantiene disfagia y atragantamiento". A mayor abundamiento, en las notas de progreso del Servicio de Rehabilitación que figuran incorporadas al expediente se anota expresamente que en esa misma fecha "se emite informe con secuelas y actuaciones previstas", encomendando al paciente la realización de ejercicios diarios en el domicilio y poniendo de manifiesto que la asistencia en los meses posteriores es para revisión. Por ello, consideramos que en el momento de emisión del referido informe -26 de noviembre de 2013- el perjudicado tuvo pleno conocimiento de la irreversibilidad del daño que soportaba y pudo ejercer su acción indemnizatoria, sin perjuicio de que con posterioridad haya acudido a revisiones periódicas en los servicios sanitarios encargados de su seguimiento.

Así las cosas, estimamos que en la fecha de su presentación -5 de febrero de 2015- la reclamación estaba prescrita.

En cualquier caso, aunque hiciéramos abstracción de la conclusión anterior y partiésemos del supuesto de que la acción no hubiera prescrito la reclamación habría de desestimarse igualmente, ya que no concurren los requisitos necesarios para su estimación.

En efecto, según doctrina reiterada de este Consejo, 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 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.

También ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega.

Así las cosas, y aplicando lo razonado al supuesto que nos ocupa, nos encontramos con que los diferentes informes de los servicios afectados, así como el informe técnico de evaluación y el informe médico-pericial incorporado al expediente a instancias de la entidad aseguradora de la Administración, resultan coincidentes en considerar adecuada a la *lex artis* la actuación realizada por el servicio público de salud.

El 17 de abril de 2013 el paciente acude a Urgencias “por inicio de mareo brusco con giro de objetos y vómitos. Valorado en el centro de salud y pautado Dogmatil y Primperan (...) refiere mejoría”. El reclamante indica que a pesar de los factores de riesgo en esa visita a Urgencias “no llega a ser examinado por un neurólogo, ni se llevan a cabo pruebas médicas que pudieran descartar un ictus”. Y añade que “a la menor sospecha debería haber sido trasladado de inmediato en una UVI móvil para recibir tratamiento fibrinolítico (...). Hubiera bastado la citada prueba de imagen, que es concluyente, para obtenerlo”. En apoyo de sus imputaciones aporta el informe de un especialista en Valoración y Baremación del Daño Corporal según el cual “tras la primera visita a Urgencias no se llevan a cabo estudios de imagen que pudiesen descartar la organicidad del cuadro”, considerando que existe un “evidente retraso en el diagnóstico de la verdadera causa o etiología de los síntomas”.

Sin embargo, la doctora que le atendió en Urgencias señala, en su informe de 14 de abril de 2015, que el paciente es atendido “con un cuadro brusco de mareo acompañado de giro de objetos y vómitos, presentando en dicho momento una exploración neurológica normal, como así consta en informe realizado en Urgencias./ Ante la impresión diagnóstica de cuadro vertiginoso se procede a la instauración de tratamiento habitual, siendo este efectivo y presentando el paciente mejoría de la clínica (...), por lo que (...) no se valora la realización de pruebas complementarias de imagen, dado que nada hace sospechar otro tipo de patología neurológica”. En este sentido, el Jefe del Servicio de Urgencias entiende que, “por lo que respecta a la asistencia prestada en este Servicio (...) el 17 de abril, estimamos que no existió una deficiente asistencia sanitaria, ni había criterios a la vista de la historia clínica, la exploración física y la evolución con el tratamiento pautado para realizar estudios urgentes de imagen ni criterios para iniciar el código ictus”.

En cuanto a la asistencia prestada por el Servicio de Otorrinolaringología el 4 de mayo de 2013, de los informes médicos se desprende que tras la exploración del paciente se sospecha la existencia de sobretreatmento por medicación antivertiginosa, por lo que se decide su ingreso. El 5 de mayo se avisa al facultativo porque estaba peor, pero el médico reseña que “cuando llego a la habitación el paciente me cuenta que se encuentra muy bien y que lo que quiere es irse a casa”, por lo que recibe el alta médica. El 9 de mayo se encuentra “asintomático y la exploración (otorrinolaringológica) fue normal”. Por último, este Servicio manifiesta en su informe de 21 de abril de 2015 que “el paciente presenta en el momento actual una clínica y exploración que no presentaba en el momento en que le di el alta hospitalaria, ni varios días después de la misma, como se constata en las notas clínicas el 9 y 10 de mayo de 2013”.

También debemos tener en cuenta las consideraciones médicas recogidas en el informe pericial emitido a instancias de la compañía aseguradora, a cuyo tenor en este tipo de enfermedades no es extraño que los

síntomas sugieran un diagnóstico inicial de vértigo, añadiendo que en el presente caso no se observaron “datos de mala praxis en la atención prestada en el Centro de Salud y en el Servicio de Urgencias del Hospital ‘X’, no existiendo datos clínicos que sugirieran la existencia de un ictus en ese momento”. Y estima que la asistencia prestada tanto por el Servicio de Neurología como por el de Otorrinolaringología fue adecuada.

En consecuencia, a la vista de los datos obrantes en el expediente no resulta probado que la asistencia recibida por el interesado fuese contraria a la *lex artis*. Es cierto que acude a Urgencias el 17 de abril de 2013, pero debemos tener en cuenta que ante la sintomatología que presentaba en aquel momento el diagnóstico de “vértigo” era el más acertado, puesto que no había indicios que sugiriesen la existencia de un ictus. Así lo recoge el informe técnico de evaluación al señalar que “por la sintomatología referida (...) y la exploración física detallada en el informe de alta del Servicio de Urgencias no presentaba clínica que hiciera sospechar la presencia de un ictus, y sí era compatible con el diagnóstico de vértigo periférico”.

Tampoco se le pudo aplicar al paciente el código ictus, puesto que el objetivo del mismo es que pueda recibir tratamiento fibrinolítico antes de las cuatro horas y media desde el inicio de los síntomas, y en el presente caso se le diagnosticó la dolencia semanas más tarde.

Por último, debemos señalar que una vez que el paciente es diagnosticado de “ictus isquémico por trombosis de la pica” izquierda se instaura el tratamiento oportuno, y que asiste a rehabilitación durante ocho meses, siendo las secuelas que padece consecuencia de la propia enfermedad, como indica el Servicio de Neurología en la última revisión efectuada (11 de febrero de 2014).

A la vista de ello, y reiterando que procede desestimar la presente reclamación por extemporánea, debemos concluir que, a la luz de los hechos acreditados documentalmente y de los informes emitidos en el curso del

procedimiento, tampoco ha quedado demostrada una mala práctica médica del servicio público sanitario a la que pudiera ser imputable el daño alegado.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, una vez atendida la observación esencial contenida en el cuerpo de este dictamen, 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.