

Expediente Núm. 139/2016
Dictamen Núm. 1/2017

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 12 de enero de 2017, 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 26 de mayo de 2016 -registrada de entrada el día 1 del mes siguiente-, y una vez atendida por escrito de 15 de diciembre de 2016 -registrado de entrada al día siguiente- 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 que atribuye al error diagnóstico y desatención de un accidente isquémico por parte de los servicios de urgencia hospitalarios.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 8 de febrero de 2013, la interesada presenta en una oficina de correos una reclamación de responsabilidad patrimonial -dirigida al Servicio de Salud del Principado de Asturias- por los daños y perjuicios que atribuye al error

diagnóstico y desatención de un accidente isquémico por parte de los servicios de urgencia hospitalarios.

Expone que “acudió a Urgencias (...) el 9-02-2012, siendo atendida por uno o dos médicos (...) no especialistas en Neurología, siendo el diagnóstico ‘mareo sin poder determinar causa’”. Sin embargo, “a tenor del informe médico que se acompaña, emitido por médico especialista en Neurología (...), la exponente reunía a su llegada al centro hospitalario todos los requisitos clínicos para ser incluida en el protocolo del código ictus, y existe relación de causalidad entre las secuelas que sufre (...) y la mala praxis observada en su atención médica”.

Por lo que se refiere a los daños, afirma que “permaneció hospitalizada entre el 11-02-2012 y el 16-02-2012, y de baja laboral hasta el 7-08-2012, resultándole como secuelas déficit neurológico persistente en forma (de) parálisis facial central izquierda, dificultad para la expresión oral (disartria), así como para la deglución, especialmente de líquidos (disfagia), hemiparesia izquierda y trastorno ansioso-depresivo reactivo que le suponen invalidez permanente total para su trabajo habitual (autónoma-comercio)”.

Sobre la cuantificación de los daños y perjuicios, “utilizando como criterio de valoración el baremo establecido para los accidentes de tráfico”, afirma que las secuelas suponen “63 puntos”. A ello añade las cuantías correspondientes a “6 días de hospitalización” y “172 días de incapacidad”, más “92.882,35 € por invalidez permanente total” y un factor de corrección del “10% sobre días de hospitalización e incapacidad y secuelas”, lo que hace un total de ciento noventa mil novecientos trece euros con diecinueve céntimos (190.913,19 €), “más los intereses legales desde la fecha de presentación de este escrito”.

Solicita de modo expreso el recibimiento a prueba del expediente “para la práctica de:/ Prueba testifical, para ratificación por el perito (...) del informe pericial acompañado./ Prueba documental, por reproducción de las historias clínicas” obrantes en el Hospital “X” y en el Hospital “Y”.

2. Con fecha 18 de febrero de 2013, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Disciplinaria remite a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias una copia de la reclamación presentada.

3. Mediante oficio notificado a la interesada el 26 de febrero de 2013, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Disciplinaria le comunica la fecha de recepción de su reclamación en la Administración del Principado de Asturias, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

4. El día 27 de febrero de 2013, el Jefe de Servicio del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV remite al Servicio de Inspección de Servicios una copia de la historia clínica de la paciente obrante en el Hospital "X".

Con fecha 6 de marzo de 2013, le traslada el informe elaborado por el Servicio de Neurología y, el 14 de marzo de 2013, el emitido por el Servicio de Urgencias.

Finalmente, el 29 de mayo de 2013, le remite la historia clínica de la perjudicada obrante en el Hospital "Y".

El informe del Servicio de Neurología alude a la información clínica que consta en el informe de alta, cuya copia adjunta, y añade que "la paciente acudió a Urgencias el día 9 de febrero de 2012 por cuadro de mareo, inestabilidad en la marcha y dudosa disartria. La TC de cráneo fue normal y, según queda recogido en el informe de alta de Urgencias, la exploración neurológica era normal (salvo una dudosa parálisis facial central), no observándose focalidad neurológica grosera. Por tanto, no es cierto que cumpliera criterios para ser incluida en el protocolo del tratamiento del ictus urgente (...). Ante la sospecha de que el cuadro pudiera tratarse de un ictus transitorio o menor se instauró un tratamiento con Adiro y se le dijo (...) que volviera a Urgencias si notaba empeoramiento (...). La paciente volvió a

Urgencias el día 11 de febrero aquejando torpeza e inestabilidad en la marcha. A la exploración había disartria, parálisis facial periférica central, debilidad 4/5 (leve) en miembro superior izquierdo, sin otra focalidad neurológica. Los estudios complementarios pusieron de manifiesto que había padecido un infarto profundo hemisférico derecho./ En nuestra opinión, no existió negligencia médica en ningún momento (...). Los mínimos déficits que tenía (en la primera consulta) no eran subsidiarios de tratamiento agresivo”, e incluso tampoco hubieran justificado los riesgos de este tratamiento aunque hubiera ocurrido un error en la exploración física y ya tuviera ese día los síntomas que se vieron el día 11 de febrero”, porque “ha de estar dentro de las primeras 4, 5 horas de los síntomas y tener una determinada puntuación en la escala de ictus que esta paciente no ha presentado”.

El informe del Director de la Unidad de Gestión Clínica de Urgencias señala que ingresó “el día 09-02-2012, a las 09:27 horas, refiriendo `mareo con caída al suelo´. En el triaje realizado (...) se le asignó una prioridad de atención (...) nivel 4, de los 5 niveles existentes (...). En el informe de Urgencias figura una descripción del cuadro clínico presentado por la paciente en su domicilio y la ausencia de sintomatología en el momento de la consulta (`ahora su habla ya es normal, no inestabilidad´). Así mismo, consta en su informe una exploración neurológica donde no se objetivan focalidades ni déficit neurológico./ Con los datos obtenidos en el proceso de triaje y la exploración física (...) la paciente no cumplía criterios clínicos para ser incluida en el protocolo de código ictus”. Añade que se solicitaron pruebas complementarias -“hemograma, bioquímica urgente, coagulación, electrocardiograma y una TAC craneal que fue informada como `moderada atrofia cortico-subcortical´. No se aprecian lesiones ocupantes de espacio y tras la administración de contraste no hay captaciones patológicas”. Posteriormente, se procedió “a darle el alta tras algo más de cinco horas de estancia en nuestro Servicio”.

5. Entre la documentación que integra la historia clínica de la interesada obrante en el Hospital "Y" figuran dos solicitudes de esta (folios 168 y 169), de fechas 16 de enero de 2013 y dirigidas al Hospital "X" y al Hospital "Y", en las que solicita que se le proporcione la historia clínica correspondiente "al menos desde el 8-02-2012".

También consta un informe pericial privado (folios 166 y 167) suscrito por un especialista en Neurología el 8 de febrero de 2013. Tras analizar los informes de alta de los Servicios de Urgencias del Hospital "X" y del Hospital "Y", y el informe del Servicio de Neurología del primero de estos hospitales, concluye que "la paciente reunía a su llegada al centro hospitalario (en referencia al día 9 de febrero de 2012) todos los requisitos clínicos para ser incluida en el protocolo del código ictus, vigente desde abril de 2009 en el Servicio de Salud del Principado de Asturias, debiendo haberse obrado en consecuencia para revertir o minimizar la sintomatología y evitar el riesgo de progresión o de recidiva del déficit neurológico motivo de la atención urgente".

Finalmente, aparece un documento denominado "Tratamiento prehospitalario del ictus en el Principado de Asturias./ Código ictus" (folios 170 a 180).

6. El día 17 de octubre de 2013, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él, tras detallar pormenorizadamente el proceso asistencial, señala que "la paciente acudió al Servicio de Urgencias el día 9-02-2012, donde se realizaron las exploraciones pertinentes, conforme a la clínica que refería (...), no cumpliendo criterios de inclusión en el 'código ictus'. No obstante, tras la primera valoración se le realizaron pruebas complementarias que incluyeron, entre otras, la realización de una TAC que fue informada como 'moderada atrofia córtico-subcortical', sin lesiones ocupantes de espacio y sin captaciones patológicas tras la administración de contraste. Más tarde fue valorada nuevamente desde un punto de vista clínico, no encontrando dato alguno al

cabo de cinco horas en el Servicio de Urgencias de dato (...) sugerente de ictus, por lo que causó alta”.

Concluye que la actividad asistencial prestada fue correcta “en todo momento, realizándose la atención a la paciente de forma adecuada, con las intervenciones de acuerdo con la clínica que presentaba (...) y con las recomendaciones terapéuticas coherentes con los hallazgos obtenidos”, por lo que propone desestimar la reclamación.

7. Mediante escritos de 21 y 24 de octubre de 2013, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones, Centros y Servicios Sanitarios remite una copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente completo a la correduría de seguros.

8. Con fecha 9 de diciembre de 2013, emite informe un especialista en Neurología a instancias de la compañía aseguradora. En él señala que se trata “de una mujer de 67 años y dos factores de riesgo vascular conocidos que sufre un episodio de sintomatología y naturaleza inespecífica consistente en un cuadro de mareo de inicio agudo con caída a suelo sin pérdida de conciencia (...). A su llegada a Urgencias la clínica (mareo, inestabilidad, dudosa dificultad para articular el lenguaje) había desaparecido y la exploración neurológica y general realizada no objetivó patología. Las pruebas complementarias realizadas dieron resultados normales o irrelevantes, incluido la realización de una TC cerebral. La paciente fue dada de alta, tras permanecer 5 horas en Urgencias sin un diagnóstico preciso, pero recomendándole que iniciara un tratamiento antiagregante como tratamiento preventivo que cubriera la posibilidad de un origen vascular cerebral isquémico (AIT) del episodio”.

Sostiene que “no existían criterios para la activación del código ictus, ya que faltaba la presencia de un déficit neurológico focal objetivo (...). Una vez en Urgencias el día 9 de febrero no se podría haber aplicado otro tratamiento diferente al que se indicó, ya que tratamientos más agresivos, como la

trombolisis, estarían contraindicados aun en el caso (de) que se hubiera sospechado que ese episodio de mareo correspondía a un ictus en evolución, pues el paciente cumplía uno de los criterios de exclusión: / *ictus minor* (NIHSS <4) o con curso rápido y claro hacia la mejoría antes de la administración del fármaco". Por ello, "se obró correctamente y no puede afirmarse que se actuara con mala praxis o que se privara a la paciente de la mejor actuación diagnóstica y terapéutica posible, y por tanto las secuelas que en la actualidad pueda padecer" han de imputarse "a la gravedad de la enfermedad que sufrió, responsable de la mayor parte de las discapacidades graves en adultos en los países desarrollados".

Concluye que a "su llegada a Urgencias (...) la clínica había desaparecido y la exploración neurológica y general realizada no objetivó patología. Las pruebas complementarias realizadas dieron resultados normales o irrelevantes (...). La paciente fue dada de alta tras permanecer 5 horas en Urgencias sin un diagnóstico preciso, pero recomendándole que iniciara un tratamiento antiagregante plaquetar como tratamiento preventivo que cubriera la posibilidad de un origen vascular cerebral isquémico (AIT) del episodio". Reitera que "en el primer episodio no existían criterios para la activación del código ictus, ya que faltaba la presencia de un déficit neurológico focal objetivo, imprescindible para poder soportar una sospecha clínica fundada de ictus (...). Por ello, en Urgencias el día 9 de febrero no se podría haber aplicado otro tratamiento diferente al que se indicó", por lo que descarta la existencia de "mala praxis o que se privara a la paciente de la mejor actuación diagnóstica y terapéutica posible".

9. Mediante escrito notificado a la interesada el 2 de enero de 2014, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones, Centros y Servicios Sanitarios le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

Con fecha 9 del mismo mes, comparece aquella en las dependencias administrativas y se le hace entrega de una copia de la documentación obrante en el expediente hasta ese momento.

10. El día 21 de enero de 2014, la perjudicada presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones. En él afirma que cuando "indicaba en su escrito de reclamación que debía ser incluida en el protocolo del código ictus en absoluto pretendía sostener que debería habersele considerado candidata a fibrinólisis (...), lo que planteaba y se plantea en este momento es que no recibió atención adecuada en Urgencias el día 9-02-2012".

Alude, a continuación, a la existencia de unos signos de interrogación en el informe de Urgencias "situados después de `disartria´ y `duración´", y defiende que tales signos son añadidos por la segunda facultativa que la atiende, pues "el primer facultativo (que la atendió) ni dudaba de la sensación de lateralización izquierda, ni mucho menos de la disartria, signos claros de que (...) había sufrido un AIT. De hecho, las pruebas realizadas son las pautadas para un paciente con sospecha de ictus, y el tratamiento que se le prescribió (Adiro) también. Y el diagnóstico `(...) mareo sin poder determinar causa (...)´ no es admisible, debió de derivarse a Neurología o, al menos, solicitar interconsulta al neurólogo de guardia".

Afirma que "nunca debió de causar alta hospitalaria, sino que debió ser ingresada (...). Tanto el PCAI 6 como la Guía de recomendaciones clínicas ictus vigentes en febrero de 2012 indicaban expresamente el ingreso hospitalario ante el AIT, e incluso la necesidad de revisión por neurólogo, interesándose que se unan ambos como prueba documental al expediente".

Subraya que "el día 9-02-2012 en Urgencias se limitaron a recomendarle el tratamiento de Adiro (...), pero ni le dieron el medicamento, ni mucho menos lo tomó en presencia de ningún sanitario (...). De hecho, no fue hasta dos días después cuando consiguió despertar cuando acudió a la farmacia para comprar

el medicamento y tomarlo. El informe de ambulancia es prueba de ello al indicar `(tratamiento) Adiro (tomada ahora)`.

Por último, interesa que se practiquen como medios de prueba, además de los interesados en su día, "declaración de los dos médicos que atendieron en Urgencias a la exponente (...) a fin de que manifiesten cuál de ellos consignó los interrogantes" referidos en el informe de Urgencias; "pericial caligráfica o cotejo de letras del original del informe para el supuesto de que ninguno de ellos recordase quien consignó tales interrogantes", y documental, consistente en "unión al expediente de PCAI 6 y Guía de recomendaciones clínicas ictus vigentes el 9-02-2012".

Acompaña un informe pericial suscrito por un especialista en Neurología en el que se indica que, pese a la existencia de documentos erróneos de los que se deduciría que la paciente acudió en dos días sucesivos, lo cierto es que "salió del S.º de Urgencias" del Hospital "X" "en torno a las 14:00 horas del día 9 y no regresó al mismo hasta las 14:30 horas del día 11".

Tras analizar los diferentes informes, afirma que, "aun dando por buena la inexistencia de signos clínicos evidentes, la sintomatología referida por la paciente era inequívocamente identificable como un probable AIT", que "el antiagregante Adiro no le fue suministrado en el S.º de Urgencias" y que ella "no acudió a adquirirlo hasta la mañana del día 11".

Destaca que "la sintomatología referida (por la reclamante) el día 9 de febrero de 2012 (...), y teniendo en cuenta, además, que era portadora de dos factores de riesgo vascular, tales que la edad y la hipertensión, era altamente sugerente de haber sufrido un AIT. De hecho, a la luz de otros documentos clínicos obrante en el expediente (...), cabe la posibilidad de que la paciente persistiese sintomática incluso al alta". A su juicio, la actuación del primer facultativo "estaba correctamente enfocada hacia la sospecha de AIT"; sin embargo, la segunda facultativa "no estableció tal diagnóstico, ni, en realidad ningún otro, dando de alta a la paciente y etiquetando el episodio como `mareo` (lo que, en sí mismo, no constituye diagnóstico alguno). Sin embargo,

procedió a pautarle Adiro (...), para lo cual no había una indicación estricta si no se estaba considerando la hipótesis vascular. Medicamento, por cierto, que debía haber sido administrado en Urgencias”.

Añade que la guía clínica correspondiente establece que “los pacientes con AIT serán atendidos en un entorno de alta resolución que permita completar los estudios e iniciar el tratamiento etiológico en 48 horas. En nuestro medio este entorno lo representa el ingreso hospitalario”.

Finalmente insiste en que “documentos suscritos por neurólogos del mismo centro ponen en duda la total desaparición de la sintomatología en el momento del alta”.

11. Mediante escrito notificado a la interesada el 14 de febrero de 2014, el Coordinador de Régimen Disciplinario y Responsabilidad Patrimonial le comunica que dispone de un plazo de 10 días para presentar el pliego de preguntas que desea se realicen a los dos médicos cuya testifical propuso, y que en el mismo plazo puede presentar la “pericial caligráfica” que anunció en su escrito de alegaciones. Finalmente, sobre los protocolos y guías médicas a las que aludió, le comunica que “se encuentran disponibles para todos los ciudadanos (...) en el portal astursalud.es”.

El día 21 de febrero de 2014, la reclamante cumplimenta el requerimiento anterior y presenta, “en sobre cerrado”, las preguntas para ambos facultativos. Respecto a la pericial caligráfica, “insiste (en) que se solicita con carácter subsidiario para el supuesto que (la doctora interviniente) no reconozca ser de su puño y pulso los signos de interrogación obrantes en el informe de Urgencias”.

Finalmente, tras manifestar que no puede obtener en la web la versión vigente el 9 de febrero de 2012 de la guía sobre el ictus, aporta una “impresión del obtenido en su día por el perito (...), interesándose que por quien corresponda (...) se certifique que dicha versión, con depósito legal del año 2005, es la vigente a 9-02-2012”.

En el documento que aporta la interesada -Guía de recomendaciones clínicas ictus- (folio 257) se indica que “los pacientes con AIT serán atendidos en un entorno de alta resolución que permita completar los estudios e iniciar el tratamiento etiológico en 48 horas. En nuestro medio este entorno lo representa el ingreso hospitalario”.

12. Con fecha 6 de marzo de 2014, la perjudicada aclara que los escritos en los que consignó las preguntas para los facultativos llevaban “reverso”, por lo que “ruega” que esa “página trasera (...) no quede desapercibida”.

El día 7 de agosto de 2014, presenta un nuevo escrito en el que denuncia que, “pese al tiempo transcurrido, se desconoce si se ha practicado” la prueba testifical propuesta. Por ello, solicita que “se acuerde dar trámite de audiencia de la prueba practicada o, en su caso, acordar todo lo necesario para llevar a efecto lo acordado”.

13. Practicada la prueba testifical, mediante escrito notificado a la interesada el 22 de enero de 2015, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios le concede un segundo trámite de audiencia, adjuntándole “una copia de los nuevos documentos incorporados al expediente”.

14. El día 10 de febrero de 2015, la perjudicada presenta un escrito de alegaciones en el que pone de manifiesto que se confirma la existencia de dos escrituras, pertenecientes a los dos facultativos que la atendieron. Sin embargo, “sorprendentemente, ninguno de los dos reconoce haber consignado los signos de interrogación” referidos, lo que implicaría la intervención de “un tercer médico” no identificado. La interesada insiste en no recordar la existencia de este tercer facultativo y, en consecuencia, solicita que se practique la pericial caligráfica de la doctora interviniente, puesto que sigue en la “creencia de que los signos fueron consignados” por ella, “ignorando por qué ahora lo niega”.

Finalmente, reitera en que "se certifique que el PCAI 6 y Guía de recomendaciones clínicas ictus unidos al expediente (folios 243 a 340) son los vigentes a 9-02-2012".

15. Con fecha 7 de octubre de 2015, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios emite informe sobre las guías clínicas vigentes en relación con el ictus, y aporta una copia en papel de cada una de ellas.

16. Mediante oficios de 30 de octubre de 2015, el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios comunica a los facultativos que asistieron a la reclamante en el Servicio de Urgencias que la interesada ha solicitado una pericial caligráfica, y les pregunta si "voluntariamente" están dispuestos a realizarla.

El día 9 de noviembre de 2015, el Director del Área de Gestión Clínica del Corazón del Hospital "X" informa que el facultativo requerido "actualmente está realizando una rotación externa en el Mount Sinaí, en NY, con una duración prevista hasta el uno de diciembre próximo".

Con fecha 11 de noviembre de 2015, la facultativa que atendió a la interesada presenta un escrito en el que señala que, "si bien en noviembre de 2014 afirmé que los signos de interrogación no son de mi puño y letra (...), no podría afirmarlo al 100%, así como decir que las historias clínicas no están bajo mi custodia durante la estancia de los pacientes en el Servicio de Urgencias./ Por lo expuesto, no considero oportuno realizar la prueba caligráfica".

17. Mediante oficio notificado a la interesada el 9 de diciembre de 2015, el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios le comunica la apertura de un nuevo trámite de audiencia.

18. El día 15 de diciembre de 2015, la interesada presenta un nuevo escrito de alegaciones en el que sostiene, a la vista de la negativa a realizar la prueba caligráfica solicitada, que el "médico residente que atendió en primera instancia

a la exponente no dudó de la lateralización izquierda y disartria, ni tampoco de la duración del episodio. Esas dudas las introdujo la (doctora) que la atendió en segunda instancia". Por ello, insiste en la existencia de "signos claros de que la exponente había sufrido un AIT".

Considera igualmente acreditado que "debió serle aplicada la Guía de recomendaciones clínicas, es decir, cuando menos ser ingresada", por lo que "nunca debió de causar alta hospitalaria, y menos sin ni siquiera recibir el tratamiento prescrito".

Finalmente, anuncia la interposición de un "recurso contencioso-administrativo contra la denegación presunta" de la reclamación formulada en su día.

Obra en el expediente el Decreto del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 16 de diciembre de 2015 sobre admisión a trámite del recurso en cuestión, así como la remisión del expediente de responsabilidad patrimonial al Servicio Jurídico del Servicio de Salud del Principado de Asturias para su traslado al citado Tribunal.

19. El día 20 de abril de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y del Registro de Instrucciones Previas formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio, reiterando los argumentos contenidos en el informe técnico de evaluación. Tras resumir los hechos, propone desestimar la reclamación, dado que "en el primer episodio no existían criterios para la activación del código ictus, ya que faltaba la presencia de un déficit neurológico focal objetivo, imprescindible para poder soportar una sospecha clínica fundada de ictus. Por ello, en Urgencias el día 9 de febrero no se podría haber aplicado otro tratamiento diferente al que se indicó. Tampoco podría haberse activado el código ictus en el segundo episodio, tras el alta en Urgencias el día 9 de febrero, pues aunque (...) este déficit focal existía a su llegada a Urgencias en ninguno de los documentos revisados figura la hora exacta de su inicio, lo que también contraindica la aplicación del tratamiento trombolítico".

20. Mediante escrito de 26 de mayo 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 autenticada del mismo en soporte digital.

Con fecha 30 de septiembre de 2016, el Presidente del Consejo Consultivo solicita, de conformidad con lo previsto en el artículo 37.3 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de dicho órgano, la emisión de un informe "por un perito experto en la materia" a fin de "dar respuesta a la siguiente cuestión:/ Si como afirma el perito de la interesada `la sintomatología referida (...) el día 9 de febrero de 2012 (...), teniendo en cuenta, además, que era portadora de dos factores de riesgo vascular, tales que la edad y la hipertensión, era altamente sugerente de haber sufrido un AIT´, y si la Guía de recomendaciones clínicas para el ictus y sus respectivas actualizaciones (...) vigentes el 9 de febrero de 2012 (...) establecen con total precisión, entre otras cosas, que `los pacientes con AIT serán atendidos en un entorno de alta resolución que permita completar los estudios e iniciar el tratamiento etiológico en 48 horas. En nuestro medio este entorno lo representa el ingreso hospitalario´".

Mediante escrito de 15 de diciembre de 2016, el Secretario General Técnico de la Consejería de Presidencia y Participación Ciudadana remite dos documentos titulados "Ampliación de dictamen médico", fechados el 7 de julio y el 2 de noviembre de 2016, suscritos por el mismo perito especialista que había realizado el informe pericial obrante en el expediente a instancia de la entidad aseguradora del Principado de Asturias.

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 de la interesada presentada en una oficina de correos con fecha 8 de febrero de 2013, 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 la interesada activamente legitimada 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 en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 142.5 de la LRJPAC dispone que “En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”. En el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 8 de febrero de 2013, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -el alta hospitalaria- el día 9 de febrero de 2012, por lo que, sin necesidad de atender a la fecha determinación del alcance de las secuelas, 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 Responsabilidad Patrimonial. 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.

Ahora bien, 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.

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.

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

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

efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 141 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

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

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

SEXTA.- La interesada reclama una indemnización como consecuencia de las secuelas que padece tras sufrir un ictus el día 11 de febrero de 2012, al considerar que no se diagnosticaron correctamente como AIT (accidente isquémico transitorio) los síntomas neurológicos que padeció dos días antes, el 9 de ese mismo mes.

A este Consejo no le ofrece ninguna duda la realidad de los daños sufridos, que han quedado acreditados con los informes médicos obrantes en el expediente, sin perjuicio de la valoración que quepa efectuar en el caso de que se concluya que concurren los requisitos legales para una declaración de responsabilidad patrimonial.

Ahora bien, la mera constatación de un daño real, efectivo, individualizado, evaluable económicamente y surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que el daño alegado tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público.

Como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, 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 la reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que

ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

Este criterio opera no solo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado -aunque no siempre pueda garantizarse que este sea exacto- en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que la 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 ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega.

En el supuesto que analizamos, la perjudicada acudió al Servicio de Urgencias hospitalarias el día 9 de febrero de 2012 refiriendo "mareo con caída al suelo", sin pérdida de conocimiento. Tras los reconocimientos y pruebas diagnósticas que obran en la historia clínica, fue dada de alta con un diagnóstico inespecífico ("mareo sin poder determinar causa"). Dos días más tarde es conducida de nuevo al Servicio de Urgencias, donde se aprecia una "isquemia subaguda". Sostiene, con apoyo en la prueba pericial de un especialista, que los síntomas que presentaba el día 9 de febrero eran

sugestivos de un AIT, lo que obligaba, según las guías y protocolos vigentes que cita, al ingreso hospitalario. Sin embargo, fue dada de alta, pautándosele tratamiento con Adiro 300 que no fue suministrado en el Servicio de Urgencias. Afirma que habría tenido lugar por ello una infracción de la *lex artis*, y que de no haberse producido habría evitado el ictus o, al menos, sus secuelas.

Tal y como acabamos de exponer, el reproche al funcionamiento del servicio público sanitario se reduce a la asistencia prestada en el Servicio de Urgencias el día 9 de febrero de 2012, sin que se cuestione la recibida a partir del 11 de ese mismo mes, cuando ya no se duda sobre el padecimiento de un ictus. Por tanto, nuestro dictamen ha de limitarse a indagar sobre la asistencia prestada con fecha 9 de febrero de 2012.

Según los datos que constan en el informe de alta del Servicio de Urgencias (folio 13), la reclamante acudió al mencionado Servicio por "caída al suelo", sin pérdida de conocimiento, refiriendo, como consta textualmente en ese informe, "dificultad para incorporarse con sensación de lateralización izq. y disartria? de 30' de duración?". En el momento de la exploración se anota que "ahora su habla ya es Ø, y no inestabilidad". Tras los estudios analíticos y pruebas diagnósticas, que incluyeron un TAC craneal, se procedió a darla de alta tras haber permanecido en el Servicio unas 5 horas, pautándosele como tratamiento un comprimido de Adiro 300 cada 24 horas. Según el informe del Servicio de Neurología de 5 de marzo de 2013, ese día 9 de diciembre de 2012 el resultado de la exploración neurológica "era normal (salvo una dudosa parálisis facial central), no observándose focalidad neurológica grosera", por lo que "la paciente no cumplía los "criterios para ser incluida en el protocolo del ictus urgente (con rTPA o con trombectomía) (...). Ante la sospecha de que el cuadro pudiera tratarse de un ictus transitorio o menor se instauró un tratamiento con Adiro". En el informe de alta de ese mismo Servicio, de 16 de febrero de 2012, se describen los síntomas que presentó el día 9 anterior (aunque por error se refiere al día 10) como "sensación de torpeza generalizada e inestabilidad para la marcha y paresia facial izquierda".

Por último, en el informe elaborado a instancias de la entidad aseguradora se indica que “en ciertas circunstancias se produce lo que denominamos ataques isquémicos transitorios (AIT) previos que no dejan secuelas, que ponen en sobre aviso de esa posible clínica vascular (...). El AIT es un cuadro clínicamente superponible al infarto cerebral. El paciente sufre un déficit neurológico focal de inicio brusco que, transcurridos habitualmente unos minutos (...), revierte en su totalidad y el paciente vuelve a quedar asintomático./ El AIT es un factor de riesgo para sufrir un ictus establecido y uno de cada 4-5 ictus se precede de un AIT (...). De ahí su importancia en poder diagnosticar precozmente el AIT para poder actuar con rapidez y (...) evitar una recurrencia en forma de ictus establecido. El diagnóstico (...) es estrictamente clínico”. Sobre los síntomas que presentaba la reclamante, afirma el mismo perito que “a su llegada a Urgencias la clínica (mareo, inestabilidad, dudosa dificultad para articular el lenguaje) había desaparecido (...). La paciente fue dada de alta tras permanecer 5 horas en Urgencias sin un diagnóstico preciso, pero recomendándole que iniciara un tratamiento antiagregante como tratamiento preventivo que cubriera la posibilidad de un origen vascular cerebral isquémico (AIT) del episodio.

En respuesta a nuestra solicitud de informe para mejor proveer, se incorporan al expediente dos informes suscritos por el mismo especialista que interviene a instancias de la compañía aseguradora. El primero de ellos está fechado el 7 de julio de 2016, y dado que nuestra solicitud se remitió el 4 de octubre de ese mismo año, no puede ser el que dé respuesta a las dos cuestiones que habíamos planteado. El segundo lleva fecha de 2 de noviembre de 2016, y por lo que se refiere a la primera de las preguntas -“si, como afirma el perito de la interesada, `la sintomatología referida (...) el día 9 de febrero de 2012 (...), teniendo en cuenta, además, que era portadora de dos factores de riesgo vascular, tales que la edad y la hipertensión, era altamente sugerente de haber sufrido un AIT”-, encontramos entre las páginas 16 a 17 lo que podría ser su respuesta. En efecto, el autor del informe disiente del parecer del perito de

la perjudicada al señalar que “es evidente que no podemos compartir su opinión, puesto que como hemos expuesto con anterioridad falta el criterio clínico fundamental, el déficit neurológico focal, entendido como tal una de las siguientes situaciones que son los signos de alarma del ictus (...): Pérdida de fuerza brusca en cara, brazo y/o pierna de la mitad del cuerpo./ Pérdida de sensibilidad brusca en cara, brazo y/o pierna de la mitad del cuerpo./ Pérdida de visión brusca en uno o ambos ojos./ Pérdida brusca del habla o la capacidad de entender lo que se escucha./ Cuadro brusco de visión doble, alteración del equilibrio y vértigo”. Por ello, afirma que “en el momento en que la paciente acudió a Urgencias el día 9 y con la información que se le facilitó al médico que la atendió no era razonable manejar como primer diagnóstico un AIT (...). A pesar de todo ello, la paciente fue dada de alta con tratamiento antiagregante que estaría indicado si se tratara de un verdadero AIT”.

Sobre la segunda de nuestras preguntas -si “la Guía de recomendaciones clínicas para el ictus y sus respectivas actualizaciones (...) vigentes el 9 de febrero de 2012 (...) establecen con total precisión, entre otras cosas, que `los pacientes con AIT serán atendidos en un entorno de alta resolución que permita completar los estudios e iniciar el tratamiento etiológico en 48 horas. En nuestro medio este entorno lo representa el ingreso hospitalario”-, el perito no se pronuncia.

A la vista de ello, este Consejo Consultivo considera que ha resultado acreditado que los servicios asistenciales sospecharon que la interesada había padecido un “ictus transitorio o menor”. En efecto, aunque el perito de la entidad aseguradora defiende que ese día 9, “con la información que se le facilitó al médico que la atendió, no era razonable manejar como primer diagnóstico un AIT”, lo cierto es que el propio perito reconoce que se le pautó tratamiento antiagregante, que es el indicado para los supuestos de AIT. Pero, además, según el informe del Servicio de Neurología de 5 de marzo de 2013 del propio hospital que prestó la asistencia ese día 9 de diciembre, y “ante la sospecha de que el cuadro pudiera tratarse de un ictus transitorio o menor, se

instauró un tratamiento con Adiro”. En definitiva, el propio servicio público reconoce, sin ningún género de dudas, que se estableció una sospecha diagnóstica de AIT (“ictus transitorio o menor”), cuyas manifestaciones clínicas habían desaparecido prácticamente cuando fue objeto de la primera atención en el Servicio de Urgencias y en su integridad cuando fue dada de alta. En este sentido, no pueden ser atendidas las afirmaciones del perito de la interesada, sin acotar con algún documento o folio concreto de la historia clínica, cuando afirma que “documentos suscritos por neurólogos del mismo centro ponen en duda la total desaparición de la sintomatología en el momento del alta”. Al contrario, en todos los documentos que hemos podido analizar, y de los que hemos dejado constancia en los antecedentes, queda claro que en el momento del alta la interesada se encontraba asintomática.

Igualmente hemos de dar por acreditado que a la perjudicada no se le suministró el fármaco antiagregante en el Servicio de Urgencias, y que tampoco lo ingirió por su cuenta con posterioridad al alta del día 9. Ahora bien, la interesada trata de justificar su desatención al tratamiento pautado con una explicación que no podemos compartir. Así, señala en su escrito de alegaciones de 21 de enero de 2014 que “no fue hasta dos días después (de la fecha del alta) cuando consiguió despertar cuando acudió a la farmacia para comprar el medicamento y tomarlo”, de lo que cabría deducir que estuvo en una suerte de estado de somnolencia desde el mismo momento del alta del día 9, aunque lo cierto es que en ese momento se encontraba asintomática y nada le hubiera impedido adquirir e ingerir el medicamento pautado.

Finalmente, también hemos de considerar acreditado que en el caso de diagnosticarse un AIT el protocolo de actuación vigente en el ámbito del Servicio de Salud del Principado de Asturias exigía el ingreso hospitalario, según expone el perito de la interesada, sin que -como hemos visto- tal cuestión haya sido objeto de aclaración concreta con ocasión de la diligencia para mejor proveer. En cualquier caso, el documento que establece la necesidad de ese ingreso hospitalario ha sido incorporado al expediente por la propia interesada,

y la Administración nada contrapone sobre su aplicación. En consecuencia, establecida la sospecha diagnóstica de haber padecido un AIT y pautado el tratamiento antiagregante correspondiente, apreciamos la existencia de una infracción de la *lex artis ad hoc* consistente en no determinar el ingreso hospitalario de la paciente, tal y como establecían las guías clínicas de aplicación, lo que se traduce en una pérdida de oportunidad terapéutica ante un curso causal hipotético. En todo caso, también observamos que el comportamiento de la víctima, que desatiende el tratamiento farmacológico prescrito, también pudo contribuir a la producción del daño o a la intensidad del mismo.

SÉPTIMA.- Establecida la responsabilidad patrimonial del servicio público sanitario, hemos de pronunciarnos sobre la cuantía indemnizatoria.

En supuestos como el presente -pérdida de oportunidad terapéutica- este Consejo ha señalado que la jurisprudencia viene estableciendo que el daño indemnizable no es el de la lesión respecto de la cual no es posible saber a ciencia cierta si hubiera podido evitarse, sino que ha de ser propiamente la pérdida de la oportunidad de recibir el tratamiento médico adecuado, impidiendo con ello la posibilidad de evitar daños y secuelas. En tales casos, si el daño pudo evitarse en un porcentaje estadísticamente conocido se indemnizará al paciente por haberle privado de la posibilidad de pertenecer al grupo de pacientes que no lo sufre.

En el asunto examinado, dado el sentido desestimatorio de la propuesta de la Administración, no se ha aportado dato alguno que analice, desde el punto de vista de las estadísticas médicas, la hipótesis de que se hubiese prestado a la paciente la asistencia especializada mediante su ingreso hospitalario. Por ello, estimamos que ha de ser la Administración sanitaria la que, en atención a la interpretación que hemos expuesto, y una vez analizada la hipótesis de lo que podría haber sucedido en el caso concreto, establezca la cuantía indemnizatoria. En tal análisis, como hemos señalado, ha de

determinarse igualmente la relación que en los daños finalmente acreditados haya podido tener la desatención en que incurre la interesada que no toma el fármaco prescrito, lo que minorará el importe de la indemnización a satisfacer por parte de la Administración.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que, una vez atendida la observación esencial contenida en el cuerpo de este dictamen, procede declarar la responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias y, estimando parcialmente la reclamación presentada, indemnizar a en los términos señalados.”

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.