

Expediente Núm. 312/2016
Dictamen Núm. 55/2017

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 9 de marzo 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 16 de diciembre de 2016 -registrada de entrada el día 21 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños derivados de un diagnóstico tardío de un aneurisma.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 29 de diciembre de 2015, el interesado presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los padecimientos y secuelas secundarios a una hemorragia subaracnoidea por rotura de un aneurisma que sufre tres meses después de ser diagnosticado “erróneamente” de “contractura cervical I y migraña clásica”.

Expone que el día 12 de marzo de 2015 acudió al Servicio de Urgencias del Hospital, remitido por su médico de Atención Primaria, por presentar “una cefalea de predominio en región frontal de inicio súbito, acompañada de

mareo”, y que se le realizaron diversas exploraciones (entre ellas radiografías y TAC craneal), “descartándose proceso intracraneal y achacándose el dolor a la rectificación de la lordosis fisiológica encontrada en las radiografías de columna cervical”, siendo dado de alta ese mismo día con medicación miorrelajante y control por su médico de Atención Primaria.

Señala que el 11 de junio de 2015 acude de nuevo al Servicio de Urgencias “al sufrir de madrugada una cefalea intensa tras mantener relaciones sexuales, con hemiparesia derecha y crisis tónico-clónica”, presentando también “deterioro de nivel de conciencia con agitación psicomotriz”, y que el TAC mostró hemorragia subaracnoidea y aneurisma de la arteria carótida interna derecha, por lo que fue trasladado a la UCI y sometido al tratamiento que describe, siendo alta en el Servicio de Neurocirugía el 13 de noviembre de 2015.

Indica que se encuentra aún bajo tratamiento y que precisa “pruebas diagnóstica periódicas para vigilar (su) evolución”, poniendo de manifiesto que ello “ha afectado a (la) vista en el nervio del ojo izquierdo y padezco hemiparesia izquierda”.

Denuncia una mala praxis en su primera visita al Servicio de Urgencias, en cuanto que “no se llevaron a cabo todas las pruebas necesarias para descartar la presencia de (hemorragia subaracnoidea) ni fui informado de las secuelas que podría padecer”. Argumenta que no se ha seguido “el Protocolo de hemorragia subaracnoidea de fecha marzo de 2012 del Hospital”, que incluye la realización de una “punción lumbar aunque el TAC craneal sea normal”, y añade que “ni siquiera se me mantuvo en observación 24 h para vigilar la evolución de mis síntomas”, sin descartar “una mala praxis añadida al no haberse detectado en el TAC craneal practicado la presencia de (hemorragia subaracnoidea) o aneurisma”. Concluye que “a pesar de que presentaba diversos síntomas relacionados con la (hemorragia subaracnoidea) y aneurisma no se llevaron a cabo los estudios médicos necesarios y se diagnosticó erróneamente contractura cervical I y migraña clásica, lo que provocó que 3 meses más tarde padeciera (...) graves complicaciones neurológicas y médicas (...), poniéndose en serio riesgo mi vida”.

Interesa por ello una indemnización que cifra en seiscientos veinte mil euros (620.000 €).

Propone prueba documental, consistente en que se incorpore al expediente una copia de su historial médico obrante en el Hospital (“con especial mención al TAC craneal practicado el 12-03-2015”) y en su centro de salud.

Acompaña a su escrito copia de los informes de los Servicios de Urgencias de 12 de marzo de 2015 y de Medicina Intensiva de 6 de julio de 2015, en los que constan los antecedentes de migrañas y consumo de drogas (marihuana). Igualmente, adjunta el “Protocolo de hemorragia subaracnoidea” de marzo de 2012, que se elabora “con el fin de mejorar la morbimortalidad de esta patología” y en el que se indica que los “datos clínicos que sugieren (hemorragia subaracnoidea) son los siguientes:/ La cefalea que el paciente describe como la ‘peor de su vida’ de inicio brusco (...) en el 80% de los casos./ En el 20% de los casos restantes la cefalea se manifiesta como ‘cefalea centinela’ con un dolor menos intenso que se produce de 2 a 8 semanas antes de la (hemorragia subaracnoidea) (...). Otros síntomas son: náuseas, vómitos, rigidez de nuca, fotofobia, incluso cuadros psiquiátricos, como delirio (...). En la exploración física se puede objetivar una disminución del nivel de consciencia, trastornos del lenguaje y déficits motores, como hemiplejía o hemiparesia”; observándose que “la sospecha de hemorragia subaracnoidea ha de ser contrastada mediante pruebas de imagen:/ TC craneal (...): la probabilidad de detección es proporcional a la intensidad de la clínica y tiempo de evolución (98-100% de sensibilidad en las primeras 12 h) (...). Punción lumbar”, cuando “a pesar de una fuerte sospecha clínica el TC craneal es normal”, puntualizándose que “una (punción lumbar) traumática puede dar lugar a error diagnóstico y que en periodos tempranos puede ser negativa (menos de 12 h desde el inicio del sangrado)”.

2. Con fecha 25 de febrero de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica al perjudicado la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios

y Centros Sanitarios, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. Durante la instrucción se incorporan al expediente, remitidos por la Gerencia del Área Sanitaria IV, una copia del historial clínico hospitalario del paciente y los informes librados por los servicios que le atendieron.

En el informe rubricado por la Médica Adjunta del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital, el 4 de marzo de 2016, se detalla que el paciente “ingresa en la UCI la madrugada del 11 de junio de 2015 procedente del Servicio de Urgencias”, presentando un “síndrome de hipertensión intracraneal” y “requiriendo tratamiento médico con medidas antiedema y quirúrgicas”, tras lo cual “la evolución posterior es tan favorable que supera ampliamente las expectativas iniciales, permaneciendo (...) en el momento del alta con una mínima paresia del miembro superior izquierdo (...) y ptosis palpebral en progresiva mejoría”, siendo “alta a planta de Neurocirugía el día 6 de julio de 2015”. Se adjunta el informe de alta del Servicio de Medicina Intensiva, fechado el 5 de julio de 2015.

En el informe librado por el Jefe del Servicio de Neurocirugía el día 15 de marzo de 2016 se constata que este Servicio “no intervino en ningún momento en la valoración del paciente cuando acudió por primera vez” al Hospital, si bien se observa que “la punción lumbar se debe realizar cuando existan dudas clínicas o radiológicas razonables. En este caso los antecedentes del paciente, migrañosos y con cervicalgias frecuentes, hacían que el diagnóstico al alta fuera perfectamente lógico”. Se añade que “el TC craneal que acertadamente se indicó por el Servicio de Urgencias descartó la existencia de sangre en el espacio subaracnoideo” y que “no había signos meníngeos que aconsejaran la realización de la punción lumbar. Probablemente, con los datos descritos, la punción lumbar habría sido negativa./ Únicamente la realización de un angioTC habría establecido el diagnóstico de aneurisma incidental (no roto)./ La realización de este estudio se lleva a cabo cuando es evidente el diagnóstico de hemorragia subaracnoidea”.

En el informe elaborado por la Médica de Familia de su centro de salud, fechado el 11 de marzo de 2016, se señala que el paciente fue atendido el 12 de marzo de 2015, "siendo enviado al Servicio de Urgencias del (Hospital) por episodio de cefalea frontal asociada a mareo que no mejoraba tras la toma de antiinflamatorios, con exploración neurológica normal", precisando que "no acude de nuevo" a la consulta por ese motivo.

En el informe emitido por el Director de la Unidad de Gestión Clínica de Urgencias del referido hospital, fechado el 17 de mayo de 2016, se reseña que "en ningún caso se puede considerar mala praxis la actuación realizada (...), sino todo lo contrario./ En los casos en que tanto la presentación como el cuadro clínico de un paciente con cefalea nos ofrecen dudas diagnósticas está indicado realizar una prueba de imagen, en este caso una tomografía axial computerizada, para descartar patología intracraneal (...). Con un resultado normal de la TAC, como en este caso, solo estaría indicado realizar una punción lumbar diagnóstica urgente en pacientes con alta sospecha clínica de hemorragia subaracnoidea aguda (...), que no presentaba (el paciente) en el momento que nos ocupa./ Por otro lado, según consta en el informe de alta de este episodio (...), mejoró clínicamente tras la administración de tratamiento sintomático, por lo que no estaba indicada la observación durante 24 horas en el Servicio de Urgencias./ Parece sensato pensar que el 12 de marzo no se podía prever lo ocurrido meses después".

Se incorpora también a las actuaciones la copia de los TAC practicados, que el reclamante solicita en su escrito inicial.

4. Con fecha 8 de septiembre de 2016, y a instancia de la entidad aseguradora, emiten informe colegiado cuatro especialistas en Medicina Interna. En él se recoge que el paciente, "de 35 años diagnosticado de migraña clásica", acude al Servicio de Urgencias el 12 de marzo de 2015 por cefalea y es dado de alta el mismo día con la medicación que se indica y "la advertencia de que vuelva a Urgencias si hay empeoramiento", observándose que "el día 20 de mayo de 2015 acude de nuevo a Urgencias (...) por (...) fractura subcapital de 5.º metacarpiano", y vuelve "el día 11 de junio de 2015" cuando se detecta la

hemorragia. Se concluye que el paciente “tenía un aneurisma de arteria carótida (...), acudió a Urgencias tres meses antes por cefalea intensa y de aparición súbita, por lo que correctamente se hizo un TAC craneal que fue normal. No existía ningún otro dato de hemorragia subaracnoidea y existía un diagnóstico más probable que justificaba el dolor de cabeza (...). Solo cuando existe fuerte sospecha de hemorragia subaracnoidea está indicado realizar punción lumbar, en determinadas circunstancias, para descartar su existencia (...). La cefalea que presentaba en esa primera consulta no hacía sospechar fuertemente una hemorragia subaracnoidea y reunía los criterios de migraña clásica. Por ello, pensamos que el enfermo no presentaba en ese momento hemorragia subaracnoidea”.

Razonan que “con el tratamiento administrado la cefalea mejoró de forma importante, lo cual no ocurre en la hemorragia subaracnoidea, y es importante que cuando el paciente acudió dos meses después (al mismo centro hospitalario) por una fractura de metacarpiano no hizo ninguna referencia a que el dolor hubiese persistido o reaparecido (...). Las (hemorragias subaracnoideas) con frecuencia (entre 20 y 50%) se preceden de una hemorragia centinela de menor cuantía, pero esta aparece entre 2 y cuatro semanas antes de la (hemorragia subaracnoidea) principal y no tres meses antes”.

Respecto al “momento en que debe realizarse la punción lumbar en caso de fuerte sospecha de (hemorragia subaracnoidea) con TAC normal”, observan que, “aun suponiendo que la sospecha de (hemorragia subaracnoidea) fuese fuerte porque tuviese rigidez de nuca, tampoco hubiese sido recomendable hacer punción lumbar en ese momento”, ya que el enfermo “llevaba menos de 24 horas”. Añaden que, incluso en el supuesto en que se hubiera diagnosticado el aneurisma en la primera visita al Servicio de Urgencias, “en los aneurismas menores de 10 mm se recomienda una actitud expectante porque el riesgo de rotura es muy pequeño y, por tanto, la arteriografía y embolización se habría retrasado para ver la evolución”.

5. Evacuado el trámite de audiencia mediante oficio notificado al interesado el 13 de octubre de 2016, este toma vista del expediente y presenta, el día 4 de noviembre de 2016, un escrito de alegaciones. En él se ratifica en lo manifestado en su reclamación inicial, puntualizando que “el solo hecho de que el paciente manifestara padecer ‘tensión’ en el hemicuello I debió alertar a los especialistas y continuar con las pruebas (...) protocolizadas para llegar al diagnóstico de la enfermedad que padecía”. Reitera igualmente la “ausencia de información” y las “graves complicaciones y secuelas”.

6. Con fecha 18 de noviembre de 2016, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella razona que “al ser negativo el resultado de la TAC realizada y no presentar otra sintomatología sugerente de hemorragia subaracnoidea (...) no estaba indicada la punción lumbar (exploración no exenta de riesgos). Se puede afirmar que el 12 de marzo de 2015 el interesado no tenía una hemorragia subaracnoidea”.

7. En este estado de tramitación, mediante escrito de 16 de diciembre 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 formato 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 presentada el 29 de diciembre 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 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 29 de diciembre de 2015, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -los daños que se atribuyen a un error diagnóstico del Servicio de Urgencias de un hospital público- el día 12 de marzo del mismo año, por lo que es claro que fue formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC, y, en su desarrollo, en el Reglamento de 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, advertimos en la práctica administrativa, y en relación con el registro en la Administración del Principado de Asturias, los mismos problemas que ya pusimos de manifiesto en los Dictámenes Núm. 160/2015 y 163/2015, entre otros, y a las consideraciones allí realizadas nos remitimos.

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

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

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

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

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

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de

personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

SEXTA.- El interesado reclama el resarcimiento de los daños derivados de un pretendido error diagnóstico, al considerar que sufría una hemorragia subaracnoidea cuando acudió al Servicio de Urgencias de un hospital público el 12 de marzo de 2015 por “cefalea (...) de inicio súbito acompañada de mareo” y, prescindiendo indebidamente de la práctica de una punción lumbar, fue diagnosticado de “contractura cervical I y migraña clásica”, detectándose una hemorragia subaracnoidea cuando vuelve al mencionado Servicio tres meses más tarde.

A través de la documentación clínica incorporada al expediente queda acreditado un daño -el subsiguiente a la detección tardía de la hemorragia, sin descender aquí a su entidad o cuantificación- cuyo resarcimiento puede perseguirse desde el sustrato fáctico que el perjudicado promueve.

Ahora bien, la existencia de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que aquel se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio público y que es antijurídico.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo en anteriores dictámenes, 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 eventualmente pueda sufrir el paciente con ocasión de la atención recibida, 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 concretos.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por el reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

Este criterio opera no solo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que el paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho no a un resultado, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que el defectuoso diagnóstico ni el error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes en función del carácter especializado o no de la atención sanitaria prestada y que se actuó con la debida prontitud.

También ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, tiene la carga de acreditar los hechos en los que funda su pretensión, así como de probar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

En el supuesto planteado falta una prueba, directa o indiciaria, del engarce fáctico entre la actuación -u omisión- médica y el resultado dañoso, toda vez que lo actuado no permite apreciar que el perjudicado padeciera efectivamente la dolencia que desencadena el daño (hemorragia subaracnoidea) en el momento en que acude al Servicio de Urgencias el día 12 de marzo de 2015, detectándosele puntualmente cuando vuelve -con diferentes síntomas- tres meses después. Al respecto, en el expediente se objetiva que el paciente mejoró clínicamente tras el tratamiento pautado en aquella primera visita a Urgencias, constando una segunda asistencia el 20 de mayo de 2015 por una fractura ósea y sin mención alguna de sintomatología ligada a la hemorragia subaracnoidea. Igualmente, los informes periciales que se incorporan a aquel se inclinan por descartar la presencia de esa enfermedad al tiempo del invocado error diagnóstico. En efecto, en el informe elaborado por la Médica de Familia de su centro de salud consta que se le remite a Urgencias “con exploración neurológica normal”, y en el emitido por el Director de la Unidad de Gestión Clínica de Urgencias se repara en que el paciente “mejoró clínicamente tras la administración de tratamiento sintomático”, concluyéndose que el 12 de marzo no se podía prever “lo ocurrido meses después”. Por su parte, en el librado por el Servicio de Neurocirugía se aprecia que “el TC craneal que acertadamente se indicó por el Servicio de Urgencias descartó la existencia de sangre en el espacio subaracnoideo”, y en el informe aportado a instancia de la compañía aseguradora, suscrito por cuatro especialistas en Medicina Interna, se subraya que “el enfermo no presentaba en ese momento hemorragia subaracnoidea”, razonándose que “con el tratamiento administrado la cefalea mejoró de forma importante, lo cual no ocurre en la hemorragia subaracnoidea, y es importante que cuando el paciente acudió dos meses después (al mismo centro hospitalario) por una fractura de metacarpiano no hizo ninguna referencia a que el dolor hubiese persistido o reaparecido”, y se observa que “las (hemorragias subaracnoideas) con frecuencia (entre 20 y 50%) se preceden de una hemorragia centinela de menor cuantía, pero esta aparece entre 2 y cuatro semanas antes de la (hemorragia subaracnoidea) principal y no tres meses antes”. El mismo criterio es acogido por el Jefe del Servicio de

Inspección de Servicios y Centros Sanitarios en la propuesta de resolución, y resulta, a su vez, acorde con lo señalado en el "Protocolo de hemorragia subaracnoidea" de marzo de 2012 que el interesado acompaña a su escrito inicial, en cuanto que se circunscribe la "cefalea centinela" al lapso de "2 a 8 semanas antes de la (hemorragia subaracnoidea)" y se atribuye al "TC craneal" un porcentaje elevado de "sensibilidad" -o acierto diagnóstico- en las primeras horas que suceden a los síntomas, por lo que puede concluirse que el paciente -con antecedentes migrañosos y de cervicalgias frecuentes- no sufría una hemorragia subaracnoidea en la fecha en que se le remite al Servicio de Urgencias aquejado de cefalea y mareos.

Ello no obstante, y aun admitido en hipótesis que los padecimientos sufridos puedan anudarse a un tardío diagnóstico, cuando se reclama por una pérdida de oportunidad terapéutica -como aquí sucede- ha de constatarse que esa omisión entraña una mala praxis médica, observándose que nada objetiva en lo actuado infracción alguna de la *lex artis ad hoc*. Al respecto, el perjudicado se limita a la argumentación dialéctica -sin sustrato pericial- de la omisión de una prueba diagnóstica -la punción lumbar-, debiendo repararse en que el Protocolo que aporta se refiere genéricamente a la confirmación de la "sospecha de hemorragia subaracnoidea", para lo que apunta alternativamente, sin ulteriores distingos o concreciones, al TC craneal -de alta sensibilidad en las primeras horas- y a la "punción lumbar" cuando "a pesar de una fuerte sospecha clínica" el TC craneal es normal", precisando que "en periodos tempranos puede ser negativa (menos de 12 h desde de indicio del sangrado)".

No existe, en definitiva, discordancia entre la literatura médica aportada y las periciales que se incorporan al expediente en atención al caso específico, apreciándose en todas ellas un buen quehacer médico. Así, en el informe librado por el Jefe del Servicio de Neurocirugía se observa que "la punción lumbar se debe realizar cuando existan dudas clínicas o radiológicas razonables. En este caso los antecedentes del paciente, migrañosos y con cervicalgias frecuentes, hacían que el diagnóstico al alta fuera perfectamente lógico", y "no había signos meníngeos que aconsejaran la realización de la punción lumbar", la cual probablemente "habría sido negativa", pues de existir aneurisma

“únicamente la realización de un angioTC habría establecido el diagnóstico de aneurisma incidental (no roto)./ La realización de este estudio se lleva a cabo cuando es evidente el diagnóstico de hemorragia subaracnoidea”. En el mismo sentido, en el informe suscrito por el Director de la Unidad de Gestión Clínica de Urgencias se reseña que “en ningún caso se puede considerar mala praxis la actuación realizada (...), sino todo lo contrario./ En los casos en que tanto la presentación como el cuadro clínico de un paciente con cefalea nos ofrecen dudas diagnósticas está indicado realizar una prueba de imagen, en este caso una tomografía axial computerizada, para descartar patología intracraneal (...). Con un resultado normal de la TAC, como en este caso, solo estaría indicado realizar una punción lumbar diagnóstica urgente en pacientes con alta sospecha clínica de hemorragia subaracnoidea aguda (...), que no presentaba (el paciente) en el momento que nos ocupa”. Asimismo, en el informe elaborado a instancias de la compañía aseguradora se aprecia que el paciente “acudió a Urgencias (...) por cefalea intensa y de aparición súbita, por lo que correctamente se hizo un TAC craneal que fue normal. No existía ningún otro dato de hemorragia subaracnoidea y existía un diagnóstico más probable que justificaba el dolor de cabeza (...). Solo cuando existe fuerte sospecha de hemorragia subaracnoidea está indicado realizar punción lumbar, en determinadas circunstancias, para descartar su existencia (...). La cefalea que presentaba en esa primera consulta no hacía sospechar fuertemente una hemorragia subaracnoidea y reunía los criterios de migraña clásica”, añadiéndose que, “aun suponiendo que la sospecha de (hemorragia subaracnoidea) fuese fuerte porque tuviese rigidez de nuca, tampoco hubiese sido recomendable hacer punción lumbar en ese momento”, ya que el enfermo “llevaba menos de 24 horas”.

Además, el interesado invoca en su escrito inicial otra infracción de la *lex artis* al señalar que no se le mantuvo “en observación 24 h para vigilar la evolución” de sus síntomas, pero todos los informes obrantes en el expediente estiman que la atención fue adecuada a la sintomatología. Alude, asimismo, a una eventual “mala praxis añadida al no haberse detectado en el TAC craneal practicado la presencia de (hemorragia subaracnoidea) o aneurisma”; sin

embargo, esta imputación debe igualmente desecharse ante la ausencia de indicio alguno de mala praxis en el TAC realizado el 12 de marzo de 2015, sin que concrete el reclamante tacha alguna. Insiste también el perjudicado en que con ocasión de su primera visita al Servicio de Urgencias no fue “informado de las secuelas que podría padecer”, si bien esa infracción no se concibe al margen del pretendido error diagnóstico, pues quedaría embebida en él si mediara efectivamente error y sin base o sustrato cuando se descarten el error o la mala praxis, como aquí sucede.

En definitiva, del análisis del expediente en su conjunto no se acredita ninguna actuación de los profesionales sanitarios contraria al buen quehacer médico, revelándose que los padecimientos sufridos por el paciente son consecuencia de su patología de base, y que fue adecuadamente informado y asistido con las técnicas oportunas, sin que quepa suplantar el parámetro de la *lex artis* por el de una obligación de resultado.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por

V. E., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.