

Expediente Núm. 38/2017
Dictamen Núm. 71/2017

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
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 16 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 19 de enero de 2017 -registrada de entrada el día 30 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 de la asistencia recibida en un tratamiento depresivo.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 13 de mayo de 2016, un letrado, en nombre y representación de la interesada, presenta en el Registro General de la Delegación del Gobierno en Galicia una reclamación de responsabilidad patrimonial -dirigida al Servicio Asturiano de Salud- por los daños que atribuye a la actuación del servicio público sanitario.

Expone que la perjudicada, “sin antecedentes médicos de interés, comenzó en el año 2005, esto es, a los 46 años, un seguimiento ambulatorio en

el Centro de Salud Mental `A` por presentar nerviosismo y quejas somáticas (...). En ese momento se establece el diagnóstico de síndrome ansioso depresivo (...). Desde el año 2005 el cuadro de la paciente empeora progresivamente, sin respuesta a psicofármacos, instaurándose un cuadro de inquietud motriz intensa e incapacidad para el autocuidado que es sugestiva de depresión agitada". Indica que en la Fundación Hospital "X" se le diagnosticó un "trastorno histriónico de la personalidad, por lo que tuvo múltiples ingresos en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica (...) de este hospital e incluso ingreso mantenido desde mayo de 2009 hasta mayo de 2015 en el Centro de Tratamiento Integral de Trastornos Mentales Severos (...) de `B`".

Manifiesta que el 7 de mayo de 2015 acudió a consulta en el Servicio de Salud Mental del Hospital "Y", donde fue diagnosticada de "trastorno histriónico de la personalidad y trastorno ansioso-depresivo (diagnóstico añadido al previo durante su más reciente hospitalización)". Con fecha 4 de junio de 2015 ingresa en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría del Hospital "Z" "por deterioro de su estado de ánimo", recibiendo el alta hospitalaria el 4 de septiembre de ese año. La primera impresión diagnóstica fue de "episodio depresivo mayor severo con síntomas psicóticos. Catatonía crónica. Discinesia tardía". Comenta que "durante su estancia hospitalaria se inició tratamiento con terapia electroconvulsiva", siendo la respuesta inicial a este tratamiento "rápida, muy favorable, con desaparición de los síntomas catatónicos y con remisión completa del síndrome afectivo". Sin embargo, "hubo (de) modificarse la pauta (...) por dificultad para mantener la mejoría y finalmente se suspendió el tratamiento por falta de eficacia, al comprobarse que es una paciente refractaria al tratamiento". Precisa que el 9 de octubre de 2015 reingresa en el Hospital "Z" por "deterioro del estado de ánimo", aplicándosele un tratamiento con Ketamina.

Reseña el artículo de una revista especializada en la que fue publicado el cuadro clínico de la paciente, según el cual "de haberse detectado a tiempo -la clínica depresiva y catatónica crónica- podría haber respondido al tratamiento con (terapia electroconvulsiva)". A la vista de ello, entiende "que la asistencia médica prestada a la paciente durante estos años en la Fundación Hospital `X`

y posteriormente en el Hospital `Y` fue incorrecta”, ya que “de haberse efectuado un correcto diagnóstico del cuadro clínico (...) se le habría podido aplicar el tratamiento con (terapia electroconvulsiva) en vez de someterla durante años a tratamientos farmacológicos absolutamente ineficaces”.

Solicita una indemnización por importe de trescientos mil euros (300.000 €), más los intereses “contractuales y legales”, por “los daños y perjuicios ocasionados por la negligente actuación de los servicios sanitarios de Asturias”, afirmando que “a la paciente se le pudo y debió diagnosticar la correcta patología y someter al tratamiento adecuado”, por lo que “el daño moral y el sufrimiento adicional justifican la indemnización peticionada”.

Interesa que se requiera a la Fundación Hospital “X” y al Hospital Universitario “Y” una copia de la historia clínica de la paciente, y que se le dé traslado de la copia de la póliza de responsabilidad civil suscrita por el servicio de salud, así como de la notificación del siniestro a la entidad aseguradora.

Acompaña a su escrito los siguientes documentos: a) Poder general para pleitos otorgado por la interesada a favor del letrado que presenta la reclamación. b) Informe clínico de alta, del Servicio de Salud Mental de la Fundación Hospital “X”, en el que se recoge que ingresa el 12 de abril de 2015 y que recibe el alta médica el 16 de abril. La paciente “acude traída por su esposo por imposibilidad de contención en el domicilio y claudicación familiar”. En los antecedentes se deja constancia de que está “a (tratamiento) desde hace + de 10 años, cuando comenzó a presentar el cuadro que ha ido evolucionando hacia la cronicidad; ha pasado por diferentes especialistas que descartaron patología de su especialidad: (Neurología), Endocrinología”. Actualmente se encuentra “a tratamiento en (el Centro de Tratamiento Integral de Trastornos Mentales Severos “B”). Residía en un piso tutelado, siendo dada de alta hace semana y pico: quejas de otras residentes, no hacía las tareas que se le encomendaban (...). Fueron unos días al pueblo (...) y estuvo muy mal. Tras regresar seguía igual y el esposo decide traerla”. A la exploración presenta “buen aspecto físico, desorganizada, muy invasiva. Angustiada, inquieta, sudorosa, verborreica. Ánimo disfórico. No se evidencian síntomas de tipo psicótico. Discurso reiterativo y negacionista de cualquier

asunto: sensaciones de `paralización`/nihilistas sobre funcionamiento físico y psicológico: no puede comer, ni dormir, ni pensar (...). Refiere insomnio global. Según el marido parece que duerme. No alteraciones alimentación. Tras ajuste de (tratamiento) se obtiene cierto control de su estado ansioso, está menos quejumbrosa y es capaz de centrarse en actividades que le gustan (juegos de mesa). Duerme lo suficiente. Debido a la cronicidad del cuadro clínico, la escasa respuesta a los (tratamientos) farmacológicos (más allá de lo sintomático) y (que) no se objetivan ni síntomas psicóticos o riesgo auto/heteroagresivo (que) precise (tratamiento) en régimen hospitalario se la deriva a dispositivo ambulatorio". Se establecen los diagnósticos de (trastorno) ansioso depresivo./ Los previos". Se pauta tratamiento farmacológico: Diazepam, Lantanon, Quetiapina, Zarelis, Dormodor y Anagastra. c) Informe de consulta en el Servicio de Salud Mental del Hospital "Y", de 7 de mayo de 2015, en el que se indica que es una paciente de 56 años, conocida por los Servicios de Salud Mental desde julio de 2005, "que comienza seguimiento en Centro de Salud Mental de "A" a raíz de una serie de alteraciones de la conducta de tinte regresivo, altamente disfuncional y a menudo disruptivo en lo que se refiere a su capacidad de autocuidado, realización de actividades de la vida diaria (...) y estilo derivado de interacción y convivencia diarios, recibiendo el diagnóstico inicial de trastorno disociativo. A lo largo de la evolución, tórpida y resistente a diversos intentos de psico y farmacoterapia combinadas, los problemas de convivencia y la disfuncionalidad (...) se cronifican y derivan en una situación de dependencia creciente que desborda a su familia, y muy especialmente al esposo, con el que convive y se constituye en su principal cuidador-supervisor. Así, en los siguientes cuatro años de observación en consultas se establece finalmente el diagnóstico de trastorno histriónico de la personalidad como base. Este diagnóstico (...) se ha ido corroborando sucesivamente en los distintos dispositivos de valoración y control terapéutico por los que ha discurrido la paciente hasta el momento: múltiples ingresos en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica" de la Fundación Hospital "X" "e ingreso mantenido desde mayo de 2009 hasta la actualidad" en el Centro de Tratamiento Integral de Trastornos Mentales Severos de "B", "donde se ha controlado por periodos, tanto en

régimen de Hospital de Día como en régimen de internamiento en 24 horas". En cuanto a su evolución, se comenta que "a pesar de los repetidos fracasos terapéuticos y resistencia de su trastorno a la farmacoterapia en general se intentó llevar a cabo un proyecto de carácter social e integrador (Proyecto Prometeo-Salud Mental) para favorecer en la medida (de lo) posible una vida autónoma e independiente, a partir del alojamiento en viviendas tuteladas (...) con el fin de restaurar su capacidad de funcionamiento autónomo e interacción social normalizada, habiendo permanecido en dicho proyecto desde febrero de 2014 hasta abril de 2015. Efectivamente, en el pasado mes de febrero la dirección del programa decidió, de manera definitiva, darla de baja en el mismo dada la intensificación de sus alteraciones psico-conductuales, que llegaron a implicar una actitud desadaptativa constante, con un estilo de interacción altamente disruptivo, invasivo y dependiente en relación tanto con los monitores como con los demás pacientes compañeros en el programa, que interfería el avance terapéutico de los mismos sin que se consiguiese canalizar dicha actitud de la paciente o moderarla al menos, no quedando otra opción que su expulsión del proyecto (...). Los intentos de abordaje psicoterapéutico tanto individual como grupal se han visto bloqueados por la poca constancia y compromiso con la terapia". La psiquiatra que suscribe el informe señala que la paciente se encuentra ingresada en el Hospital de Día, es decir, a seguimiento clínico bajo régimen de hospitalización parcial, y destaca "la actual etapa de agravamiento psico-conductual que presenta (...), habiendo vuelto a requerir repetidos ingresos en la (Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de la Fundación Hospital `X´) a lo largo de las últimas semanas". Añade que, "dada la tórpida evolución observada a lo largo de los últimos 9 años, con apenas etapas de mejoría de duración siempre muy limitada y sin relación aparente con ninguna modificación de su régimen psicoterapéutico o farmacológico, se prevé el establecimiento de un proceso definitivamente regresivo, con cronificación de una extrema situación de dependencia", por lo que se considera que "podría beneficiarse de la concesión de una plaza en régimen de institucionalización". La impresión diagnóstica es de "trastorno histriónico de la personalidad" y "trastorno ansioso-depresivo". d) Informe del Hospital "Z", en el que figura

como fecha de ingreso el 4 de junio de 2015, siendo alta el 4 de septiembre de 2015. En el apartado relativo a la evolución de hace constar que "la paciente presenta verbalizaciones nihilistas que sugieren síndrome de Cotard en episodio depresivo mayor grave con síntomas psicóticos sin respuesta a antidepresivos./ Se añade clínica de catatonía crónica con contracción de morro (grimacing), actividad motora sin objetivo, estereotipias y gestos manieristas que la familia data de inicio en los últimos 3 años./ En este contexto se inicia tratamiento con terapia electroconvulsiva y Lorazepam con buena respuesta inicial que tiende a agotarse con reaparición de síntomas catatónicos que no vuelven a mitigarse durante las 42 sesiones de (terapia) (...). Una vez concluidas las sesiones de (terapia) (...) y recuperar la orientación reaparecen las verbalizaciones depresivas y la angustia con inquietud motriz./ Se objetivan asimismo movimientos discinéticos orofaciales y tronculares. Se inicia tratamiento con Clozapina sin clara mejoría de las discinesias y con aparición de incontinencia urinaria./ Durante su ingreso en planta se coordina el caso con Servicio de Neurología, que completa estudio sin hallazgos patológicos". La impresión diagnóstica es de "episodio depresivo mayor severo con síntomas psicóticos./ Catatonía crónica./ Discinesia tardía". e) Informe del Hospital "Z", de 9 de octubre de 2015, en el que se reseña que la paciente reingresa "por empeoramiento del estado de ánimo con verbalizaciones de tipo nihilista (...). Tras 42 sesiones de terapia electroconvulsiva con excelente respuesta inicial se agota progresivamente el efecto en probable relación con la cronicidad del cuadro, reapareciendo la sintomatología catatónica (...) y la depresiva". Se indica que "se decide infusión de Ketamina a dosis de 30 mg/40 minutos 3 veces a la semana hasta completar un total de 12 sesiones./ Tras administrar 12 infusiones de Ketamina (...) la paciente se muestra progresivamente más sosegada y desaparece la inquietud motriz (...), con afecto mejor modulado, cede el discurso de contenido depresivo y se muestra con planes de futuro. Desaparecen las ideas de tipo nihilista./ Durante el ingreso en Unidad de Hospitalización es valorada por Servicio de Neurología, realizándose pruebas complementarias y administrándose toxina botulínica que mejora notablemente el movimiento discinético, así como la contracción facial./ Concomitantemente a

este tratamiento se inicia tratamiento con litio, Lamotrigina y Nortriptilina y se mantienen 25 mg de Clozapina. La paciente presenta buena tolerancia, sin incontinencia urinaria ni otros secundarismos". f) Copia del artículo publicado en una revista especializada en el que se expone el caso clínico de la paciente. En relación a la refractariedad al tratamiento con terapia electroconvulsiva, señalan que ello les "obliga a plantear otras estrategias de tratamiento -incluyendo la Ketamina-. Hay que considerar, además, que la eficacia de algunas de ellas se encuentra todavía en evaluación, y que siguen pendientes de la aprobación por parte de las agencias reguladoras". Como conclusión se establece que "la paciente presenta clínica depresiva y catatónica crónica que, de haberse detectado a tiempo, podría haber respondido al tratamiento con (terapia electroconvulsiva)". Se añade que "varios años más tarde la clínica depresiva de 10 años de duración y los síntomas motores con 4 años de presencia se tornan resistentes a los tratamientos habituales, incluyendo la (terapia electroconvulsiva). Nuestra experiencia demuestra que Ketamina puede aplicarse no solo en pacientes agudos con alto riesgo suicida, sino en pacientes crónicos con ausencia de mejoría con otros tratamientos. Son necesarios los estudios que planteen estrategias para mantener la mejoría en pacientes con cuadros clínicos de estas características". También se señala que "una vez obtenida la mejoría clínica se plantean las estrategias para terapia de mantenimiento, ya que en los estudios disponibles no se realizan tratamientos con Ketamina más allá de 4 semanas y no se plantea en ningún caso como tratamiento crónico".

2. El día 18 de mayo de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario traslada una copia de la reclamación presentada a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

3. Con idéntica fecha, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario solicita a la Gerencia de la Fundación Hospital "X" una certificación de la vinculación de los facultativos intervinientes con el Servicio de Salud del Principado de Asturias.

4. Mediante oficios de 23 de mayo de 2016, el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios designado al efecto solicita a las Gerencias de la Fundación Hospital "X" y del Área Sanitaria V una copia de la historia clínica de la paciente relativa al proceso de referencia, así como un informe del Servicio de Salud Mental de sus respectivos servicios sobre el concreto contenido de la reclamación.

5. Con fecha 2 de junio de 2016, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica al representante de la interesada la fecha de recepción de su reclamación en el referido Servicio -16 de mayo de 2016-, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

6. El día 6 de junio de 2016, la Gerente de la Fundación Hospital "X" envía al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia de la historia clínica de la paciente, el informe del Servicio de Psiquiatría y una certificación de que "el personal facultativo del Servicio de Psiquiatría pertenece al Servicio de Salud del Principado de Asturias".

7. Asimismo, obra incorporada al expediente una nota interior dirigida por el Director del Área de Gestión Clínica de Salud Mental al Supervisor del Servicio de Atención al Usuario en la que señala, en relación con la petición de una segunda opinión realizada por la paciente, que no tiene inconveniente en que se autorice una valoración en otra Área Sanitaria. No obstante, pone de manifiesto que "la paciente aporta una valoración externa (...) sin que nos conste que ello haya modificado significativamente la evolución clínica que estaba siguiendo anteriormente a la aplicación de dichos tratamientos. En caso de que los tratamientos aplicados en otros Servicios hubieran conllevado una mejoría clínica relevante, tenemos competencia profesional y técnica suficiente para asumir los tratamientos recomendados en los informes aportados del Hospital "Z", precisando que "la discrepancia surge en que no nos consta la

existencia de una mejoría con dichos tratamientos y sí la tendencia a la aparición de efectos secundarios moderados a graves”.

Figura, a continuación la historia clínica de la paciente, integrada, entre otros, por los siguientes documentos: a) Informe del Área de Urgencias de la Fundación Hospital “X”, de 21 de septiembre de 2005, en el que se le diagnostica síndrome ansioso-depresivo. b) Informe del mismo Servicio, de 14 de enero de 2006, en el que se establece la impresión diagnóstica de “trastorno de ansiedad generalizada”. c) Informe del referido Servicio, de 8 de agosto de 2006, en el que se refleja que presenta a la exploración “quejas psicósomáticas múltiples, abocadas en discurso de invalidez y dependencia absoluta para las AVD y demanda continua de atención hacia el marido (...). Disfórica (...). Actitud histriónica”. d) Informes clínicos correspondientes a múltiples ingresos en el Servicio de Salud Mental de la Fundación Hospital “X” entre 2010 y 2015, siendo el último de 30 de mayo de 2015 y recibiendo el alta médica el día 3 de junio de ese año. En todos figura el diagnóstico de “(trastorno) ansioso depresivo”. e) Notas de progreso. f) Hojas de ingreso voluntario en la Unidad de Psiquiatría de la Fundación Hospital “X”.

8. Con fecha 8 de julio de 2016, el Gerente del Área Sanitaria V remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios el informe emitido por el Director del Área de Gestión Clínica de Salud Mental. En él expone que la paciente ha sido atendida entre los años 2005 y 2015 en tres centros diferentes del Área Sanitaria V y valorada por al menos tres psiquiatras. Fue tratada con diversos tipos de psicofármacos, junto con abordaje psicológico de tipo psicoterapéutico, rehabilitación y medidas de apoyo de tipo sociosanitario, como alojamiento temporal tutelado. Señala que “los medios terapéuticos se han aplicado siguiendo criterios clínicos, sin que en ningún momento se hayan denegado desde el Servicio de Salud Mental, desde el Servicio de Salud del Principado de Asturias ni desde la Fundación del Hospital ‘X’ peticiones de medios terapéuticos”.

Afirma que “ha tenido una evolución desfavorable, con tendencia a la cronicidad pese a los tratamientos aplicados”, y comenta que se “han producido

varias mejorías con remisión sintomática asociada al tratamiento farmacológico y otras medidas terapéuticas”, repitiéndose esas mejorías “en varios años diferentes (...) y en la mayoría de los casos coincidiendo con reajustes o cambios del tratamiento farmacológico, siendo característica la corta duración de la remisión sintomática, de uno a máximo dos meses, volviendo a reaparecer la sintomatología nuevamente”. Sostiene que “esta evolución es coincidente con la expresada en los informes clínicos (...) del Hospital ‘Z’ (...), donde se utiliza (...) la terapia electroconvulsiva (...), la cual se asocia a una mejoría clínica significativa pero de corta duración (uno a dos meses), seguida de nueva recaída sintomática, tendiendo al agravamiento y reingreso hospitalario al mes del alta”. Reseña que la aplicación de la terapia electroconvulsiva se acompañó de intensos efectos secundarios de tipo neurológico, al igual que sucedió en los tratamientos farmacológicos aplicados anteriormente.

Por lo que se refiere a la discinesia tardía, explica que “puede ser considerada como una patología neurológica (...) de diferentes orígenes etiológicos, entre los cuales están los efectos secundarios de diversos fármacos”.

En cuanto a la isquemia cerebral crónica, señala que “puede favorecer la aparición de síntomas mixtos, psiquiátricos y neurológicos, así como la peor tolerancia de los tratamientos farmacológicos y de la (terapia electroconvulsiva), con la frecuente aparición de secundarismos que obligan a reducir e incluso suspender algunos de los tratamientos”, y añade que “pueden ser originados por múltiples causas diferentes, sin que se documente que los procesos depresivos crónicos sean un factor primario de riesgo de patología isquémica, con múltiples focos cerebrales, tal como se aprecia en la RNM de esta paciente”.

Respecto a la aplicación de la terapia electroconvulsiva, indica que “está admitida en diversas guías y consensos (...), pero ello no asegura que en todos los casos se obtenga una respuesta favorable”, puesto que “también hay pacientes que son resistentes a esta terapia” y “tampoco asegura la ausencia de recaídas”.

Por lo que se refiere a la conclusión formulada en la revista psiquiátrica de que la clínica de la paciente “de haberse detectado a tiempo podría haber respondido al tratamiento con (terapia electroconvulsiva)”, manifiesta que tal afirmación “no está sustentada en ningún dato clínico específico de la paciente (...) que permita asegurar con certeza que hubiera respondido satisfactoriamente a este tratamiento, ya que ninguno de los diferentes tratamientos aplicados ha producido una mejoría duradera con estabilización y recuperación funcional de la paciente, y cuando se aplicó (terapia electroconvulsiva) tampoco respondió a esta”.

Finalmente, y sobre el tratamiento con Ketamina, apunta que “puede ser considerado como experimental, ya que se utiliza fuera de las indicaciones terapéuticas aprobadas oficialmente en la ficha técnica de este fármaco”, y alude a la falta de evidencias suficientes sobre la perdurabilidad en el tiempo de las mejorías iniciales.

9. El día 18 de julio de 2016, el Gerente del Área Sanitaria V traslada al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios un CD que contiene la historia clínica obrante en el Centro de Salud Mental “A” y en el Centro de Tratamiento Integral de Salud Mental “B”, y que incluye informes clínicos, hojas farmacológicas y hojas de evolución en la consulta con la psiquiatra y la terapeuta.

10. Mediante oficio de 27 de julio de 2016, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios remite a la correduría de seguros una copia íntegra de expediente a fin de que se recabe e incorpore al mismo el informe pericial de la compañía aseguradora.

11. El día 27 de septiembre de 2016 se recibe el informe médico-pericial elaborado por un especialista en Psiquiatría con fecha 24 de agosto de 2016. En él considera que los diagnósticos realizados por ambos equipos (Hospital “Z” y Salud Mental “son equivalentes”, al determinar que se trata de un trastorno depresivo. En relación con el diagnóstico “ansioso-depresivo”, expone que está

reconocido en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS y que “se utiliza cuando ambos síntomas están presentes pero ninguno de ellos predomina claramente. Este diagnóstico sería el equivalente al de trastorno depresivo mayor con ansiedad del DSM-5, el otro sistema nosológico (USA) del que disponemos (...). En el momento actual el diagnóstico de catatonía crónica que hace el Hospital “Z” no existe en el DSM-5, que es el más actual. En puridad, y según el DSM-5, habría que etiquetar el cuadro clínico como trastorno de depresión mayor con catatonía”. Explica que, “tanto la ansiedad como la catatonía, se considera ahora que son especificadores clínicos que ponen el énfasis en alguna de las características clínicas del trastorno depresivo”, de manera que la catatonía “no es entidad (enfermedad) independiente”. Así, “para los psiquiatras del Hospital ‘X’ era la ansiedad lo más sobresaliente, lo cual es coherente con la clínica que recoge la historia clínica de sus ingresos”, mientras que “para los psiquiatras de ‘Z’ eran las manifestaciones motoras de catatonía, o bien los síntomas psicóticos (...) lo sobresaliente”. Afirma que es “una cuestión a debatir si la depresión de la paciente cursa con ansiedad, con síntomas catatónicos o con síntomas psicóticos”, puesto que “a lo largo del curso y dependiendo de la gravedad del episodio pueden darse estas tres variaciones clínicas”. Añade que estos síntomas “son cambiantes” (pueden estar más o menos presentes en un momento evolutivo) y “dependen de la gravedad del episodio actual”.

Señala que “el DSM-5 también indica que la cronicidad de los síntomas depresivos aumenta sustancialmente la posibilidad de trastornos de personalidad, ansiedad y trastornos por uso de tóxicos. En este sentido, la paciente fue diagnosticada (...) de trastorno histriónico de la personalidad (...). Este trastorno se da en comorbidad con el trastorno depresivo mayor, por lo que es verosímil que (...) lo pudiese presentar la paciente”. Finalmente, considera que “no podemos hablar de fallos diagnósticos, sino de matices a la hora de valorar los síntomas predominantes, más llamativos o más graves (los llamados especificadores)”.

Sobre el curso clínico de la depresión, recurre en primer lugar al DSM-5, según el cual “el curso del trastorno depresivo mayor es muy variable, donde

algunos individuos raramente experimentan remisión (un periodo de 2 o más meses sin síntomas, o no más de uno o dos en grado leve), a otros que experimentan muchos años sin síntomas entre episodios discretos”.

En cuanto al riesgo de recurrencia de la enfermedad, aclara que “es mayor en pacientes cuyo episodio precedente fue grave, en pacientes jóvenes y en pacientes que han experimentado más episodios”. Asegura que la reclamante “tenía todos estos factores de riesgo (salvo la juventud) para que su depresión se cronificase y recidivase con frecuencia: episodios precedentes graves y persistencia de síntomas depresivos entre recaídas”.

Por lo que respecta a los tratamientos farmacológicos (combinaciones de antidepresivos entre sí de distinto perfil farmacodinámico y combinados neurolépticos) y psicoterápicos aplicados a la paciente, pone de relieve que “aparecen indicados en todas las guías terapéuticas para el tratamiento de la depresión”. Sin embargo, destaca que “el tratamiento que recibió la paciente con Ketamina se llevó a cabo como uso compasivo: no está aprobado en el momento actual en ningún país, por lo que no puede prescribirse para esta patología: tiene potencial alucinógeno y adictivo”.

En relación con la terapia electroconvulsiva, reseña que “nunca es tratamiento de primera elección”, sino que “está indicada en los casos en los que han fallado los tratamientos farmacológicos al uso”. Pero debe tenerse en cuenta “que la resistencia a la medicación predice una peor respuesta a la (terapia electroconvulsiva)”, y que esta “no tiene indicación aprobada en la prevención de recaídas”.

En cuanto al artículo publicado en una revista científica, entiende que la aseveración de que “podría haber respondido al tratamiento con (terapia electroconvulsiva)” debe tomarse “como una opinión, no como certeza”.

Concluye que “desde el inicio el curso clínico del trastorno depresivo de la paciente fue crónico, recidivante y resistente a los tratamientos”.

12. Con fecha 2 de noviembre de 2016, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica al representante de la interesada 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 4 de noviembre de 2016, presenta este en el Registro General de la Junta de Galicia un escrito -dirigido al Servicio Asturiano de Salud- en el que interesa una copia del expediente y la suspensión del plazo para formular alegaciones hasta su remisión.

El Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios envía una copia del expediente al representante de la perjudicada el 24 de noviembre de 2016.

13. El día 12 de diciembre de 2016, el representante de la reclamante presenta en el Registro General de la Delegación del Gobierno en Galicia un escrito de alegaciones en el que manifiesta “que tras el pormenorizado estudio de la documentación remitida nos afirmamos y ratificamos íntegramente en el contenido de la reclamación patrimonial con fecha 13 de mayo de 2016”.

14. Mediante oficio de 16 de diciembre de 2016, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios envía a la correeduría de seguros una copia de las alegaciones presentadas.

15. El día 21 de diciembre de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella señala, frente a la argumentación de que “de haberse efectuado un correcto diagnóstico del cuadro clínico (...) se le habría podido aplicar el tratamiento con (terapia electroconvulsiva) en vez de someterla durante años a tratamientos farmacológicos absolutamente ineficaces”, que “está admitida en diversas guías y consensos la aplicación de la (terapia electroconvulsiva) como indicación de uso en este tipo de trastornos, pero ello no asegura que en todos los casos se obtenga una respuesta favorable, ya que también hay pacientes que son resistentes a esta terapia. Tampoco asegura la ausencia de recaídas. En este caso ha sido resistente y se

ha suspendido por falta de respuesta y aparición de efectos secundarios severos”.

Sobre la conclusión de que “la paciente presenta clínica depresiva y catatónica crónica que, de haberse detectado a tiempo, podría haber respondido al tratamiento con (terapia electroconvulsiva)”, señala que “no está sustentada en ningún dato clínico específico de la paciente (...) que permita asegurar con certeza que hubiera respondido satisfactoriamente a este tratamiento, ya que ninguno de los diferentes tratamientos aplicados ha producido una mejoría duradera con estabilización y recuperación funcional de la paciente, y cuando se aplicó (terapia electroconvulsiva) tampoco respondió a esta”. Reitera que “cuando los médicos que firman la publicación del caso (...) afirman que ‘podría haber respondido al tratamiento con (terapia electroconvulsiva)’ debe tomarse como una opinión, no como certeza”.

Respecto al tratamiento con Ketamina, indica que “se trata de un tratamiento que puede ser considerado como experimental, ya que se utiliza fuera (de) las indicaciones terapéuticas aprobadas oficialmente en la ficha técnica de este fármaco. En la publicación citada anteriormente se señala que el tratamiento con este fármaco se limita a su administración durante periodos no superiores a un mes y que se disponga de evidencias suficientes para poder asegurar (que) las mejorías iniciales se puedan mantener en el tiempo posterior; así se concluye en el artículo citado anteriormente, donde se publica el caso clínico de esta paciente, que ‘son necesarios los estudios que planteen estrategias para mantener la mejoría en pacientes con cuadros clínicos de estas características’”.

Concluye que “la paciente fue tratada correctamente y dentro de los estrictos criterios de la *lex artis* por los Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias, y que la reclamación se basa exclusivamente en meras conjeturas hechas al hilo de una publicación en una revista científica”.

16. En este estado de tramitación, mediante escrito de 19 de enero de 2017, 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.

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 registrada en la Delegación del Gobierno en Galicia el 13 de mayo de 2016, 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, pudiendo actuar por medio de representante con poder bastante al efecto, a tenor de lo establecido 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.- 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 13 de mayo de 2016, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -el alta en el Servicio de Salud Mental de la Fundación Hospital "X"- el 3 de junio de 2015, 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.

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

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

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

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

producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

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

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

SEXTA.- La interesada reclama una indemnización por los daños y perjuicios que atribuye a la negligente actuación de los servicios sanitarios del Principado de Asturias.

De los informes médicos obrantes en el expediente se desprende que la perjudicada, diagnosticada de “síndrome ansioso-depresivo” en el año 2005, tuvo un empeoramiento progresivo, refiriendo “sensaciones de `paralización´/nihilistas sobre funcionamiento físico y psicológico”, manifestando no poder “comer, ni dormir, ni pensar”, e “insomnio”. A pesar del tratamiento dispensado su situación se cronificó, estableciéndose el diagnóstico de “trastorno histriónico de la personalidad” y “trastorno ansioso-depresivo” en el informe elaborado por el Servicio de Salud Mental del Hospital “Y” el 7 de mayo de 2015, donde se prevé “el establecimiento de un proceso definitivamente regresivo, con cronificación de una extrema situación de dependencia”. Resulta probada, por tanto, la efectividad del daño alegado por la interesada, 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, 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 que se obtengan los resultados concretos pretendidos.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado 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.

En el caso que nos ocupa nos encontramos con una paciente de 56 años que en 2005 comienza seguimiento en el Centro de Salud Mental "A", "a raíz de

una serie de alteraciones de la conducta de tinte regresivo, altamente disfuncional y a menudo disruptivo en lo que se refiere a su capacidad de autocuidado, realización de actividades de la vida diaria (...) y estilo derivado de interacción y convivencia diarios, recibiendo el diagnóstico inicial de trastorno disociativo. A lo largo de la evolución, tórpida y resistente a diversos intentos de psico y farmacoterapia combinadas, los problemas de convivencia y la disfuncionalidad (...) se cronifican y derivan en una situación de dependencia creciente que desborda a su familia, y muy especialmente al esposo, con el que convive y se constituye en su principal cuidador-supervisor. Así, en los siguientes cuatro años de observación en consultas se establece finalmente el diagnóstico de trastorno histriónico de la personalidad como base. Este diagnóstico (...) se ha ido corroborando sucesivamente en los distintos dispositivos de valoración y control terapéutico por los que ha discurrido la paciente hasta el momento: múltiples ingresos en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica (...) del Hospital `X`, e ingreso mantenido desde mayo de 2009 hasta la actualidad en el (...) (Centro de Tratamiento Integral de Trastornos Mentales Severos) `B`, donde se ha controlado por periodos, tanto en régimen de Hospital de Día como en régimen de internamiento en 24 horas". También fue valorada por diferentes especialistas (Neurología, Endocrinología) que descartaron patología de su especialidad. En el mes de junio de 2015 acude voluntariamente al Hospital `Z`, donde permanece ingresada hasta el 4 de septiembre, aplicándosele un tratamiento con terapia electroconvulsiva y Lorazepam que, a pesar de la buena respuesta inicial, no permite la recuperación de la paciente, por lo que esta reingresa en dicho centro en octubre de 2015, decidiéndose el inicio de un tratamiento con Ketamina. Tras la administración de 12 sesiones se muestra "progresivamente más sosegada y desaparece la inquietud motriz (...), con afecto mejor modulado, cede el discurso de contenido depresivo y se muestra con planes de futuro. Desaparecen las ideas de tipo nihilista". También se le administró toxina botulínica que mejoró notablemente el movimiento discinético, así como la contracción facial.

La reclamante considera “que la asistencia médica prestada (...) durante estos años en la Fundación Hospital ‘X’ y posteriormente en el Hospital ‘Y’ fue incorrecta”, ya que “de haberse efectuado un correcto diagnóstico del cuadro clínico (...) se le habría podido aplicar el tratamiento con (terapia electroconvulsiva) en vez de someterla durante años a tratamientos farmacológicos absolutamente ineficaces”. Fundamenta estas afirmaciones en el artículo publicado en una revista especializada, donde se expone su caso clínico, y se concluye que “presenta clínica depresiva y catatónica crónica que, de haberse detectado a tiempo, podría haber respondido al tratamiento con (terapia electroconvulsiva)”.

Sobre los diagnósticos realizados por los Servicios de Salud Mental dependientes del Servicio de Salud del Principado de Asturias y por el Hospital “Z”, el especialista en Psiquiatría que informa a instancias de la compañía aseguradora considera que “son equivalentes”, al determinar que se trata de un trastorno depresivo. Por lo que se refiere al diagnóstico “ansioso-depresivo”, expone que es reconocido en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS y que “se utiliza cuando ambos síntomas están presentes pero ninguno de ellos predomina claramente. Este diagnóstico sería el equivalente al de trastorno depresivo mayor con ansiedad del DSM-5, el otro sistema nosológico (USA) de que disponemos (...). En el momento actual el diagnóstico de catatonía crónica que hace el Hospital ‘Z’ no existe en el DSM-5, que es el más actual”. El especialista explica que, “tanto la ansiedad como la catatonía, se considera ahora que son especificadores clínicos que ponen el énfasis en alguna de las características clínicas del trastorno depresivo”, de manera que la catatonía “no es entidad (enfermedad) independiente”. Afirma que es “una cuestión a debatir si la depresión de la paciente cursa con ansiedad, con síntomas catatónicos o con síntomas psicóticos”, puesto que “a lo largo del curso y dependiendo de la gravedad del episodio pueden darse estas tres variaciones clínicas”. Añade que estos síntomas “son cambiantes” (pueden estar más o menos presentes en un momento evolutivo) y “dependen de la gravedad del episodio actual”. Por otro lado, comenta que “el DSM-5 también indica que la cronicidad de los síntomas depresivos aumenta sustancialmente la posibilidad

de trastornos de personalidad, ansiedad y trastornos por uso de tóxicos. En este sentido, la paciente fue diagnosticada (...) de trastorno histriónico de la personalidad (...). Este trastorno se da en comorbidad con el trastorno depresivo mayor, por lo que es verosímil que (...) lo pudiese presentar la paciente". Finalmente, considera que "no podemos hablar de fallos diagnósticos, sino de matices a la hora de valorar los síntomas predominantes, más llamativos o más graves (los llamados especificadores)".

En cuanto a la terapia electroconvulsiva, el Director del Área de Gestión Clínica de Salud Mental señala que su aplicación "está admitida en diversas guías y consensos (...) pero ello no asegura que en todos los casos se obtenga una respuesta favorable", puesto que "también hay pacientes que son resistentes a esta terapia" y "tampoco asegura la ausencia de recaídas"; cuestión esta última también apuntada por el especialista que informa a instancias de la compañía aseguradora.

Respecto a la conclusión formulada en el artículo publicado en la revista especializada de que la clínica de la paciente, "de haberse detectado a tiempo, podría haber respondido al tratamiento con (terapia electroconvulsiva)", el Director del Área de Gestión Clínica de Salud Mental señala que tal afirmación "no está sustentada en ningún dato clínico específico de la paciente (...) que permita asegurar con certeza que hubiera respondido satisfactoriamente a este tratamiento, ya que ninguno de los diferentes tratamientos aplicados ha producido una mejoría duradera con estabilización y recuperación funcional de la paciente, y cuando se aplicó (terapia electroconvulsiva) tampoco respondió a esta". Efectivamente, en el informe del Hospital "Z" de 9 de octubre de 2015 consta que "tras 42 sesiones de terapia electroconvulsiva con excelente respuesta inicial se agota progresivamente el efecto".

Como ha subrayado este Consejo en anteriores ocasiones, corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. Sin embargo, la interesada, aun teniendo conocimiento de las consideraciones médicas realizadas por el especialista que suscribe el informe médico-pericial y por los servicios intervinientes -dado que se le remitió una copia del expediente completo con ocasión del trámite de audiencia-, no aportó

pruebas adicionales al artículo mencionado que demuestren que un tratamiento precoz con terapia electroconvulsiva hubiese determinado una evolución distinta de la enfermedad, o incluso su recuperación. Todo ello nos lleva a afirmar que sus imputaciones se basan en conjeturas, por lo que, en ausencia de datos concretos, consideramos que la tesis mantenida por los médicos que firman la publicación del caso -"podría haber respondido al tratamiento con (terapia electroconvulsiva"- debe tomarse como una opinión, no como certeza, tal y como sostienen el especialista que elabora el informe médico-pericial y el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas.

Finalmente, debemos referirnos al tratamiento con Ketamina. Es evidente que tras la aplicación del mismo la paciente sufrió una notable mejoría, según figura en el informe del Hospital "Z" de 9 de octubre de 2015, a cuyo tenor al alta "la paciente se muestra progresivamente más sosegada y desaparece la inquietud motriz (...), con afecto mejor modulado, cede el discurso de contenido depresivo y se muestra con planes de futuro. Desaparecen las ideas de tipo nihilista". Añade que también se le administró toxina botulínica "que mejora notablemente el movimiento discinético, así como la contracción facial", presentando "buena tolerancia, sin incontinencia urinaria ni otros secundarismos". Ahora bien, no podemos olvidar que la Ketamina es un tratamiento experimental, ya que se utiliza fuera de las indicaciones terapéuticas aprobadas oficialmente en la ficha de este fármaco, y tiene, según el informe médico-pericial, "potencial alucinógeno y adictivo". Incluso en el artículo en el que se expone el curso clínico de la paciente se dice expresamente que la eficacia de algunos tratamientos que se presentan como alternativa de la terapia electroconvulsiva -entre los que figura la Ketamina-, "se encuentra todavía en evaluación, y que siguen pendientes de la aprobación por parte de las agencias reguladoras".

A mayor abundamiento, el Director del Área de Gestión Clínica de Salud Mental alude a la falta de evidencias suficientes sobre la perdurabilidad en el tiempo de las mejorías iniciales, lo que está en consonancia con lo manifestado por los facultativos que firman el artículo aportado cuando señalan que "son

necesarios los estudios que planteen estrategias para mantener la mejoría en pacientes con cuadros clínicos de estas características”, puesto que “en los estudios disponibles no se realizan tratamientos con Ketamina más allá de 4 semanas y no se plantea en ningún caso como tratamiento crónico”. Asimismo, debemos poner de manifiesto que, salvo el informe clínico de alta del Hospital “Z” de 9 de octubre de 2015, la reclamante no ha facilitado datos que nos informen acerca de su estado en los meses siguientes, por lo que desconocemos si en el momento de presentación de la reclamación mantenía dicha recuperación.

En conclusión, se pusieron a disposición de la paciente todo tipo de tratamientos -psicofármacos, psicoterapia, rehabilitación-, de conformidad con lo que establecían las guías terapéuticas para el tratamiento de la depresión, así como medidas de apoyo de tipo sociosanitario, como alojamiento temporal tutelado, resultando muy complicado lograr una recuperación total debido a su resistencia a los tratamientos, a pesar de disfrutar de breves periodos en los que la sintomatología parecía remitir. Los diagnósticos realizados, tanto por la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de la Fundación Hospital “X” como por el Centro de Salud Mental “A” y por el Centro de Tratamiento Integral de Trastornos Mentales Severos “B”, parecen haber sido los adecuados, sin que de los informes médicos se infiera un error diagnóstico, ya que las discrepancias con el Hospital “Z” son, según ha quedado apuntado, matices referidos a la valoración atribuida a los síntomas predominantes (los llamados especificadores: la ansiedad y la catatonía).

Tampoco ha resultado probado a lo largo del procedimiento en qué medida la paciente se habría beneficiado de una aplicación precoz de la terapia electroconvulsiva, dados sus antecedentes refractarios a otros tratamientos, lo que predice una peor respuesta a la misma, sin que tampoco esté indicada en la prevención de recaídas. Por tanto, no podemos determinar si el tratamiento temprano con dicha terapia habría permitido una evolución menos desfavorable, o incluso la recuperación.

Como hemos señalado, la perjudicada no aporta prueba alguna de sus imputaciones, y el análisis de la historia clínica, junto con los informes médicos

incorporados al expediente, ponen de manifiesto que el curso clínico del trastorno depresivo de la paciente fue crónico, recidivante y resistente a los tratamientos, sin que quepa apreciar mala praxis en la actividad desplegada por los servicios públicos sanitarios.

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,