

Expediente Núm. 158/2017
Dictamen Núm. 212/2017

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 27 de julio 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 17 de abril de 2017 -registrada de entrada el día 27 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de su esposa y madre, respectivamente, que atribuyen al retraso diagnóstico e ingreso tardío en el tratamiento de una glositis.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 19 de abril de 2016, un letrado presenta, en nombre y representación de los interesados, una reclamación de responsabilidad patrimonial en el registro de la Administración del Principado de Asturias por los daños y perjuicios que atribuyen al retraso diagnóstico e ingreso tardío en el tratamiento de una glositis.

Exponen que la perjudicada ingresó en el Servicio de Neurología del Hospital el día 31 de diciembre de 2015, a las 19:25 horas, “tras acudir en

tres ocasiones ese mismo día al Servicio de Urgencias” del citado centro, y precisan que la primera de ellas fue alta “con el diagnóstico de ‘glositis’, posteriormente (4 horas después) acude de nuevo dándosele el alta en esta ocasión con el diagnóstico de ‘neuropatía periférica’” y la tercera vez, sobre las 20 horas, se decide su ingreso.

Señalan que “la paciente acude al centro hospitalario porque siente problemas para mover los brazos y las piernas, y tiene una gran dificultad para tragar la saliva en la boca, le duele la cabeza, tiene dificultades para hablar y siente como quemazón en las manos y en la garganta./ Desde el momento del ingreso (...) empeora en su estado de forma progresiva y rápida, tanto ella (cuando podía hablar) como sus familiares indican constantemente al personal de enfermería de la planta” y “a los médicos que la atienden que no puede tragar la saliva y que se ahoga con sus propias secreciones, que no puede mover la lengua y posteriormente no puede hablar ni moverse./ El personal de enfermería de la planta le dice a su familia que no tienen tiempo para estar continuamente aspirándole las secreciones./ El día 2 de enero de 2016, sobre las 00:30 horas de la noche, la paciente entra en coma y se le para el corazón, motivo por el que tiene que ser reanimada, después la llevan a la UVI, lugar donde está ingresada hasta que finalmente fallece el día 3 de febrero de 2016 al ser desconectada de las máquinas (...) por encontrarse en estado vegetal”.

Afirman que fallece “el día 3 de febrero de 2016 como consecuencia de una falta de diligencia en la atención sanitaria que se le ha prestado, y esto es así porque a pesar de acudir en tres ocasiones al Servicio de Urgencias las dos veces anteriores se le ha dado el alta, privándole de los medios diagnósticos y terapéuticos necesarios para obtener un diagnóstico y proporcionar un tratamiento adecuado en el momento oportuno. Después de ingresar no se le ha proporcionado la atención que necesitaba, y todo ello a pesar de las continuas demandas de sus familiares para que así fuese, ocurriendo de este modo que a la paciente se le para el corazón y como consecuencia de ello se queda en estado de coma irreversible al no llegarle oxígeno a la cabeza”.

Sostienen que resulta aplicable “la doctrina jurídica del daño desproporcionado”, pues “en este caso (...) la paciente es atendida en el centro hospitalario por una enfermedad neurológica que, a juicio del personal

médico que la atiende, no revestía (...) características de gravedad para ser ingresada en la UVI, considerándose más adecuado su ingreso en la planta de Neurología; posteriormente (...) sufre una parada cardíaca de la que es reanimada, y finalmente fallece por encontrarse en situación de coma irreversible”.

En cuanto a la relación de causalidad, señalan que “el fallecimiento (...) tiene lugar el día 3 de febrero de 2016 como consecuencia de la situación de coma irreversible en que se encuentra por haber sufrido una parada del corazón el día 2 de enero de 2016, al no haberse utilizado los medios diagnósticos y terapéuticos disponibles e indicados en la situación de deterioro neurológico de evolución rápida y progresiva que la paciente estaba sufriendo”.

Solicitan una indemnización cuyo importe total asciende a doscientos cincuenta y seis mil quinientos cuatro euros (256.504 €), de los cuales 126.538,73 € corresponderían al cónyuge, 60.988 € a su hijo y 50.400 € a su hija, especificando que en esa indemnización “se han incluido con carácter provisional los gastos de inscripción de la lápida”, que se calculan en 1.500 €.

Adjuntan la siguiente documentación: a) Copia del documento nacional de identidad de los interesados. b) Escrito en virtud del cual los reclamantes manifiestan conferir su representación al letrado actuante. c) Certificado de defunción de la paciente fallecida. d) Copia del Libro de Familia.

2. Mediante escrito de 6 de mayo de 2016, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios notifica a los interesados la fecha de recepción de su reclamación en el referido Servicio, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

Asimismo, les requiere para que acrediten la representación que dice ostentar el letrado actuante, a lo que aquellos dan cumplimiento mediante declaración en comparecencia personal el 19 de mayo de 2016.

3. El día 10 de mayo de 2016, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV remite al Servicio de Inspección de

Servicios y Centros Sanitarios una copia de la historia clínica de la paciente en soporte electrónico.

4. Con fecha 18 de mayo de 2016, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV remite al referido Servicio el informe emitido por la Supervisora del Área de Enfermería de Neurociencias del Hospital En él, suscrito el día 16 de ese mismo mes, se indica que la paciente "ingresa en la Unidad de Neurología (...) procedente del Servicio de Urgencias en el turno de tarde del día 31 de diciembre de 2015, con diagnóstico médico de neuropatía a estudio./ La enfermera correspondiente (...) realiza protocolo y valoración de la paciente al ingreso, detectando que (...) se encuentra con buen nivel de conciencia, orientada y colaboradora, con dificultad para hablar y para tragar, por lo que está en dieta absoluta con sueroterapia pautada. A su llegada refiere dolor de cabeza y se le pone analgesia endovenosa pautada./ En el turno de noche, a las 2:00 horas, la paciente y su acompañante (esposo) avisan por notar cara y brazo izquierdo más dormido y mayor dificultad para tragar la saliva. La enfermera (...) valora a la paciente como con buen nivel de conciencia, orientada y colaboradora, con menos fuerza en el miembro superior izquierdo. Con esta nueva valoración de enfermería se avisa al neurólogo de guardia. Se le hace limpieza de boca y se le administra medicación pautada. A las 3:00 horas (...) está dormida. A las 4:30 horas despierta y refiere encontrarse igual, se avisa al neurólogo de guardia. Posteriormente, se vuelve a avisar al neurólogo de guardia porque (...) refiere querer solicitar el alta voluntaria por no haber sido atendida (...). Durante el turno de tarde del día 1 de enero de 2016 la enfermera (...) valora a la paciente como consciente y orientada, con dificultad para mover las extremidades superiores y con imposibilidad de lenguaje. Se le aspiran secreciones varias veces a lo largo del turno (saturación de oxígeno 97 %). Ante la demanda de aspiración con mucha frecuencia se le explica a la familia que no es posible (...) por las contraindicaciones que conlleva la aspiración de un paciente de forma continuada, como son la hipoxemia refractaria, hipertensión arterial sistémica severa, arritmias cardíacas por hipoxia e hipertensión intracraneal./ En el turno de noche la enfermera (...) le aspira

secreciones, valora a la paciente como poco reactiva, sin respuesta a estímulo doloroso y sin respuesta verbal. Se avisa al neurólogo de guardia. La paciente pasa a Servicios Críticos” del Hospital

5. Mediante oficio de 19 de mayo de 2016, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV envía al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios el informe emitido por el Director de la Unidad de Gestión Clínica de Urgencias del Hospital en relación con la asistencia prestada el día 31 de diciembre de 2015. En él señala que en la primera de ellas, a las 8:09 horas, la paciente “refería un cuadro clínico bastante inespecífico de doce horas de evolución con odinofagia, `quemazón en la garganta tras la ingesta de agua´ y `quemazón en ambas manos tras contacto con el agua´, asociado a una clínica general de una semana de evolución. Se le realizó la anamnesis, una exploración física completa y una analítica urgente con hemograma y bioquímica básica (...). Se encontraba estable hemodinámicamente, con buenas saturaciones de oxígeno, sin hallazgos patológicos de interés en su exploración física y sin alteraciones analíticas. En esta situación, con el cuadro clínico que refería (...), y aun no teniendo un diagnóstico claro del episodio, lo más recomendable es indicar el alta domiciliaria con observación y control por su médico, y (...) acudir de nuevo al Servicio de Urgencias si sufre un empeoramiento, aparecen complicaciones o nueva sintomatología clínica”.

Indica que a las 11:57 horas “acude por aparición de nueva clínica a nivel de miembro inferior izquierdo, con parestesias, pérdida de fuerza y dificultad para la movilización. Ante la progresión de las manifestaciones clínicas del cuadro se solicita valoración urgente al Servicio de Neurología, que interpreta el cuadro como `posible neuropatía periférica´, recomendando administrar un suplemento vitamínico y control evolutivo por su médico. En esta (...) ocasión, teniendo en cuenta la evolución del cuadro clínico y la falta de un diagnóstico claro, la actuación más recomendable desde el punto de vista de la medicina de urgencias habría sido mantener a la paciente en observación durante al menos 24 horas para control evolutivo, aunque

conocido el diagnóstico final es sensato pensar que el pronóstico no habría cambiado”.

Reseña que finalmente la paciente acude a las 21:00 horas “por aparición de disartria y empeoramiento de la clínica a nivel de miembro inferior izquierdo. Ante la evolución del cuadro y con la indicación de ingreso hospitalario se habla directamente con el neurólogo de guardia, que decide ingreso a estudio con la impresión diagnóstica de `focalidad sin evidencia de patología neurológica´”.

6. Con fecha 23 de mayo de 2016, el referido Jefe de Sección traslada al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios el informe emitido por el Jefe de la Sección de Neurología del Hospital, suscrito el día 19 del mismo mes. En él explica que la primera vez que la paciente acudió al Servicio de Urgencias “aquejaba una odinofagia, síntoma que difícilmente podía hacer prever lo ocurrido posteriormente, siendo diagnosticada de una glositis./ En la segunda ocasión manifestaba una sensación de entumecimiento en la pierna izquierda acompañada de pérdida de fuerza en dicha extremidad. En ese momento es valorada por primera vez por el equipo de guardia de Neurología (...) que, teniendo en cuenta la exploración en ese momento (debilidad en la extensión del pie izquierdo), diagnostican a la paciente de una posible neuropatía periférica (parálisis del ciático poplíteo externo) y recomiendan tratamiento con vitaminas del grupo B y control por su médico de Atención Primaria. A este respecto, conviene comentar que la neuropatía del ciático poplíteo externo es una patología relativamente frecuente, en la mayoría de los casos producida por un traumatismo en el nervio a nivel de la cara externa de la rodilla, habitualmente autolimitada y con pronóstico favorable. Solo excepcionalmente constituye la forma de presentación de otras patologías./ La paciente vuelve a Urgencias en una tercera ocasión al notar nueva sintomatología: tiene dificultades para hablar, pérdida de sensibilidad en el hemicuerpo izquierdo y mayor debilidad en la pierna izquierda. Adicionalmente se constata dificultad para la movilización de la lengua. Teniendo en cuenta los nuevos datos clínicos, que por su distribución topográfica hacen sospechar una patología cerebral, probablemente bulbar y presumiblemente isquémica por su

carácter agudo, se solicita un TAC craneal con angioTAC que no revela datos patológicos. No obstante, y teniendo en cuenta los síntomas, se decide ingresar a la paciente en la planta para observación clínica y completar los estudios diagnósticos”.

Expone que “a lo largo de su primera noche de ingreso (...) aqueja dificultades crecientes para la deglución, a la par que una sensación creciente de debilidad. Dado que concurre un estado de ansiedad, se le administra Loracepam (un ansiolítico), juzgando que el cuadro está dominado por el nerviosismo./ Sin embargo, a la mañana siguiente (1 de enero) la exploración neurológica ha empeorado, con dificultades severas para emitir el habla y para movilizar las secreciones respiratorias. Presenta además asimetría facial y una tetraparesia moderada simétrica. En ese momento se solicita un nuevo TAC craneal para descartar nuevamente patología cerebral (un TAC demasiado precoz puede no mostrar datos patológicos que sí aparecen a lo largo de las horas), y se inicia aspiración de secreciones ante la imposibilidad de la paciente para movilizarlas. La TAC craneal nuevamente es normal. El diagnóstico diferencial en ese momento es de un síndrome de Guillain Barré, de evolución muy rápida y características atípicas, habida cuenta del predominio de la semiología bulbar y de la forma de inicio. Se realiza una punción lumbar que no muestra los hallazgos característicos de esta entidad, pero, habida cuenta de la sintomatología y ante la imposibilidad de hacer otras pruebas de confirmación -el estudio neurofisiológico solo se realiza en días laborables y puede ser normal durante los primeros días de evolución de la enfermedad-, se inicia tratamiento con inmunoglobulinas intravenosas, de elección en patologías disímunes./ A lo largo de la tarde la paciente sufre una retención urinaria, lo cual añade dudas al diagnóstico, dado que se trata de un síntoma infrecuente en el síndrome de Guillain Barré. Persiste la dificultad para movilizar las secreciones respiratorias, que requieren ser aspiradas. Sin embargo, en ningún momento se detectan cambios en los parámetros de oxigenación, con saturaciones (medición no invasiva del oxígeno transportado por la hemoglobina) en todo momento normales y gases arteriales (medición invasiva) asimismo normales./ En torno a las 0:20 horas de la madrugada del día 2 de enero el equipo de guardia de Neurología” es alertado por “un franco

deterioro clínico, con disminución del nivel de conciencia. Explorada la paciente, presenta una severa disminución de la saturación de O₂ en sangre que no mejora tras el aporte de oxígeno a altos flujos y desemboca en una parada cardíaca que se resuelve con medidas avanzadas de reanimación cardiopulmonar efectuadas por el equipo de Medicina Intensiva. La parada dura aproximadamente cinco minutos y la paciente pasa a la Unidad de Vigilancia Intensiva./ En la UCI la paciente presentó un estado de mal epiléptico, probablemente en relación con sufrimiento hipóxico cerebral, junto con datos de inestabilidad autonómica. Se realizó RM cráneo-medular que reveló lesiones características de una encefalopatía hipóxico-isquémica y un estudio neurofisiológico que mostró datos compatibles con el diagnóstico de sospecha clínica de una severa polirradiculoneuritis aguda sensitivo-motora (síndrome de Guillain-Barré), con mayor afectación motora. Se completó el tratamiento de dicha entidad con la realización de plasmaféresis y administración de esteroides./ Pese a todo, la paciente no mejoró, por lo que, habida cuenta de los graves daños neurológicos, periféricos y centrales, teniendo en cuenta el pronóstico derivado de la situación clínica y de los estudios complementarios, se decidió la limitación del tratamiento de soporte vital informando a la familia. La paciente falleció el día 3 de febrero de 2016./ En definitiva, la paciente sufrió un síndrome de Guillain-Barré fulminante que desembocó en una parada cardiorrespiratoria a consecuencia de la cual se produjo una encefalopatía hipóxico-isquémica./ La forma de presentación fulminante del síndrome de Guillain-Barré es muy infrecuente y su pronóstico muy desfavorable, provocando en un alto porcentaje de los pacientes que los sufren la muerte o una discapacidad permanente. Con frecuencia los signos de inicio de la polineuropatía pueden ser sutiles o inespecíficos, dificultando la sospecha diagnóstica./ En el caso concreto (de la paciente), los síntomas de inicio que motivaron sus dos primeras consultas en Urgencias a lo largo del día 31 de diciembre no hicieron sospechar la naturaleza y evolución posterior del cuadro clínico por su carácter poco específico. Solamente en la tercera visita, y ante la sumación de nuevos síntomas, se barajó la posibilidad de un cuadro neurológico de mayor envergadura, si bien la primera sospecha fue de un trastorno isquémico cerebral, habida cuenta de su carácter brusco y de la

distribución topográfica de los síntomas. Los estudios diagnósticos realizados en Urgencias no confirmaron la existencia de una isquemia cerebral, si bien tampoco permitieron excluirla con total certeza, por lo que se decidió ingresar a la paciente para observación y realización de estudios diagnósticos adicionales”.

Señala que “su evolución a lo largo de las horas siguientes fue rápidamente progresiva, sumando nuevos síntomas, configurando un cuadro complejo que cada vez menos parecía isquémico (una segunda TAC craneal volvió a ser normal) y que despertó la sospecha de un cuadro polineuropático agudo disimmune, tipo Guillain-Barré. El diagnóstico de esta entidad es fundamentalmente clínico, basado en los síntomas que presenta el paciente y en la exclusión de posibilidades alternativas, ya que los métodos diagnósticos complementarios que pueden confirmar la sospecha clínica ofrecen con frecuencia resultados normales durante los primeros días, y solo al cabo de unos cuantos se tornan patológicos. Así, el líquido cefalorraquídeo analizado la tarde del día 1 de enero no mostró la característica disociación albúmino-citológica, pese a que la paciente tenía en ese momento una sintomatología muy florida. Aun así el equipo de guardia decidió iniciar tratamiento con inmunoglobulinas, de elección en las entidades disimmune, a fin de cubrir esa posibilidad./ Por parte del equipo de guardia se llevaron a cabo valoraciones repetidas, tanto clínicas como del estado de oxigenación sanguínea de la paciente a lo largo de la tarde, dada su sintomatología respiratoria y el requerimiento de aspiración frecuente de las secreciones, considerando (...) que la paciente podía ser vigilada en la planta dada la preservación de unas cifras correctas de oxígeno en sangre. Sin embargo, probablemente por la rápida progresión de la patología subyacente, la situación respiratoria se descompensó unas horas después, sin respuesta a flujos altos de oxígeno y con rápida evolución hacia una parada cardíaca. Pese a que esta pudo ser reanimada en unos pocos minutos, se produjeron importantes daños cerebrales hipóxicos. Unos días después el estudio neurofisiológico confirmó la existencia de una polineuropatía, pero los tratamientos administrados (inmunoglobulinas, plasmaféresis y corticoides) no redundaron en mejoría

alguna. Desgraciadamente los extensos daños neurológicos condujeron al fallecimiento de la paciente”.

7. Mediante escrito de 14 de junio de 2016, la Directora General de Política Sanitaria pone en conocimiento de la correduría de seguros la presentación de la reclamación.

8. Figura incorporado al expediente, a continuación, el informe médico suscrito colegiadamente por dos especialistas en Neurología el día 26 de agosto de 2016 a instancia de la compañía aseguradora. En él explican que “el epónimo síndrome de Guillain-Barré (...) engloba todas aquellas polineuropatías agudas inmuno-medidas, las cuales se pueden dividir en varios subtipos. La (...) (polineuropatía desmielinizante idiopática aguda) es la forma más frecuente, pero otros tipos son la neuropatía aguda sensitiva y motora axonal (...) y la neuropatía aguda motora axonal (...), que son, como su nombre indica, formas axonales debidas a un mecanismo probablemente inmunomediado (...). Se cree que pueden existir factores desencadenantes de la enfermedad, como infecciones respiratorias o intestinales”, y “son múltiples los virus y bacterias que se han relacionado con la (polineuropatía desmielinizante idiopática aguda), pero el más frecuente es el *Campylobacter jejuni*, descrito en hasta el 36 % de los casos estudiados. Además (...) existen casos relacionados con vacunaciones contra la gripe estacional, la gripe A y la rabia./ La etiopatogenia no se conoce con seguridad, pero cada vez hay más pruebas que consideran que se trata de un proceso autoinmune, celular y humoral, frente a antígenos del nervio periférico, aún no bien caracterizados, que probablemente sean glicolípidos similares a ciertos epítomos de la cápsula de algunos agentes infecciosos”.

Señalan a continuación cuáles son las manifestaciones de la patología (parestias, disestesias, trastornos vegetativos) y sus formas clínicas, tanto típica como sus variantes. En cuanto al diagnóstico, indican que “se basa en la sospecha clínica sustentada sobre la presencia de la combinación de diversos síntomas y signos (...) apoyados por los resultados de exploraciones complementarias, fundamentalmente el estudio del líquido cefalorraquídeo (...)

que muestra la presencia de una elevación de las proteínas sin presencia de leucocitos (disociación albúmino-citológica) y el estudio EMG/ENG, que objetiva en la mayoría de los casos lentificación de la velocidad de conducción nerviosa y bloqueos de conducción, aunque este estudio puede ser normal hasta en el 20 % de los casos; el máximo rendimiento diagnóstico se obtiene entre la segunda y la tercera semana de evolución del cuadro./ No existe ninguna prueba complementaria o dato clínico que por sí sola permita realizar el diagnóstico de (síndrome de Guillain-Barré), por ello se recurre a los criterios clínicos” que enuncia, distinguiendo entre los “necesarios” y los “de apoyo”. Entre los primeros se encuentran la “debilidad progresiva en dos o más miembros, relativamente simétrica, por neuropatía”; la “arreflexia”; la “evolución de la enfermedad de menos de 4 semanas”, y la “exclusión de otras causas de neuropatía aguda (p. e.: vasculitis, toxinas, botulismo, difteria, porfiria, tóxicos, etc.)”. En cuanto a los criterios de apoyo, mencionan la “debilidad relativamente simétrica”, la “afectación sensitiva en grado leve”, la “afectación del nervio facial o de otros pares craneales”, la “ausencia de fiebre”, el “perfil típico de (líquido cefalorraquídeo) (acelular, aumento de proteínas)” y los “signos electrofisiológicos de desmielinización”, y añaden que “se precisan dos criterios necesarios o un criterio necesario y dos de apoyo para poder establecer el diagnóstico cierto”.

Explican que “el síndrome de Guillain-Barré no tiene en la actualidad tratamiento curativo”, y, en cuanto a su pronóstico, que presenta “una mortalidad de hasta el 8 %, que es del 20 % en pacientes que requieren soporte ventilatorio (...). El caso que nos ocupa es una paciente que sufrió un cuadro de polineuropatía desmielinizante idiopática aguda (...) o síndrome de Guillain-Barré (...) de características clínicas muy atípicas y de curso clínico hiperagudo./ Conocida *a posteriori* la evolución clínica de la paciente, la enfermedad que sufrió no sería encuadrable en las variantes clínicas habituales del (síndrome de Guillain-Barré), pues compartía características tanto de la variante (...) con debilidad braquio-cérvico-faríngea como de la forma bulbar con parestesias distales./ Recientemente se han descrito otras formas clínicas mucho más infrecuentes y con peor pronóstico que se

aproximarían más al tipo de enfermedad que sufrió la paciente”, e insertan el informe resumen de un caso recogido en una revista científica.

Frente a la alegación de los reclamantes de “falta de diligencia en la asistencia prestada a la paciente en Urgencias” y privación de “los medios diagnósticos y terapéuticos necesarios para obtener un diagnóstico y proporcionar un tratamiento adecuado en el momento oportuno”, razonan que “si aplicamos los criterios diagnósticos (...) antes expuestos la paciente no llegó a cumplirlos en ningún momento” durante “sus visitas a Urgencias el día 31 de diciembre de 2015. No presentaba debilidad progresiva relativamente simétrica en dos o más miembros, no había arreflexia, la evolución era de horas y no de varios días o semanas, como es habitual, la debilidad no era simétrica, en Urgencias no había parálisis facial, el estudio de (líquido cefalorraquídeo) no mostraba disociación albúmino-citológica y el estudio neurofisiológico (además de ser una prueba que no se realiza en los Servicios de Urgencias del sistema público de salud), como hemos referido con anterioridad, realizarlo tan precozmente no tiene utilidad para establecer el diagnóstico de (síndrome de Guillain-Barré). De hecho, el diagnóstico firme de (polineuropatía desmielinizante idiopática aguda) o (síndrome de Guillain-Barré) no pudo establecerse hasta el día 12 de enero, (en) que se dieron los criterios neurofisiológicos que apoyaban este diagnóstico. Ni siquiera, a la vista de los datos clínicos disponibles en sus dos primeras visitas a Urgencias, se dieron las circunstancias para que los facultativos que la atendieron pudieran sospecharlo; y para añadir excepcionalidad al cuadro clínico horas más tarde presentó una disfunción esfinteriana (retención urinaria), lo (que) supone una rareza más en un (síndrome de Guillain-Barré)./ Por todo lo anterior, un hipotético ingreso en su primera visita a Urgencias no hubiera supuesto un beneficio ni diagnóstico ni terapéutico./ A pesar de todo ello, los neurólogos que la atendieron barajaron en el diagnóstico diferencial que se tratara de algún tipo de neuropatía de origen disimmune e iniciaron precozmente (en las primeras 24 h) el tratamiento con gammaglobulinas i. v., tratamiento de elección en este tipo de cuadros”.

Indican que “tampoco podemos estar de acuerdo con la afirmación vertida en la reclamación en (...) referencia a la atención durante su ingreso

en la planta de Neurología”, pues “fue valorada por el personal de enfermería y los facultativos de guardia en varias ocasiones desde su ingreso en planta la noche del 31 de diciembre hasta su ingreso en UCI la madrugada del 2 de enero, como queda reflejado en los evolutivos médicos y de enfermería, que realizaron un seguimiento estrecho de su evolución, realizándose varias pruebas diagnósticas en este intervalo de tiempo -TC craneal, analítica sanguínea, punción lumbar y estudio de (líquido cefalorraquídeo)-./ La paciente se mantuvo hemodinámica y respiratoriamente estable hasta la madrugada del día 2, en la que sufrió el deterioro de la función respiratoria que la condujo a la parada cardiorrespiratoria”, y “falleció un mes más tarde en la UCI a consecuencia de las lesiones cerebrales producidas por la hipoxia cerebral secundaria a la parada cardiorrespiratoria”; lesiones que “cuando están establecidas tienen un carácter irreversible y son independientes del curso y el pronóstico de la (polineuropatía desmielinizante idiopática aguda) que sufrió la paciente”.

9. Con fecha 20 de octubre de 2016, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica a los interesados la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándoles una relación de documentos obrantes en el expediente.

Con fecha 4 de noviembre de 2016, presentan estos en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que, a la vista de los informes incorporados al expediente, se ratifican en el contenido de su reclamación inicial. En él consideran que el informe emitido por la Supervisora del Área de Enfermería de Neurociencias del Hospital incurre en aparente confusión al referirse a las contraindicaciones de la aspiración continuada de secreciones; concepto que, subrayan, es distinto al de “complicaciones”. Entienden que “si tales ‘contraindicaciones’ (*sic*) existiesen no se explica el motivo por el que no fueron reflejadas en la historia clínica, así como el motivo por el que en otras ocasiones sí le fueron aspiradas las secreciones”. Sostienen que “lo que no es asumible es que a una paciente con compromiso del flujo aéreo por presencia de secreciones que no puede movilizar se le diga que no se le puede aspirar sin ofrecerle y practicarle una

alternativa terapéutica". Al respecto, destacan que "el informe médico emitido por parte del Jefe de Sección de Neurología (...) no ofrece duda alguna respecto de la indicación de aspiración de las secreciones respiratorias que la paciente es incapaz de movilizar". También reseñan que, según el informe del Director del Área de Gestión Clínica de Urgencias, en la segunda asistencia "la actuación más recomendable desde el punto de vista de la medicina de urgencias habría sido mantener a la paciente en observación durante al menos 24 horas para control evolutivo". Del informe médico pericial resaltan que "la mayoría de los pacientes tienen una recuperación funcional buena", y ponen de manifiesto que todos los informes afirman el "nexo causal no controvertido" entre la parada cardiorrespiratoria y el fallecimiento. A propósito de la parada, señalan que la información recogida en la historia clínica es sumamente confusa, "no pudiendo determinarse el concreto momento en (...) que la paciente" la sufre, su duración y la identidad de "los integrantes del equipo de reanimación".

Solicitan la práctica de prueba testifical consistente en la declaración de la enfermera de la planta de hospitalización de Neurología "que realiza la anotación en la hoja de curso clínico de enfermería el día 2 de enero de 2016 a las 00:20 h (...). En especial deberá pronunciarse sobre el tiempo aproximado que tardó el personal facultativo en presentarse físicamente en la planta una vez avisados por ella, el tiempo durante el que se prolongó la parada cardiorrespiratoria y los integrantes del equipo de reanimación cardiopulmonar básica hasta que llegó el equipo de UCI e inició las maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada". También requieren la declaración del "personal facultativo del Servicio de Neurología que atendió la llamada realizada por la enfermera el día 2 de enero a las 00:20 h (...). Se considera pertinente a los efectos de determinar el momento en el que acuden presencialmente a valorar a la paciente una vez que reciben la llamada de (la) enfermera, así como el momento de la parada cardiorrespiratoria, la duración de las maniobras de reanimación cardiopulmonar básica y, en su caso, los concretos motivos por los que no se iniciaron las maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada hasta la llegada del equipo de UCI". Por último, instan la declaración del "personal facultativo del Servicio de UCI que asistió a

la paciente en la planta de Neurología en la madrugada del día 2 de enero de 2016. La pertinencia de esta declaración radica en la necesidad de determinar si cuando se refiere al `personal de planta´ que se encontraba realizando maniobras de (reanimación cardiopulmonar) se incluye entre dicho personal al personal facultativo o se refiere exclusivamente al personal de enfermería, así como para determinar el momento temporal concreto en el que la paciente ingresa en la UCI”.

Solicita también “documental consistente en informe por parte del Jefe de Sección de Neurología del (Hospital) en relación a la existencia o inexistencia de las `contraindicaciones´ para la aspiración de secreciones a la paciente” a que se alude en el informe de la Supervisora de Enfermería.

10. Mediante oficio de 12 de diciembre de 2016, el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios actuante comunica a los reclamantes que, en aplicación analógica del artículo 315 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, se acuerda que “la prueba testifical propuesta se practicará mediante respuestas escritas a las preguntas indicadas”, y les concede un plazo de diez días para que formulen las mismas.

El día 28 de diciembre de 2016, el representante de los interesados presenta un escrito en el que invoca la aplicación del artículo 75.4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, en cuanto establece el principio de contradicción e igualdad como principio rector del procedimiento, que considera queda desvirtuado y genera indefensión, “no motivándose la improcedencia o falta de necesidad de la práctica de la prueba propuesta”. No obstante, “en respeto del principio de celeridad en la tramitación”, acompaña un listado con las preguntas que interesa se formulen a cada uno de los profesionales cuya declaración se solicita.

11. Mediante escrito de 3 de enero de 2017, el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios actuante solicita a la Gerencia del Área Sanitaria IV que se trasladen las citadas preguntas a los afectados y se emita el informe a que hacen referencia los reclamantes en su escrito de alegaciones.

Con fecha 23 de enero de 2017, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV traslada al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios las respuestas facilitadas por el personal interviniente en aquella atención.

En primer lugar, la enfermera del turno de noche en la planta del Hospital el día 2 de enero de 2016 responde, con fecha 16 de enero de 2017, que "avisó al personal facultativo de guardia en la madrugada del 2 de enero de 2016 a las 00:22 horas (...), en el momento en que se constató una variación en el estado de la paciente que el facultativo debía conocer". Señala que no recuerda "con exactitud la hora a la que acudió" el personal facultativo a la planta y que no le dieron ninguna "instrucción verbal hasta que acudió", reseñando que no se acuerda con exactitud cuánto tiempo se prolongó la parada cardiorrespiratoria. Tras identificar a los integrantes del equipo de reanimación cardiopulmonar en la planta, responde que realizaron esta técnica "siguiendo el protocolo (...) establecido e implantado en las unidades de hospitalización" del centro, y precisa que disponen de equipo de intubación oro traqueal, pero no recuerda con exactitud a qué hora acudió el equipo de UCI ni a qué hora se trasladó a la paciente a la UCI.

En segundo lugar, el facultativo de guardia de Neurología en el Hospital en la madrugada del 1 al 2 de enero de 2016 informa, también el 16 de enero de 2017, que recibió la llamada del personal de la planta en la madrugada del día 2 de enero, "en torno a las 00:20 horas", y que el motivo del aviso fue que "la enfermera encargada de la paciente nos comunicó que (...) tenía muchas secreciones, que la acababa de aspirar y que estaba muy somnolienta". No recuerda si dio alguna instrucción verbal a la enfermera hasta su llegada a la planta, calculando que eran aproximadamente las 00:30 horas cuando acudió de forma presencial, y que "al entrar en la habitación la paciente se encontraba con un familiar que nos manifestó que respiraba mal". A continuación transcribe lo reflejado en el curso clínico de esa noche -"a nuestra llegada la paciente se encuentra en coma"-, y añade que "en ese momento y ante la gravedad de la situación indico a la residente que avise a la UCI mientras yo atiendo a la paciente. Yo procedo a colocar una mascarilla con oxígeno al 50 %, remontando la saturación hasta 83 %, pero al poco

tiempo la saturación de oxígeno vuelve a descender al 50 %. Posteriormente la paciente entra en situación de parada cardiorrespiratoria. En este momento indico a la residente, la cual se encontraba hablando telefónicamente con los médicos de la UCI, que se ha producido una parada cardiorrespiratoria y que demande la presencia inmediata de dicho Servicio. Asimismo, solicito al personal de enfermería el `carro de paradas`. Yo con la ayuda del personal de enfermería procedo a realizar una reanimación cardiopulmonar básica. En muy pocos minutos llega el personal de la UCI que se encarga de la (reanimación cardiopulmonar) avanzada con intubación de la paciente". Respecto a la duración de la parada, indica que "entre el momento en que se produce y el personal de la UCI consigue la recuperación aproximadamente 5 a 10 minutos". Niega que se haya realizado una intubación oro traqueal a la paciente antes de que acudiese el equipo de reanimación de la UCI, y aclara que en la planta disponen de equipo para ello. Afirma que el equipo de UCI acudió "antes de 5 minutos desde que se realizó la llamada", pero no recuerda la hora de traslado de la paciente a la UCI.

Con fecha 19 de enero de 2017, el Jefe de la Sección de Neurología emite informe sobre la aspiración de secreciones. En él señala que "la frecuencia ideal del procedimiento no ha sido definida claramente en la literatura médica, y debe ser ajustada en función de la cantidad de las mismas y de la repercusión sobre el paciente (tanto sintomática como gasométrica). Como todo procedimiento, la aspiración de secreciones conlleva riesgos y complicaciones potenciales" (entre las que se encuentran las referidas en el informe de la Supervisora de Enfermería de la planta, añadiendo otras, como "el trauma de la mucosa, laringo o broncoespasmo, hipotensión, atelectasias o hemorragias pulmonares, todas ellas descritas en la literatura médica"). Por este motivo "el juicio clínico del profesional debe determinar el equilibrio justo entre la necesidad de aspiración y la necesaria prudencia./ En (el) caso de que no se pueda garantizar la permeabilidad de la vía aérea, la alternativa pasa por la intubación endotraqueal del paciente y la ventilación asistida".

12. El día 7 de febrero de 2017, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV remite la "respuesta a las preguntas

planteadas al personal facultativo de UCI que asistió a la paciente en la planta de Neurología en la madrugada del día 2 de enero de 2016". En ellas, tras remitirse "a lo que consta en el curso clínico del día de la fecha" en cuanto a la hora en la que recibió el aviso de la emergencia en la planta de Neurología, aclara que la paciente se trasladó a la UCI "aproximadamente entre 01:45 y 02:00" horas. Manifiesta que a su llegada a planta "se encontraba en parada cardiorrespiratoria. Al monitorizarla se encontraba en asistolia". Reseña que formaban parte del equipo de reanimación en la planta "personal de enfermería y el equipo de guardia de Neurología, compuesto por médico adjunto y médico interno residente". Respecto a la duración de la parada, se remite al informe de ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos, y afirma desconocer cuánto tiempo llevaba el equipo de la planta realizando reanimación cardiopulmonar y si se le había efectuado intubación orotraqueal a la paciente antes de su llegada a planta. Sobre el "tipo de ventilación pulmonar" que se estaba practicando, señala que "se estaba realizando ventilación con mascarilla y balón tipo Ambú, además de maniobras de masaje cardíaco".

13. Mediante oficio notificado a los interesados el 1 de marzo de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario les concede un segundo trámite de audiencia.

El día 18 de marzo de 2017, estos presentan un escrito de alegaciones en el que se ratifican en las anteriores. En cuanto a la aspiración de secreciones, reprochan que "el día 01-01-2016 a las 20:56 horas la enfermera anota en la hoja de curso clínico de enfermería que ante la demanda de la familia y la paciente para que se le aspiren las secreciones respiratorias, que no puede movilizar dado su estado neurológico, se le explica que 'no es posible', pero en ningún caso se ofrece una alternativa terapéutica, de modo que la insuficiencia respiratoria que posteriormente sufre la paciente, y que a la postre origina su parada cardiorrespiratoria, tiene su origen de forma indubitada en la falta de permeabilidad de la vía aérea por la presencia de secreciones respiratorias que la paciente no puede movilizar por encontrarse afectada por una grave afección neurológica".

Respecto a los “acontecimientos asistenciales acaecidos en la madrugada del día 2 de enero”, de la información disponible en la historia clínica y las respuestas a las preguntas formuladas por parte de los profesionales” deducen que, si “a la 01:35 horas acude el equipo de reanimación de la UCI e inicia las maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzadas que se prolongan durante 10 minutos desde su llegada”, y a la “1:30 horas debe situarse el inicio de la (reanimación cardiopulmonar) en presencia del Servicio médico de Neurología, que inicia las maniobras de reanimación cardiopulmonar básicas (...), se pone de manifiesto la existencia de un periodo de tiempo de una hora -comprendido entre las 00:30 horas y las 01:30 horas- durante el cual la paciente permanece en una situación de gravísima insuficiencia respiratoria sin ser sometida a una intubación orotraqueal; por otra parte ha quedado acreditada la disponibilidad del equipo de intubación orotraqueal en la unidad de hospitalización”. Al efecto, sitúan como hora de inicio del episodio las 00:30 horas, cuando el Servicio de Neurología acude a la unidad de hospitalización tras la llamada de la enfermera “que les informa telefónicamente de que `la paciente tenía muchas secreciones, que la acababa de aspirar, y que estaba muy somnolienta´”.

Consideran que ha existido una infracción de la *lex artis* al negarle a la paciente “una alternativa terapéutica a la aspiración de secreciones que (...) no podía movilizar y que, a la postre, ocasionaron una insuficiencia respiratoria en el curso de la cual no se adoptaron las medidas de soporte ventilatorio indicadas y disponibles (intubación endotraqueal), ocasionándole una hipoxia cerebral mantenida en el tiempo de forma injustificada desde los parámetros estándar de la ciencia médica./ Por otra parte, los distintos informes médicos no han conseguido acreditar ni lo más mínimamente las causas de la parada cardiorrespiratoria, suponiendo la misma un daño desproporcionado que en aplicación de la doctrina jurídica desplaza la carga probatoria a los profesionales médicos, sobre los cuales, al no ofrecer una explicación mínimamente plausible respecto de la causa de la parada cardiorrespiratoria, recae la presunción de culpabilidad”.

14. Con fecha 31 de marzo de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y del Registro de Instrucciones Previas formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio con base en los informes incorporados al expediente. En ella alude a “la aspiración de las secreciones que los reclamantes consideran como un hecho trascendental en el devenir del proceso, haciendo caso omiso al diagnóstico general que motivaba todo el cuadro clínico (...), la aparición de un síndrome de Guillain-Barré fulminante”.

Reitera que “el juicio clínico del profesional debe determinar el equilibrio justo entre la necesidad de aspiración y la necesaria prudencia”, previa valoración de los riesgos y complicaciones potenciales de la técnica frente a su repercusión sobre el paciente.

15. En este estado de tramitación, mediante escrito de 17 de abril 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 los interesados interpuesta el día 19 de abril 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, están los interesados activamente legitimados 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 el día 19 de abril de 2016, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae

origen (el fallecimiento de la madre y esposa de los interesados) el día 3 de febrero 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.

Únicamente en cuanto a la práctica de la prueba testifical en forma escrita, y a la vista de lo manifestado por el representante de los interesados en el escrito presentado el 28 de diciembre de 2016, debemos recordar que si bien este Consejo ha reiterado que la propia naturaleza de la prueba testifical requiere, para tener la fuerza probatoria que le es inherente, intermediación con el órgano instructor (por todos, Dictamen Núm. 83/2015), también hemos matizado, en el caso concreto de declaración de personal al servicio de la Administración, que compartimos la aplicación analógica de lo dispuesto en el artículo 315 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, para el interrogatorio de parte (Dictamen Núm. 187/2016).

Asimismo, observamos 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.- Los interesados solicitan una indemnización por los daños asociados al fallecimiento de su esposa y madre, respectivamente, que atribuyen a la deficiente atención recibida en el Servicio de Urgencias y en el Servicio de Neurología de un centro hospitalario.

En el expediente resulta acreditada la defunción, producida durante el ingreso de la enferma, por lo que debemos presumir que el óbito ha originado, en todo caso, un daño moral a sus familiares.

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 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*.

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 un hipotético defectuoso diagnóstico ni el error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes. 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 particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

En el caso que nos ocupa los reclamantes no aportan ningún informe médico que sustente los argumentos en los que basan su imputación, y que varían a lo largo de la instrucción del procedimiento. En su escrito inicial centran aquella en la atención recibida en el Servicio de Urgencias el día 31 de diciembre de 2015, pues reprochan que el ingreso no se produjera hasta la tercera vez en que acude ese mismo día. Entienden que existió una privación de “los medios diagnósticos y terapéuticos necesarios para obtener un diagnóstico y proporcionar un tratamiento adecuado en el momento oportuno”. También aducen que después del ingreso la atención fue insuficiente, y atribuyen nuevamente a la falta de adopción de los medios diagnósticos y terapéuticos “indicados en la situación de deterioro neurológico de evolución rápida y progresiva que la paciente estaba sufriendo” el padecimiento de la parada cardíaca que desembocó, un mes después, en su muerte.

Tras los dos trámites de audiencia, y a la vista de la documentación e informes incorporados al expediente, concretan sus alegaciones en dos aspectos: en primer lugar, la insuficiente aspiración de las secreciones a la paciente en un momento determinado (el día 1 de enero de 2016), que -según deducen- provocó “de forma indubitada” la insuficiencia respiratoria que a su vez causó la parada cardiorrespiratoria. En segundo lugar, objetan la actuación

desplegada tras esta última, pues entienden que existió demora asistencial al no haberse procedido a una intubación orotraqueal desde el inicio del episodio de parada, que sitúan a las 00:30 horas del día 2 de enero.

Debemos referirnos con carácter previo a la asistencia prestada en el Servicio de Urgencias inicialmente cuestionada, pues aun tras el primer trámite de audiencia, y con base en el informe emitido por el responsable correspondiente, llaman la atención sobre la mención que en él se hace a la hipotética conveniencia de haber decidido el ingreso con ocasión de la segunda visita. Al respecto, observamos que en dicho informe se advierte también que esa eventual anticipación de horas del ingreso tampoco hubiera permitido adelantar el diagnóstico y el tratamiento, sin que se haya alegado o probado incidencia alguna en el resultado final, por lo que debe descartarse cualquier relevancia de esa afirmación en el análisis a efectuar.

En cuanto a las secreciones, entendemos que la afirmación de los reclamantes obvia una cuestión esencial, y es que en ningún momento se desmiente lo informado por la Supervisora de Enfermería de planta, quien manifiesta que “durante el turno de mañana del día 1 de enero de 2016 (...) se le aspiran secreciones varias veces a lo largo del turno”; aspiraciones que se repiten por la tarde y por la noche, precisamente antes del episodio, tal y como se refleja en la historia clínica. Los interesados no concretan qué número de aspiraciones consideran necesarias, ni justifican médicamente la relación que establecen entre la insuficiente aspiración y la insuficiencia respiratoria. Respecto a esta última cuestión, advertimos que el Servicio de Neurología señala que “a lo largo de la tarde (...) persiste la dificultad para movilizar las secreciones respiratorias, que requieren ser aspiradas. Sin embargo, en ningún momento se detectan cambios en los parámetros de oxigenación”, lo que indicaría falta de afectación de la capacidad respiratoria, hasta los momentos previos al episodio de la parada cardíaca (es entonces cuando se detecta una severa disminución de la saturación de oxígeno en sangre). Frente a las inconcreciones de los perjudicados, observamos que las explicaciones sobre la existencia de eventuales perjuicios debidos a una excesiva aplicación de la técnica, y el sometimiento de su frecuencia al juicio clínico de los profesionales sanitarios intervinientes, resultan razonables. Igualmente, el informe del

Servicio de Neurología atribuye la descompensación de la situación respiratoria y la parada al carácter “fulminante” del síndrome de Guillain-Barré; explicación médica a la que -como decimos- no se opone ningún otro informe.

Por lo que se refiere a la atención dispensada tras la parada cardiorrespiratoria, carecemos de nuevo de cualquier soporte médico que justifique el argumento de los reclamantes, basado en la procedencia de la intubación orotraqueal desde las 00:30 horas ante la “gravísima insuficiencia respiratoria”. Tal afirmación obvia que a esa situación, atendida de forma inmediata mediante la colocación de mascarilla de oxígeno, se sumó a continuación la de parada cardíaca, que requirió el despliegue de los medios necesarios para su atención (reanimación cardiopulmonar básica, primero, y avanzada, después).

Frente a tales argumentos, compartimos con la propuesta de resolución que no cabe desconocer la entidad y características de la patología, que, pese a la dificultad diagnóstica (por la presencia de síntomas impropios del síndrome detectado o la normalidad de los resultados de las pruebas específicas realizadas), fue contemplada de forma precoz, lo que permitió anticipar el inicio del tratamiento. En cuanto al empleo de medios diagnósticos, no especifican los perjudicados cuáles debieron disponerse, y, en cambio, la corrección de los empleados queda constatada de acuerdo con los informes incorporados al expediente, que subrayan el carácter “fundamentalmente clínico” de su detección (“basado en los síntomas que presenta el paciente y en la exclusión de posibilidades alternativas”), así como que los métodos diagnósticos complementarios “ofrecen con frecuencia resultados normales durante los primeros días”, lo que ocurrió en este caso con el líquido cefalorraquídeo analizado en la tarde del día 1 de enero de 2016.

En definitiva, no resulta acreditada la infracción de la *lex artis* en la atención dispensada a la paciente con ocasión del sufrimiento de una patología grave, de presentación atípica y aguda, sin que, pese a ser detectada y tratada incluso con anticipación al diagnóstico definitivo, pudiera evitarse el fatal desenlace.

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,