

Expediente Núm. 276/2017  
Dictamen Núm. 39/2018

**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 8 de marzo de 2018, 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 29 de septiembre de 2017 -registrada de entrada el día 5 de octubre de ese año-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por los daños y perjuicios producidos tras la caída de la cama del hospital que atribuye a la ausencia de medidas de seguridad durante una crisis convulsiva.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** Con fecha 2 de noviembre de 2016, un letrado, en nombre y representación del interesado, presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños que atribuye a la actuación del servicio público sanitario.

Expone que el 7 de mayo de 2016 “ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos (*sic*) de la Fundación ..... como consecuencia de unas crisis convulsivas generalizadas, con hallazgo de lesiones isquémicas agudas en corteza de ambos hemisferios cerebrales compatibles con pequeños infartos agudos”. Añade que tras abandonar la UCI, y una vez en la habitación en la que permanecería ingresado, “sufre una nueva convulsión con pérdida de conocimiento que provoca la caída de este con traumatismo craneal-frontal, con el resultado de fractura de los huesos propios, rotura de la prótesis dental superior así como piezas dentales fijas de la parte inferior”.

Reprocha al hospital la no adopción de “ninguna medida de seguridad que garantizase la integridad física del paciente”, y entiende que dichas medidas “deberían haber sido tomadas teniendo en cuenta las crisis convulsivas y pérdidas de conocimiento por las que había sido ingresado en dicho centro”.

En cuanto al daño sufrido, pone de manifiesto que no fue posible la reimplantación de las piezas dentales fracturadas por no poder hacer frente al coste de la intervención, que oscila entre 11.320 y 13.290 euros. Y también apunta a la existencia de “cicatrices en la nariz”, lo que -a su juicio- supone “un evidente perjuicio estético” que valora provisionalmente en 3 puntos (2.431,85 €). Por ello solicita una indemnización cuyo importe total asciende a quince mil setecientos veintiún euros con ochenta y cinco céntimos (15.721,85 €).

A efectos probatorios, propone la documental aportada junto al escrito de reclamación inicial y la testifical de las personas que presenciaron la caída (su compañero de habitación y la pareja de este, cuyos datos dice desconocer).

Finalmente, designa como domicilio a efectos de notificaciones un despacho de abogados.

Adjunta a su escrito los siguientes documentos: a) Escrito del Colegio de Abogados de Gijón designando a un letrado para que asuma la asistencia jurídica del interesado, en tanto que es beneficiario del derecho de justicia gratuita. b) Informe clínico de alta del Servicio de Cardiología de la Fundación ....., de 7 de mayo de 2016, en el que consta como motivo del ingreso “varón

de 44 años, traslado desde Neurología (ingreso por crisis convulsiva) (...). Soldador, desempleado desde hace 1 año". Figuran entre los antecedentes "un hermano con cardiopatía isquémica a los 37 años (...). Fumador de 1 paq./día desde hace más de 20 años (...). Hiperlipemia mixta". En el apartado relativo a historia actual se recoge, "ingresado en Neurología desde el pasado 7-may-16 por crisis convulsiva tónico-clónica generalizada después de accidente de tráfico (atropelló a una vecina mientras el paciente conducía, no recuerda el mismo) presenciada por los efectivos del SAMU que atendían a la atropellada. Niega síntomas cardiológicos previos al momento del accidente y en los días previos y posteriormente desde ingreso". El Facultativo Especialista de Área reseña que "ingresa en Neurología por crisis convulsivas generalizadas (x2) con hallazgo de lesiones isquémicas agudas en corteza de ambos hemisferios cerebrales (RM craneal) comparables con pequeños infartos agudos. Tiene AF de cardiopatía isquémica precoz y personales de tabaquismo e hiperlipemia mixta. Se encuentran en el estudio datos ECG y ECO sugestivos de isquemia-lesión en territorio CD sin síntomas previos ni analíticos de necrosis aguda. No se evidencian arritmias en monitorización prolongada 6 días (4 sin betabloqueo). En coronariografía se encuentra enfermedad de un vaso secundario no revascularizable. Se interpreta el cuadro como crisis convulsiva en contexto de bajo gasto, quizá en relación con arritmias ventriculares por cardiopatía isquémica, sin poder confirmar analíticamente que sea aguda. En cualquier caso la función sistólica y la anatomía coronaria no recomiendan más que tratamiento médico./ La 2.ª convulsión se acompaña de traumatismo craneal-frontal con buena evolución de la fractura de huesos propios./ Queda pendiente de revisión por Neurología ambulatoria para decidir estudios eléctricos y mantenimiento de tratamiento anticomicial./ Por último, se informa al paciente del comportamiento agresivo de su arteriosclerosis precoz". El 20 de mayo se encuentra "estable" y se le da el alta médica. c) Presupuestos de tres clínicas dentales por importes de 11.320, 12.140 y 13.290 euros.

**2.** El día 4 de noviembre de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas traslada una copia de la reclamación presentada a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

**3.** Mediante oficio de 14 de noviembre de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas envía el expediente al Inspector de Prestaciones Sanitarias que actuará en el presente procedimiento.

**4.** Con fecha 14 de noviembre de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica al representante del interesado la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

**5.** El día 16 de noviembre de 2016, el Inspector de Prestaciones Sanitarias actuante solicita a la Gerencia de la Fundación ..... un informe del Servicio responsable de la atención al paciente (Neurología) en relación con el contenido de la reclamación, una copia de la historia clínica y una certificación de la vinculación de los facultativos intervinientes con el Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Con fecha 12 de diciembre de 2016, la Gerente de la Fundación ..... envía al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia de la historia clínica del paciente, el informe del Servicio de Medicina Interna (Sección de Neurología) y una certificación de que "el personal facultativo del Servicio de Medicina Interna (Sección de Neurología) pertenece a la plantilla de la Fundación .....".

El Servicio de Neurología informa que el paciente fue ingresado en Urgencias el día 7 de mayo de 2016 después de una "convulsión ocurrida en la

calle tras accidente de tráfico./ En Urgencias se realiza TAC de cráneo que es normal y se constatan anomalías cardíacas, ingresando en la Unidad de Cuidados Intermedios para observación./ Durante su estancia en la Unidad de Cuidados Intermedios se mantuvo asintomático, por lo que la guardia subió al paciente a la planta para proseguir estudios./ Neurología valora al paciente por primera vez tras la segunda pérdida de conciencia (que fue la que resultó en un traumatismo facial, motivo de esta reclamación), indicándose entonces tratamiento antiepiléptico, tal y como marca nuestra *lex artis*./ En ausencia de nuevas crisis con el tratamiento antiepiléptico (...) pasó a cargo de Cardiología para ultimar los estudios de cardiopatía isquémica. No obstante, la Sección de Neurología continuó con la realización de estudios complementarios (resonancia magnética de cráneo) donde se detectaron lesiones cerebrales agudas corticales que indicaron la necesidad de mantener el tratamiento antiepiléptico al alta". Señala que "se trata de un paciente sin antecedentes previos que ingresa por cuadro convulsivo aislado en el contexto de una posible enfermedad cardíaca. Se monitorizó por ello durante las primeras 24 horas sin aparición de complicaciones./ La crisis aislada no es diagnóstico de epilepsia en ausencia de una lesión cerebral (en este paciente la tomografía axial computerizada al ingreso era normal); más aún cuando hay otra enfermedad coexistente que puede provocar síncope de tipo convulsivo, como era el caso de la isquemia miocárdica que se sospechó y trató desde el primer momento del ingreso./ El diagnóstico de epilepsia se sospecha ante la presencia de una segunda crisis y (...) se mantiene ante el hallazgo de lesiones en el estudio de resonancia que se realizó posteriormente". Concluye que "la actuación se ajustó en todo momento a la *lex artis*".

Entre los documentos que integran la historia clínica figuran las hojas de notas de progreso de la Fundación ..... en las que se señala, el 7-5-2016, a las 17:32 h, que "la convulsión no produjo incontinencia de esfínteres ni mordedura lingual. No cuenta en ningún momento dolor torácico ni disnea previos", y a las 22:00 h, que "refiere encontrarse bien y asintomático. Buen

nivel de consciencia y orientado”; el 8-5-2016, a las 07:00 h, que “pasa buena noche y duerme bien. TA justa, EKG sin cambios./ Sin presentar crisis convulsivas. Hecho EKG 12 derivaciones”; a las 11:21 h, “estable, asintomático. No ha vuelto a tener síntomas o signos de patología neurológica./ No otros síntomas. En UCIN bien./ Subo a planta para continuar estudios”; a las 11:55 h, que “ingresa en planta procedente de UCIN (...), llega en silla de ruedas”, y a las 12:40 h, “crisis tónico clónica con traumatismo facial severo y probable fractura de nariz”; el 9-5-2016, a las 08:46 h, “reingreso UCIN (...). Según la familia había tenido algún episodio de ausencia, incluso uno convulsivo previo”.

**6.** Mediante acuerdo de 17 de febrero de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas deniega la prueba solicitada, “dado que de la documentación que obra en el expediente queda perfectamente acreditada la caída” del reclamante, de lo que se le da traslado el 24 de febrero de 2017.

**7.** Con fecha 28 de febrero de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas remite a la correduría de seguros una copia íntegra del expediente a fin de que se recabe e incorpore al mismo el informe pericial de la compañía aseguradora.

El día 22 de mayo de 2017, cuatro especialistas en Medicina Interna elaboran el informe solicitado. En él señalan que el paciente sufrió un traumatismo como consecuencia de una crisis convulsiva tónico-clónica, “sin que sea posible aclarar si fue secundaria a una situación de bajo gasto cardíaco en el seno de un síndrome coronario agudo o era manifestación de una epilepsia idiopática de comienzo tardío”.

En cuanto a las causas de estas crisis, indican que “son múltiples”, siendo la más frecuente “la epilepsia idiopática que representa en torno al 50 % de las causas”, mientras que otras epilepsias “son secundarias a diferentes enfermedades cerebrales o sistémicas”. En este paciente “había mínimos

infartos cerebrales que no justifican la aparición de crisis, y también presentó un probable síndrome coronario agudo que cursó con hipotensión a la que en algún momento se pudo añadir una arritmia que emporó la hipotensión ocasionando una isquemia cerebral transitoria con síncope y aparición de crisis convulsivas". Precisan que "este enfermo tenía varios factores de riesgo mayores de cardiopatía isquémica (tabaco, hiperlipemia, antecedentes familiares e hipertensión arterial, aunque esta última no había sido previamente diagnosticada). No presentó dolor en ningún momento antes de acudir al hospital y la sospecha de síndrome coronario surgió al observar T invertida en el electrocardiograma realizado en el estudio de la crisis convulsiva. El ecocardiograma apoyaba esta posibilidad y por ello se trató como síndrome coronario agudo y se realizó una coronariografía que mostró una obstrucción del 90 % de un solo vaso distal".

Respecto a la no adopción de "medidas de seguridad" que garantizaran la integridad física del paciente, manifiestan no compartir la postura del reclamante por varias razones. En primer lugar, ponen de relieve que "las causas de las caídas son múltiples y casi siempre intervienen varios factores en una persona en concreto. Por ello son muy difíciles de prevenir, especialmente en personas que están de pie o deambulando, ya que la mayoría de las medidas tienen poca utilidad. La única posibilidad de evitarlas es impedir que (el) paciente se levante, lo cual no es admitido por la mayoría de los enfermos que tienen buen estado general. Y por ello no toleran bien que se le coloquen barras en la cama porque impiden que se levanten cuando lo deseen. La medida más eficaz es tratar la hipotensión, ajustar bien la medicación y disminuir en lo posible el número de fármacos. Hay que destacar que al enfermo se le recomendó que no estuviese de pie por la sospecha de síndrome coronario agudo, pero se repite en varios comentarios de enfermería que no seguía las instrucciones sobre no levantarse ni pasear". Añaden que "el paciente había presentado una crisis convulsiva aislada y no se repitió tras 19 horas de observación en la Unidad de Cuidados Intermedios, en donde había

permanecido por las alteraciones electrocardiográficas que sugerían síndrome coronario agudo. Hay que tener en cuenta que tras una primera crisis convulsiva en adultos en Urgencias debe realizarse una TAC craneal, como se hizo a este paciente y que fue normal". Explican que "si la TAC craneal y exploración neurológica son normales en un individuo sin antecedentes de interés, en el que no se ha realizado EEG urgente y ha presentado una crisis generalizada tónico-clónica, debe ser remitido a Neurología para completar su estudio y valorar tratamiento. No debe iniciarse tratamiento antiepiléptico salvo en los casos en los que no hay dudas respecto a la naturaleza epiléptica del episodio y se ha realizado EEG y/o la profesión o antecedentes del paciente aconsejan iniciar tratamiento y no hay sospecha clínica ni eléctrica de un posible origen focal./ Este enfermo tenía una TAC normal y no había causa desencadenante y estaba en paro (por tanto, sin riesgo profesional), por lo que no existía en ese momento ninguna indicación para iniciar tratamiento antiepiléptico, pero sí para ser enviado a consulta de Neurología para estudio. El paciente quedó ingresado por las alteraciones electrocardiográficas y, por tanto, no había que tomar ninguna precaución especial por la crisis convulsiva única que había presentado". Aseveran que "la aparición de la segunda crisis con traumatismo facial no fue consecuencia de no haber tomado las medidas preventivas necesarias".

Por lo que se refiere al daño que el interesado afirma haber sufrido, consideran que existe "discrepancia" entre los presupuestos de rehabilitación dental y las lesiones atribuibles al traumatismo facial, ya que "se produjo una rotura de la prótesis superior y en los presupuestos no se incluye una prótesis, sino exclusivamente implantes", y "no aparece en ningún lugar de la historia clínica que el paciente sufriese rotura de piezas dentales de maxilar inferior".

Concluyen que "la actuación seguida en este enfermo ha sido correcta y acorde a la *lex artis ad hoc* y el traumatismo facial ha sido un accidente inevitable".

**8.** Mediante oficio notificado al reclamante el 21 de junio de 2017, la Coordinadora de Auditorías Asistenciales y Docentes le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

El 22 de junio de 2017, el representante del interesado se persona en las dependencias administrativas para examinar el expediente y se le entrega un CD que contiene una copia de los documentos que lo integran.

Con fecha 12 de julio de 2017, el representante del perjudicado presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que se ratifica en el contenido de la reclamación inicial, y muestra su "total disconformidad con las conclusiones contenidas en el dictamen médico solicitado por la compañía aseguradora".

Insta nuevamente a que se tome declaración testifical a su compañero de habitación y a la pareja de este.

**9.** Mediante oficio de 14 de julio de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas remite a la correduría de seguros una copia de las alegaciones presentadas.

**10.** El día 18 de septiembre de 2017, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella sostiene que en el presente caso "la asistencia prestada al paciente fue acorde a la *lex artis*". Señala que el perjudicado "quedó ingresado por sus alteraciones electrocardiográficas, no por la crisis convulsiva", y que "no existía indicación para realizar tratamiento antiepiléptico". Además, "estuvo monitorizado durante las primeras 24 horas del ingreso sin que se presentasen complicaciones".

**11.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 29 de septiembre 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.

**SEGUNDA.-** Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), está el interesado activamente legitimado para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron, pudiendo actuar por medio de representante con poder bastante al efecto, a tenor de lo establecido en el artículo 5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC).

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 67.1 de la LPAC dispone que "El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o

el acto que motive la indemnización o se manifieste 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 2 de noviembre de 2016, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -el traumatismo facial durante una crisis convulsiva- el día 8 de mayo de 2016, 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 rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común recogidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe del servicio afectado, 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 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21.1 y 24.3, letra b), de la LPAC.

**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 32 de la LRJSP 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, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley". 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 34 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.-** Se somete a nuestra consideración un procedimiento de responsabilidad patrimonial en el que se reclama una indemnización por los daños producidos tras una caída en un centro hospitalario, la cual se produjo, según el interesado, por no adoptar las medidas de seguridad necesarias para garantizar su integridad física.

De la documentación obrante en el expediente se desprende que el día 7 de mayo de 2016 el perjudicado es ingresado en el Servicio de Neurología de la Fundación ..... por una "crisis convulsiva tónico-clónica generalizada después de accidente de tráfico". Durante su estancia en la Unidad de Cuidados Intermedios se mantiene asintomático, por lo que pasa a planta, sufriendo una segunda crisis acompañada de traumatismo craneal-frontal con fractura de huesos propios de la nariz. En consecuencia, la realidad del daño alegado queda acreditada con los informes médicos obrantes en el expediente, sin perjuicio de la valoración que quepa efectuar en el caso de que se concluya que concurren los requisitos legales para una declaración de responsabilidad patrimonial.

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*.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por el reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de

Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

Este criterio opera no solo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que el paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho no a un resultado, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento. El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que 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 el caso objeto de análisis, el perjudicado fue ingresado en la Fundación ..... tras sufrir una crisis tónico-clónica. En Urgencias se le realiza un TAC de cráneo que es normal y se constatan anomalías cardíacas, ingresando en la Unidad de Cuidados Intermedios para observación. Durante su estancia en esta Unidad se mantuvo asintomático, por lo que al día siguiente es trasladado a la planta para proseguir estudios. El paciente sufrió una segunda convulsión que se acompaña de traumatismo craneal-frontal con fractura de

huesos propios de la nariz, y atribuye esta lesión a la no adopción de “ninguna medida de seguridad” que garantizase su “integridad física”, al entender que dichas medidas “deberían haber sido tomadas teniendo en cuenta las crisis convulsivas y pérdidas de conocimiento por las que había sido ingresado en dicho centro hospitalario”.

En primer lugar, debe significarse que el reclamante no concreta qué actuaciones debieron seguirse en aras de evitar el traumatismo, ni tampoco acompaña ningún informe que vincule la caída que sufrió con una actitud negligente por parte del personal sanitario que le atendió. Al respecto, los especialistas en Medicina Interna que informan a instancias de la compañía aseguradora comentan que “las causas de las caídas son múltiples y casi siempre intervienen varios factores en una persona en concreto. Por ello son muy difíciles de prevenir, especialmente en personas que están de pie o deambulando, ya que la mayoría de las medidas tienen poca utilidad. La única posibilidad de evitarlas es impedir que (el) paciente se levante, lo cual no es admitido por la mayoría de los enfermos que tienen buen estado general. Y por ello no toleran bien que se le coloquen barras en la cama porque impiden que puedan levantarse cuando lo deseen. La medida más eficaz es tratar la hipotensión, ajustar bien la medicación y disminuir en lo posible el número de fármacos”. En las hojas de notas de progreso que reflejan el curso clínico hospitalario del paciente figuran varios comentarios de enfermería en los que consta que el paciente “refiere encontrarse bien y asintomático. Buen nivel de consciencia y orientado” (7-5-2016, a las 22:00 h); “pasa buena noche y duerme bien./ TA justa, EKG sin cambios./ Sin presentar crisis convulsivas” (8-5-2016, a las 07:00 h), y “estable asintomático./ No ha vuelto a tener síntomas o signos de patología neurológica” (8-5-2016, a las 11:21 h). Por tanto, no parece que fuese necesaria la adopción de medidas que limitasen la movilidad en un paciente con buen estado general y sin antecedentes previos de patología epiléptica.

Sentado lo anterior, debemos analizar si la clínica que presentaba el enfermo debió orientar al diagnóstico de epilepsia. El Servicio de Neurología de la Fundación ..... indica en su informe que el paciente no tenía "antecedentes previos", ingresando por un "cuadro convulsivo aislado en el contexto de una posible enfermedad cardíaca". Explican que "la crisis aislada no es diagnóstico de epilepsia en ausencia de una lesión cerebral (en este paciente la tomografía axial computerizada al ingreso era normal); más aún cuando hay otra enfermedad coexistente que puede provocar síncope de tipo convulsivo, como era el caso de la isquemia miocárdica que se sospechó y trató desde el primer momento del ingreso".

Debe destacarse que ni en los informes médicos, ni en las hojas de notas de progreso, se recogen antecedentes de crisis previas hasta el día 9 de mayo, fecha en que la familia refiere que "había tenido algún episodio de ausencia, incluso uno convulsivo previo". En consecuencia, el personal sanitario tuvo conocimiento de esos episodios una vez acaecida la segunda crisis.

En cuanto a las causas de las crisis convulsivas tónico-clónicas, los peritos que informan a instancias de la compañía aseguradora explican que "son múltiples", siendo la más frecuente "la epilepsia idiopática que representa en torno al 50 % de las causas", mientras que otras epilepsias "son secundarias a diferentes enfermedades cerebrales o sistémicas". En este paciente "había mínimos infartos cerebrales que no justifican la aparición de crisis, y también presentó un probable síndrome coronario agudo que cursó con hipotensión a la que en algún momento se pudo añadir una arritmia que empeoró la hipotensión ocasionando una isquemia cerebral transitoria con síncope y aparición de crisis convulsivas". De otro lado, como se desprende de su historia clínica, este enfermo tenía "varios factores de riesgo mayores de cardiopatía isquémica": tabaquismo, hiperlipemia, antecedentes familiares (un hermano con cardiopatía isquémica) e hipertensión arterial, aunque esta última no había sido previamente diagnosticada. Entre las diferentes pruebas practicadas durante el estudio de la primera crisis convulsiva se realizó un electrocardiograma en el

que se observó "T invertida", estableciéndose así la sospecha de "síndrome coronario". Según los especialistas en Medicina Interna, "el ecocardiograma apoyaba esta posibilidad y por ello se trató como síndrome coronario agudo y se realizó una coronariografía que mostró una obstrucción del 90 % de un solo vaso distal".

Por lo que se refiere al tratamiento antiepiléptico, señalan que no estaba indicado en un primer momento, ya que el paciente había sufrido una "crisis (...) aislada". Según los peritos, el tratamiento solo debe iniciarse "en los casos en los que no hay dudas respecto a la naturaleza epiléptica del episodio y se ha realizado EEG y/o la profesión o antecedentes del paciente aconsejan iniciar tratamiento y no hay sospecha clínica ni eléctrica de un posible origen focal". Sin embargo, según consta en el informe del Servicio de Neurología, la TAC de cráneo efectuada en Urgencias era "normal", y se había monitorizado al paciente las primeras 24 horas "sin aparición de complicaciones", manteniéndose "asintomático" durante su estancia en la Unidad de Cuidados Intermedios, tal y como se refleja en las hojas de notas de progreso correspondientes a los días 7 y 8 de mayo. Tampoco había causa desencadenante -el paciente en ningún momento refiere antecedentes de epilepsia- y estaba en paro (sin riesgo profesional), por lo que "no había que tomar ninguna precaución especial por la crisis convulsiva única que había presentado". Concluyen que "la aparición de la segunda crisis con traumatismo facial no fue consecuencia de no haber tomado las medidas preventivas necesarias", y consideran que el mismo ha sido "un accidente inevitable".

Con ocasión del trámite de audiencia, el representante del interesado presenta un escrito en el que manifiesta su "total disconformidad con las conclusiones contenidas en el dictamen médico solicitado por la compañía aseguradora", sin precisar cuáles son -a su juicio- las cuestiones controvertidas. Así las cosas, ya nos hemos referido a la ausencia de elementos probatorios que sostengan las imputaciones realizadas por el reclamante, sin que sus

propias consideraciones subjetivas sean suficiente para desvirtuar lo informado por el Servicio de Neurología y los peritos de la compañía aseguradora.

En definitiva, de la documentación examinada se desprende que la actuación médica fue correcta y ajustada a la *lex artis*, y, dado que no se ha acreditado la existencia de nexo causal entre el traumatismo sufrido por el paciente y la asistencia que se le dispensó, procede desestimar la reclamación formulada.

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

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

Gijón, a .....

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.