

Dictamen Núm. 117/2022

V O C A L E S :

Sesma Sánchez, Begoña,
Presidenta
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
García García, Dorinda
Baquero Sánchez, Pablo

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 26 de mayo de 2022, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 8 de marzo de 2022 -registrada de entrada el día 16 de ese mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños derivados del fallecimiento de su familiar que atribuyen al inadecuado seguimiento de los protocolos tras un traumatismo craneal con pérdida de conocimiento.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 1 de marzo de 2021, los hijos y la esposa de un paciente presentan en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos como consecuencia del fallecimiento de su familiar, que consideran resultado de haberse infringido por parte de su centro de salud dados los antecedentes médicos del paciente los protocolos establecidos para casos de traumatismos craneales con pérdidas de conocimiento.

Exponen que su familiar es ingresado el 20 de mayo de 2020 en el Hospital "X" tras un "cuadro de mareo con pérdida de consciencia de 1 mes de evolución", y que "acude por episodios de unos segundos de duración con mareo, cefalea frontal y sensación de calambres en la frente. El primer episodio hace una semana y (...) se repitió unos días después. Esta mañana (...) tuvo 2 episodios más y otros 5 por la tarde; mientras estaba en Urgencias, esta tarde, en 7 ocasiones realiza crisis convulsiva que le hacen llevar las manos a la cabeza, presentando desviación de la mirada hacia la derecha con movimientos tónico-clónicos de manos. No relajación de esfínteres y no mordedura de lengua. Refiere sentirse abotagado tras sufrir varios episodios en un corto periodo de tiempo" y "un importante estrés por su vida familiar, a la que achaca el problema actual". En este centro se le realizan una exploración radiográfica de tórax y TC craneal. En el correspondiente informe figura como impresión diagnóstica "sospecha de crisis y lesiones isquémicas antiguas".

Indican que el 26 de mayo de 2020 es dado de alta con el diagnóstico de "epilepsia lesional y trastorno adaptativo tipo ansioso", recomendándosele "solicitar consulta en Neurología" y pautándosele Levetiracetam.

Señalan que el día 3 de junio de 2020 es encontrado por la Policía Local "sentado en el escalón de un portal", y puesto que "tiene un fuerte golpe en la parte de atrás de la cabeza" se le traslada al centro de salud, donde es atendido por "pérdida de consciencia en calle de unos minutos de duración", se procede a su reconocimiento y es dado de alta.

Reseñan que horas más tarde el paciente "se encuentra mucho peor", por lo que se ponen en contacto con el centro de salud y se envía una ambulancia de soporte vital avanzado para su traslado al Hospital "X", donde se le diagnostica "hemorragia intraparenquimatosa frontal izquierda con sangrado intraventricular de 106 cc y signos de herniación subfacial", decidiéndose su traslado al Hospital "Y".

Manifiestan que "el paciente permanece en (...) UCI desde el 03 al 06-08-2020", y que en esta última fecha, "a las 11:43 horas, se certifica su alta por exitus".

Concluyen que “el fallecimiento (...) pudo haberse evitado de haber mediado una correcta valoración de la situación a fecha (...) 3 de junio de 2020 por el centro de salud (...), por cuanto la decisión médica tomada por la responsable del servicio en ese momento obvió todos los protocolos y tratados médicos”.

Cuantifican la indemnización que solicitan en trecientos cincuenta y nueve mil quinientos noventa y tres euros con veintisiete céntimos (359.593,27 €).

Interesan la testifical de quien suscribe la pericial que adjuntan con la reclamación para que la ratifique y, en su caso, aclare o amplíe.

Acompañan copia, entre otros, de los siguientes documentos: a) Informe del Servicio de Neurología del Hospital “X”, de 21 de mayo de 2020, en el que se indica “paciente de 76 años que acude por episodios de unos segundos de duración de mareo, cefalea frontal y sensación de calambres en la frente./ Primer episodio hace 1 semana que se repitió unos días más tarde. Esta mañana tuvo 2 episodios más y otros 5 esta tarde./ Durante su estancia” en Urgencias “presenta varios episodios en los que se lleva las manos a la cabeza y (...) desviación de la mirada hacia la derecha con movimientos tónico-clónicos de manos. No relajación esfínteres. No mordedura lingual./ Refiere sentirse abotargado tras varios episodios en un corto espacio de tiempo (...). Importante estrés por vida familiar, a lo que achaca problema actual”, así como el resultado del TC craneal que se le practica. b) Informe del Servicio de Neurología, de 22 de mayo de 2020, en el que figura que “el estudio EEG se encuentra en la actualidad dentro de los límites de la normalidad”. c) Informe del Servicio de Neurología de 26 de mayo de 2020 en el que se refleja que “no se observan lesiones isquémicas subagudas, restos de hemosiderina ni lesiones ocupantes de espacio. Estructuras de la línea media centradas. Sistema ventricular, cisternas y surcos de morfología y tamaño normal para la edad del paciente. Cerebelo y tronco del encéfalo sin alteraciones (...). Se realiza RM cráneo objetivando áreas de encefalomalacia frontobasal bilateral, de mayor tamaño en el lado izquierdo, con discreta gliosis perilesional, de origen crónico-residual y un EEG: normal./ Dada la situación de estrés emocional, se solicita

valoración por Psiquiatría”, diagnosticándosele “epilepsia lesional” y “trastorno adaptativo tipo ansioso”. d) Parte de intervención de la Policía Local de Mieres sobre la actuación practicada el 3 de junio de 2020 a las 10:14 horas. Refiere que “a la llegada de los agentes se observa al identificado sentado en el escalón de un portal comiendo galletas./ Puestos en contacto con esta persona se observa que tiene un fuerte golpe en la parte de atrás de la cabeza y se le informa que va a acudir una ambulancia para su traslado al hospital./ Nos comunica (...) que se trataba de un bajón de azúcar que le dan habitualmente (...). Nos facilita el teléfono de su hija, a quien los actuantes comunican la situación y que será trasladado al hospital./ Llega la ambulancia y después de hacer una valoración nos comunican que lo van a trasladar al centro de salud, por lo que se vuelve a contactar telefónicamente con su hija y se le comunica el lugar donde va a ser trasladado”. e) Informe del Servicio de Urgencias de 3 de junio de 2020 en el que consta como motivo de ingreso cefalea, consignando como antecedentes que “vive (...) con hijo con gran dependencia y mujer, de los que es cuidador”. Se reseña que se trata de un “paciente de 76 años traído por EAP por disminución del nivel de consciencia. Estando en la calle sufrió caída con TCE y pérdida de consciencia de unos minutos de duración. A la llegada del médico está consciente, orientado y colaborador, sin signos de poscrisis. Tras curas (...) acude a su domicilio donde empieza con disminución de nivel de consciencia”. La exploración física arroja un “Glasgow 11. A su llegada bajo nivel de consciencia, estuporoso. Abre los ojos a órdenes verbales y moviliza hemicuerpo izquierdo. Plejía MSD”, señalándose que “durante su estancia en Urgencias rápido deterioro de nivel de consciencia por lo que se decide intubación”, el diagnóstico es de “hemorragia intraparenquimatosa frontal izquierda con sangrado intraventricular y signos de herniación subfacial”. Finalmente, refiere que “se deriva” al Hospital “Y” “en UVI-móvil (...) para ingreso en UCI”. f) Informe de resultados de pruebas de imagen de 3 de junio de 2020, en el que figura “hemorragia intraparenquimatosa frontal izquierda de 106 cc con sangrado intraventricular y signos de herniación subfacial”. g) Informe pericial evacuado por un doctor en Medicina y Cirugía el 5 de octubre de 2020. En relación con la valoración de las actuaciones llevadas a cabo en el

centro de salud el 3 de junio de 2020, señala que “todos los protocolos y tratados médicos dicen: ‘La pérdida de consciencia y cualquier otro cambio repentino del estado mental deben (...) tratarse como una emergencia’. Máximo en un TCE (traumatismo craneoencefálico), como fue el caso. Donde el paciente se hizo una herida en la parte posterior del cráneo./ La causa puede ser variada y puede ser por una enfermedad o por una lesión importante, aunque también por el abuso de sustancias o por el alcohol; se puede dar una pérdida de consciencia breve, incluso de unos segundos y su causa puede ser deshidratación, glucemia baja, pérdida de tensión (TA baja de forma temporal), problemas serios en S. nervioso o problemas cardíacos y también por ictus (...). Tras una pérdida de consciencia, aunque sea leve, el hecho de que el paciente sea cooperador y esté más o menos lúcido no puede descartar un problema serio, como fue el caso (...). En todos los lugares sanitarios donde se consulte se encontrará que un accidente cerebrovascular es una verdadera emergencia sanitaria (...). Todos los criterios apuntan a que es urgente administrar el tratamiento y que cuanto antes se realice más posibilidades de minimizar el daño existen, pues cada segundo cuenta para la evolución del proceso, sus secuelas e incluso para su vida, como fue el caso (...). Ante un TCE y/o un posible accidente cerebrovascular los protocolos señalan que debemos de realizar la FAST./ Rostro (Face): Valorar si la cara de una persona se cae hacia un lado si intenta sonreír./ Brazos (Arms): Se realiza la valoración de si un brazo queda más bajo cuando intente levantar ambos brazos./ Habla (Speech): Valorar si la persona balbucea, es lenta o difícil de entender./ Tiempo (Time): es prioritario y urgente enviarles rápidamente a Urgencias./ La valoración de estos cuatro parámetros nos da el estado y la evolución posible de dicho paciente; estas valoraciones no constan en ningún lado y no se realizaron al paciente, según relata la familia, cuando fue enviado a casa (...). Se deben (...) valorar también otros síntomas que hacen que sea apremiante y necesaria su valoración hospitalaria y son: dolor de cabeza repentino, mareos, caída repentina, HTA, haber tenido un accidente cerebrovascular anterior, fumar, diabetes y la edad, pues la vejez hace que sea más fácil (...) padecer dicho problema”. Concluye que “nada de lo dicho se tuvo en cuenta y se aprecia una

clara negligencia médica en lo referente a no haber enviado al paciente, tras la caída, al hospital y no a su casa; que es tanto como decir la diferencia entre la probable salvación de la vida a la muerte”.

2. Mediante escrito de 11 de marzo de 2021, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas advierte a los interesados que quien aparece como primera reclamante en el escrito presentado manifiesta actuar en representación de uno de sus hermanos pero que carece de dicha representación, puesto que la sentencia de incapacitación que se acompaña restaura la patria potestad, y que uno de los firmantes no figura como reclamante. Por ello, les requiere para que subsanen tales defectos.

El día 24 de marzo de 2021, los interesados presentan en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias un escrito en el que atienden al requerimiento y adjuntan la documentación correspondiente.

Con fecha 7 de abril de 2021, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas les comunica la fecha de recepción de su reclamación, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. El día 12 de abril de 2021, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas acuerda denegar la testifical propuesta, “ya que está perfectamente expresada y rubricada la opinión del perito, no considerando (...) que sea precisa ninguna ratificación o aclaración sobre su contenido”.

El acuerdo se notifica a los reclamantes el 15 de abril de 2021.

4. Previa solicitud formulada por el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto, el 26 de abril de 2021 la Directora del Hospital “X” le remite una copia de la historia clínica del paciente y los informes emitidos por el Centro de Salud y el Área de Neurología del Hospital “X”.

El informe del centro de salud elaborado el 20 de abril de 2021 señala que el paciente es atendido el 3 de junio de 2020 "en la calle por equipo de médico y ATS del Centro de Salud tras sufrir síncope con posterior TCE./ Anotación OMI médico Urgencias:/ `SAMU: pérdida de consciencia en calle de unos minutos. Se golpeó cabeza./ Cuando llegamos ya estaba de pie, orientado y colaborador. No signos de fase poscrítica. Refiere sufrir hipoglucemias. Estudiado hace unos días en (Hospital `X´) por foco irritativo secundario a traumatismo antiguo./ Ya inició (tratamiento). Constantes bien: 63 pm, saturación 100 %, 110/70. Acordamos ir para cura a centro de salud´./ Anotación OMI ATS: `TA-110/70 glucemia posdesayuno 103´./ La decisión inicial del equipo fue derivarlo al (Hospital `X´) para valoración, como consta en el informe de la Policía Local. El paciente manifiesta que ha sufrido varios episodios similares con recuperación completa posterior, habiendo comenzado recientemente tratamiento para ello. Desea evitar dicha derivación si fuese posible, ya que debe atender a su hijo discapacitado. Dado el estado del paciente y la ausencia de síntomas o signos de alarma, se acuerda con él atenderlo en el centro de salud, donde se desplaza acompañado del personal médico (...). Su ATS (...) revisa la herida contusa que presentaba y que solo requirió limpieza, y (...) su médico (...) en presencia del paciente decide ponerse en contacto con el Servicio de Neurología para comentar el caso y decidir actitud terapéutica./ Anotación OMI Médico Familia: (...) `El contacto con Servicio de Neurología no fue posible en ese momento; el paciente se encontraba asintomático y tras permanecer en torno a 1 hora bajo supervisión médica desde que presentó el síncope hasta que abandona centro se acuerda alta a su domicilio, recibiendo las recomendaciones habituales para pacientes que han sufrido un (traumatismo craneoencefálico)./ A lo largo de la mañana no se recibe en este centro ninguna llamada respecto a su evolución./ En torno a las 14:15 logro contactar con neuróloga a quien se le explica el caso, aconsejando aumento de la dosis de Levetiracetam para evitar nuevas crisis./ Se llama a la casa del paciente contestando la hija. Esta acude a la habitación (...) donde se encuentra descansando y en ese momento detecta que su padre no responde a la llamada./ Anotación OMI Médico Familia: `Hablo con

Neurología para ver actitud y aconseja aumentar dosis, aviso a casa (...) y me dicen que está inconsciente’./ Desde mi consulta doy aviso al 112 para que acudan a recoger a un paciente inconsciente y mientras el equipo sanitario se prepara para salir al domicilio por sus propios medios para acelerar la atención, del 112 nos avisan que la ambulancia está dispuesta y se acerca a recogernos, llegando al domicilio en un intervalo de unos 10 minutos desde que fue dado el aviso./ En el domicilio tanto la hija como su mujer nos informan de lo sucedido a lo largo de la mañana. El paciente llegó a casa por sus propios medios, se ocupó del cuidado de su hijo, aseándolo y realizando el cuidado habitual y posteriormente se sintió indispuesto, notando un fuerte dolor de cabeza, decidiendo acostarse para ver si mejoraba. No fue hasta el momento en que se llama desde este centro que la familia detectó algo anómalo./ El paciente se encontraba inconsciente, vomitando, se moviliza inmediatamente hacia Hospital ‘X’./ Anotación OMI ATS: ‘Acudimos a domicilio por aviso de paciente con pérdida de consciencia (...). Acompañamiento en ambulancia hasta (Hospital ‘X’)./ TA-100/65./ Glucemia precomida 163’./ Durante el traslado (...) presenta respiración irregular con alguna apnea de segundos de duración sin precisar maniobras de reanimación./ En el (Hospital ‘X’) se realiza el triaje y se informa directamente al médico responsable del caso de los datos de (...) que se dispone”. Finalmente, concluye que “se trata de un paciente que fallece a consecuencia de una hemorragia intraparenquimatosa frontal izquierda con sangrado intraventricular y herniación subfacial, cuya etiología habitual es la rotura vascular espontánea no traumática y cuya gravedad en la mayoría de los casos conduce al fallecimiento, sin que los cuidados médicos tempranos realizados en este caso modifiquen o puedan evitar dicho desenlace”.

El informe de la especialista del Área de Neurología señala que el paciente fue asistido el 21 de mayo de 2020 tras haber sufrido varios episodios sugestivos de crisis epilépticas y, con posterioridad, el 26 de mayo de 2020, concluyéndose, tras la referencia de las pruebas practicadas durante estas asistencias sanitarias, “que el paciente presenta una epilepsia lesional y se le da el alta con tratamiento antiepiléptico./ Con lo anteriormente descrito, corroboro

el diagnóstico emitido y considero que no había datos ni clínicos ni radiológicos que hicieran presagiar lo acontecido con posterioridad”.

5. Con fecha 31 de agosto de 2021, emiten informe pericial a instancias de la compañía aseguradora de la Administración dos especialistas, uno de ellos en Neurocirugía y el otro en Cirugía General y del Aparato Digestivo.

En relación con la atención inicial extrahospitalaria, indican que “en el informe de atención médica prestada (...) el 3 de junio de 2020 del Centro de Salud consta que el paciente fue encontrado consciente, orientado, colaborador, sentado e ingiriendo alimentos en el lugar de su caída, no consta que se presenciase pérdida del nivel de consciencia o su posible duración, y (...) no presentaba amnesia del episodio. Fue evaluado por el Servicio de Urgencias quienes, a pesar de tratarse de un traumatismo craneal leve o mínimo (GCS 15 y dudoso episodio de pérdida de consciencia) deciden trasladarle a Urgencias del hospital, a lo que el paciente se niega, siendo trasladado al Centro de Atención Primaria para atenderle, allí se realiza una evaluación sistémica y se mantiene en observación (...). No presenta factores de riesgo predictores de lesiones intracraneales: mantiene un buen nivel de consciencia (GCS 15), no presenta cefalea, vómitos, amnesia o convulsiones, no se encuentra con signos de intoxicación, no recibe medicación anticoagulante o antiagregante y no tiene antecedentes de cirugías craneales por lo que, tras recibir las indicaciones pertinentes, es dado de alta a domicilio, a donde (...) se dirige por sus propios medios./ Consideramos que (...) fue atendido correctamente por el Servicio de Urgencias y en el Centro de Atención Primaria (...). Tratándose de un paciente plenamente consciente (GCS 15), sin impedimentos legales, debe respetarse su derecho a negarse a cualquier actuación o tratamiento médico, por lo que se decidió trasladarle al centro de salud para su evaluación y observación, y en vista de la estabilidad clínica se (le) permitió (...) marchar a su domicilio, recibiendo las indicaciones pertinentes./ El tratamiento y las indicaciones fueron comunicados a la familia, según consta en la documentación recibida./ Una vez en domicilio, el paciente realizó sus actividades cotidianas, presentando posteriormente un empeoramiento clínico constatado por la familia cuando el

médico de Atención Primaria se comunicó con ellos nuevamente, activando el Servicio de Urgencias para acudir inmediatamente al domicilio del paciente”.

En cuanto a la valoración en Urgencias del Hospital “X” y del Hospital “Y”, señalan que tras las pruebas practicadas a su llegada a Urgencias del primero de estos dos centros se constata “un voluminoso hematoma intracerebral abierto a ventrículos. Dado el hallazgo radiológico se decidió remitir al paciente al (Hospital “Y”) para una valoración por Neurocirugía”, concluyéndose que “el pronóstico de una lesión como la que presentaba (...) es extremadamente desfavorable, con una hemorragia intracerebral con un volumen mayor a 85 ml asociado a hemorragia intraventricular (profunda), pérdida de movilidad en el brazo presumiblemente dominante y un mayor deterioro del nivel de consciencia (GCS <8) por lo que precisa intubación y se describe una mortalidad a 30 días de entre 95 y 100 % según las series independientemente del tratamiento aplicado (...). En vista del diagnóstico, la edad del paciente, la evolución clínica y la magnitud de la hemorragia cerebral, consideramos que la actuación de los Servicios de Urgencias de ambos hospitales ha sido acertada, ya que cualquier tratamiento médico o quirúrgico habría resultado fútil”.

Respecto a las valoraciones realizadas en el informe pericial aportado junto a la reclamación, advierten que en él se concluye que “el paciente padecía de una patología vascular cerebral dado el hallazgo de la encefalomalacia frontobasal bilateral, asumiendo que dicha alteración es secundaria a un accidente cerebrovascular, mencionando otras posibles causas entre las que no se incluye a los traumatismos craneales (...) El estudio mediante resonancia magnética cerebral realizado (al paciente) describe áreas de encefalomalacia frontobasal bilateral, con discreta gliosis perilesional, de origen crónico-residual, sin que se aprecien lesiones isquémicas subagudas (...). El tipo de lesión apreciada en el paciente es típicamente secundario a traumatismos craneales en los que las superficies planas del cerebro (típicamente los polos occipitales, polos temporales, polos frontales y superficie frontobasal) impactan contra estructuras óseas adyacentes conocidas como arbotantes óseos: escama occipital, alas esfenoidales, huesos frontales,

generando inicialmente lesiones contusivas o hemorrágicas que evolucionan a zonas de malacia cerebral (encefalomalacia), por lo que es este el diagnóstico más probable; más aún cuando se describe un antecedente traumático, refiriéndose como ‘foco irritativo’ a la contusión cerebral que sufrió como consecuencia del mismo y del que la encefalomalacia frontobasal es la secuela. Así mismo, el hecho de que no se aprecien en los estudios de imagen cerebral mediante tomografía o resonancia otras lesiones a distancia en territorios vasculares limítrofes o en distinto estadio de evolución orienta a que solo ha ocurrido un único evento, lo que hace aún menos probable el diagnóstico de enfermedad vascular cerebral”.

Por lo que atañe a la valoración de las actuaciones médicas en el Centro de Atención Primaria efectuada en el informe aportado por los reclamantes, manifiestan que “en los protocolos y tratados médicos se afirma que ante la sospecha de un traumatismo craneoencefálico se debe valorar el estado de consciencia del paciente aplicando diferentes escalas de medición, entre las que la Escala de Coma de Glasgow (GCS) es la más aceptada, mediante la misma se cuantifica el nivel de consciencia del paciente en una escala que va de 3 a 15 puntos, siendo 15 el estado de máxima consciencia (el paciente obedecerá órdenes motoras, lo que otorga 6 puntos, hablará de manera coherente, lo que otorga 5 puntos y abrirá los ojos de manera espontánea, lo que otorga 4 puntos); en caso de que exista una alteración del nivel de consciencia con una puntuación en la GCS menor a 13 se tratará el caso como una urgencia. Durante la valoración inicial y la observación (...) se describe a un paciente despierto, con lenguaje fluido y coherente que realiza actividades motoras con normalidad (comer), por lo que presentaba un GCS de 15 (...), no se trataba de una emergencia (...). El antecedente de encefalomalacia no modifica en nada, las consideraciones médicas ni la evolución del paciente, ya que se trata de lesiones cicatrizadas antiguas (...). No existen datos clínicos que orienten a pensar que se trata de una enfermedad cerebrovascular y sí existen datos que confirmen que el paciente ha sufrido un traumatismo craneal leve: caída, lesión cutánea a nivel occipital y nivel de consciencia normal. Los tratamientos (...) a los que se refiere en casos de accidentes cerebrovasculares solo se administran

cuando el paciente presente una focalidad neurológica secundaria a un ictus o infarto isquémico cerebral, no cuando no existen alteraciones neurológicas (...). 'FAST' o 'BeFAST' es producto de una campaña aplicada al público general (no personal sanitario) en países de habla inglesa en la que, mediante una regla mnemotécnica se intenta acelerar la identificación de pacientes que estén sufriendo un infarto cerebral para así conseguir activar el sistema de urgencias lo antes posible. A nivel profesional, se emplean valoraciones más completas como las que se han desarrollado previamente. A pesar de ello, en caso de aplicar esta valoración al paciente el resultado habría sido de normalidad, como lo fue su nivel de consciencia o cualquier escala de valoración que se hubiese aplicado (...). Efectivamente, la presencia de otros síntomas como cefalea brusca e intensa, vómitos o mareos o alteraciones neurológicas pueden hacer precisa una valoración médica del paciente, esto al momento de presentarse, pudiendo ser incluso tardíamente. Los antecedentes de HTA (hipertensión arterial) o ictus previos no determinan que tras un traumatismo craneal leve sea preciso trasladar al paciente al hospital. En el caso (del paciente) estos síntomas se presentaron de manera tardía, siendo entonces trasladado a Urgencias (...). La presentación clínica consistente en un rápido deterioro del nivel de consciencia secundario a una hemorragia cerebral tardía condicionó un pronóstico nefasto que habría sido indiferente en caso de encontrarse ingresado en una UVI, ya que las características del sangrado aunaban una mortalidad muy alta o, cuando menos, una situación de dependencia en caso de sobrevivir, sea cual fuere el tratamiento realizado".

Finalmente, concluyen que "la evolución clínica del paciente (...) entra dentro de las posibles complicaciones tras un traumatismo craneal y que la ausencia de factores de riesgo o síntomas específicos inmediatos hacen imposible preverlo (...). La actuación de todos los profesionales sanitarios que han atendido (al paciente) durante el periodo reclamado ha sido correcta, ajustada a la *lex artis ad hoc*, sin existir ningún daño imputable a su actuación ni pérdida de oportunidad diagnóstica ni terapéutica".

6. Mediante oficio notificado a los interesados el 18 de octubre de 2021, la Jefa de la Sección de Apoyo del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios les comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándoles una copia de los documentos obrantes en el expediente.

El día 5 de noviembre de 2021, una de las reclamantes presenta un escrito de alegaciones en el que expone que “no existe constancia documental que acredite con la firma del fallecido que se negara a ser trasladado al hospital desde el centro de salud o que su médico de Atención Primaria lo recomendará. Tampoco consta en el expediente documento en el cual el fallecido hubiera manifestado irse del centro de salud por su propia voluntad (...). El informe médico pericial de la compañía aseguradora insiste” en “que no existe negligencia alguna en la actuación posterior a la entrada del fallecido en el hospital. En nuestro escrito solicitando la responsabilidad patrimonial en el que se adjuntaba informe de perito médico (...) queda claro que la actitud negligente es por parte de los médicos que atendieron al (paciente) en el centro de salud y no en el posterior ingreso hospitalario, por lo que de manera equivocada el informe de la aseguradora hace hincapié en unos hechos posteriores que nada tienen que ver con la causa efecto del fallecimiento (...). En cuanto al protocolo de actuación por parte del servicio de Atención Primaria el día 3 de junio de 2020 como consecuencia de la caída en la vía pública con traumatismo craneal y pérdida de consciencia, así como los antecedentes médicos del fallecido y su edad, se debería (...) haber realizado un estudio, al menos radiológico, y someterlo a vigilancia médica durante unas horas, como se indica en el protocolo del (Servicio de Salud del Principado de Asturias) ante estas situaciones y no haber sido dado de alta y enviado a su casa. Ese mismo día su situación empeora en su domicilio, sus familiares llaman a la ambulancia y acaba siendo trasladado inconsciente y en estado crítico al Hospital ‘X’, donde acaba falleciendo días después. En definitiva, la atención en el centro de salud fue del todo deficiente, no siguieron los protocolos establecidos para casos de traumatismos craneales con pérdidas de conocimiento, máxime con los antecedentes médicos del fallecido, lo que finalmente desembocó en un

resultado fatal que se podría haber evitado si la actuación médica hubiera sido la correcta”.

7. El día 12 de noviembre de 2021, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella razona que “en el presente caso la asistencia fue correcta y adecuada a la *lex artis*. No ha existido pérdida de oportunidad. El paciente tiene historial de caídas sin consecuencia. En la exploración realizada en el centro de salud no se apreció focalidad neurológica, que es un dato fundamental para la remisión a un centro hospitalario, y además el paciente se negó a ser trasladado al hospital, por lo que se (le) permitió (...) marchar a su domicilio, recibiendo las indicaciones pertinentes. Por otra parte, la ausencia de factores de riesgo modificables y el rápido deterioro neurológico hacía inviable cualquier tipo de tratamiento, incluso en el supuesto de que (...) se hubiese encontrado ingresado en el hospital al momento (de) presentar el empeoramiento clínico, habiendo tenido una evolución y consecuencia similar, ya que no existían condiciones que se pudiesen tratar (trastornos de la coagulación, intoxicaciones, por ejemplo) para alterar el curso de la enfermedad, siendo su fallecimiento el desenlace más probable”.

8. En este estado de tramitación, mediante escrito de 8 de marzo de 2022, 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 Salud, 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), 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.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado como titular del servicio público sanitario.

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante 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 1 de marzo de 2021, y el fallecimiento del paciente se produce el día 8 de junio de 2020, por lo que es claro que se acciona 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 que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21.1 y 24.3, letra b), de la referida Ley.

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 los interesados reclaman ser indemnizados por los daños sufridos como consecuencia del fallecimiento de su familiar, que consideran resultado de haberse infringido por parte de su centro de salud y dados los antecedentes médicos del paciente los protocolos establecidos para casos de traumatismo craneal con pérdida de conocimiento.

Acreditada la efectividad del daño padecido por el hecho mismo del fallecimiento, hemos de reparar en que la mera constatación 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, debiendo analizarse si el mismo se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio sanitario y si ha de reputarse antijurídico, en el sentido de que se trate de un daño que los interesados no tuvieran el deber jurídico de soportar.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo (por todos, Dictamen Núm. 182/2019), el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que eventualmente pueda sufrir el paciente con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados concretos.

Por tanto, para poder apreciar que el daño alegado por los reclamantes 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, 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 defectuoso diagnóstico ni un error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes.

También ha subrayado este Consejo (por todos, Dictamen Núm. 81/2019) que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos

constitutivos de la obligación cuya existencia alega, salvo en aquellos casos en que el daño es desproporcionado y denota por sí mismo un componente de culpabilidad (*res ipsa loquitur* o regla de la *faute virtuelle*). Fuera de esos supuestos, 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 supuesto ahora examinado, los reclamantes sostienen en su escrito inicial que el fallecimiento del paciente “pudo haberse evitado de haber mediado una correcta valoración de la situación a fecha de 3 de junio de 2020 por el centro de salud”, y que “la decisión médica tomada por la responsable del servicio en ese momento obvió todos los protocolos y tratados médicos”. En apoyo de sus tesis presentan un informe pericial suscrito por un doctor en Medicina y Cirugía en el que se indica, respecto a las actuaciones llevadas a cabo en el centro de salud, que “tras una pérdida de consciencia, aunque sea leve, el hecho de que el paciente sea cooperador y este más o menos lúcido no puede descartar un problema serio, como fue el caso”; que “un accidente cerebrovascular es una verdadera emergencia sanitaria”; que “ante un TCE y/o un posible accidente cerebrovascular los protocolos señalan que debemos de realizar la FAST”, y que la valoración de los cuatro parámetros de la FAST “nos da el estado y la evolución posible de dicho paciente”, precisando que “estas valoraciones no constan en ningún lado y no se realizaron al paciente, según relata la familia, cuando fue enviado a casa”. Concluye que “nada de lo dicho se tuvo en cuenta y se aprecia una clara negligencia médica en lo referente a no haber enviado al paciente, tras la caída, al hospital y no a su casa”.

Posteriormente, ya en el trámite de audiencia, una de las reclamantes advierte que “no existe constancia documental que acredite con la firma del fallecido que se negara a ser trasladado al hospital desde el centro de salud o que su médico de Atención Primaria lo recomendara”, ni “consta en el expediente documento en el cual el fallecido hubiera manifestado irse del centro de salud por su propia voluntad”. Sostiene que “se debería (...) haber realizado un estudio, al menos radiológico”, y sometido al paciente “a vigilancia médica durante unas horas, como se indica en el protocolo del (Servicio de

Salud del Principado de Asturias) ante estas situaciones y no haber sido dado de alta y enviado a su casa”.

Planteada en estos términos la controversia por los reclamantes, procede descender sobre ella a la luz de la restante documentación obrante en el expediente.

En primer lugar, el informe de Atención Primaria de 20 de abril de 2021 refiere que el paciente es atendido en la calle por un médico y un ATS, reseñando que “cuando llegamos ya estaba de pie, orientado y colaborador” y sin “signos de fase poscrítica”. Advierte que “la decisión inicial del equipo fue derivarlo al (Hospital ‘X’) para valoración”, pero “el paciente manifiesta que ha sufrido varios episodios similares con recuperación completa posterior” y que “desea evitar dicha derivación si fuese posible, ya que debe atender a su hijo discapacitado”; por ello, “dado el estado del paciente y la ausencia de síntomas o signos de alarma, se acuerda con él atenderlo en el centro de salud, donde se desplaza acompañado del personal médico”. Se deja constancia de que “en el centro es atendido por su ATS, que revisa la herida contusa que presentaba y que solo requirió limpieza, y por su médico, que en presencia del paciente decide ponerse en contacto con el Servicio de Neurología para comentar el caso y decidir actitud terapéutica”. Sin embargo, “el contacto con Servicio de Neurología no fue posible en ese momento” y, puesto que “el paciente se encontraba asintomático y tras permanecer en torno a 1 hora bajo supervisión médica desde que presentó el síncope hasta que abandona centro, se acuerda alta a su domicilio”, recibiendo “las recomendaciones habituales para pacientes que han sufrido un (traumatismo craneoencefálico)”. Posteriormente, sobre las 14:15 horas, consiguen hablar con la especialista en Neurología, que aconseja aumentar la dosis de Levetiracetam para evitar nuevas crisis, y teniendo en cuenta que en el centro de salud no se reciben noticias sobre la evolución del paciente telefonan al domicilio, siendo atendidos por su hija, que “acude a la habitación (...) donde se encuentra descansando y en ese momento detecta que su padre no responde a la llamada”. Ante esta situación, desde el centro se da aviso al 112, personándose en un margen de diez minutos desde el aviso en el domicilio, donde les atiende la hija y la mujer del paciente, informándoles de

que este “llegó a casa por sus propios medios, se ocupó del cuidado de su hijo, aseándolo y realizando el cuidado habitual” y “posteriormente se sintió indispuerto, notando un fuerte dolor de cabeza, decidiendo acostarse para ver si mejoraba”, no siendo “hasta el momento en que se llama desde este centro que la familia detectó algo anómalo”. Encontrando al paciente “inconsciente, vomitando, se moviliza inmediatamente” hacia el Hospital ‘X’. Subraya especialmente el informe que “en el centro de salud no hay constancia de llamada alguna por parte del paciente ni de su familia respecto al empeoramiento de su estado en el transcurso de la mañana, lo cual puede ser comprobado a través del registro de llamadas a este centro y/o 112”, y que “el contacto con el paciente se produjo por iniciativa del médico, que podrá ser también comprobado por las llamadas realizadas/recibidas desde su consulta”.

En segundo lugar, el informe de la especialista del Área de Neurología señala que el paciente ingresó en Neurología el 21 de mayo de 2020 tras haber sufrido varios episodios sugestivos de crisis epilépticas, y que los estudios realizados (electroencefalograma y resonancia magnética) descartaron “la existencia de patología vascular cerebral aguda o subaguda”, reseñando que con base en los hallazgos de la resonancia magnética craneal “presenta una epilepsia lesional y se le da el alta con tratamiento antiepiléptico”, añadiendo que “no había datos ni clínicos ni radiológicos que hicieran presagiar lo acontecido con posterioridad”.

En tercer lugar, figura la pericial emitida a instancias de la entidad aseguradora por un especialista en Neurocirugía y otro en Cirugía General y del Aparato Digestivo. En él se indica, en relación con la inicial atención extrahospitalaria tras el episodio sufrido en la calle el 3 de junio de 2020, que durante el curso de la atención prestada en el centro de salud “el paciente no presenta factores de riesgo predictores de lesiones intracraneales: mantiene un buen nivel de consciencia (GCS 15), no presenta cefalea, vómitos, amnesia o convulsiones, no se encuentra con signos de intoxicación, no recibe medicación anticoagulante o antiagregante y no tiene antecedentes de cirugías craneales, por lo que tras recibir las indicaciones pertinentes es dado de alta a domicilio, a donde el paciente se dirige por sus propios medios”. En cuanto a la valoración

en Urgencias del Hospital "X" y del Hospital "Y", señalan que "el pronóstico de una lesión como la que presentaba el paciente es extremadamente desfavorable, con una hemorragia intracerebral con un volumen mayor a 85 ml asociado a hemorragia intraventricular (profunda), pérdida de movilidad en el brazo presumiblemente dominante y un mayor deterioro del nivel de consciencia (GCS <8), por lo que precisa intubación y se describe una mortalidad a 30 días de entre 95 y 100 % según las series independientemente del tratamiento aplicado", y que "la ausencia de factores de riesgo modificables y el rápido deterioro neurológico hacían inviable cualquier tipo de tratamiento (...), siendo su fallecimiento el desenlace más probable". Por lo que se refiere a las valoraciones efectuadas en el informe médico aportado por los reclamantes, advierten que en este "se desarrolla como conclusión que el paciente padecía de una patología vascular cerebral dado el hallazgo de la encefalomalacia frontobasal bilateral, asumiendo que dicha alteración es secundaria a un accidente cerebrovascular, mencionando otras posibles causas entre las que no se incluye a los traumatismos craneales", pero indican que "el estudio mediante resonancia magnética cerebral realizado (al paciente) describe áreas de encefalomalacia frontobasal bilateral, con discreta gliosis perilesional, de origen crónico-residual, sin que se aprecien lesiones isquémicas subagudas", y que "la localización y distribución de estas lesiones no las hace compatibles con lesiones secundarias a patología vascular ya que (...) no cumplen con el patrón habitual de lesión vascular: no están limitadas a un territorio vascular, no presentan una forma de distribución de territorio vascular y su tamaño no es congruente con el esperado en caso de tratarse de la oclusión de las arterias que se encuentran en dicho territorio", por lo que aseveran que "el tipo de lesión apreciada en el paciente es típicamente secundario a traumatismos craneales", y que "el hecho de que no se aprecien en los estudios de imagen cerebral mediante tomografía o resonancia otras lesiones a distancia en territorios vasculares limítrofes o en distinto estadio de evolución orienta a que solo ha ocurrido un único evento, lo que hace aún menos probable el diagnóstico de enfermedad vascular cerebral". Posteriormente, señalan que en casos de traumatismo craneoencefálico se debe valorar el estado de

consciencia del paciente aplicando diferentes escalas de medición, entre las que la Escala de Coma de Glasgow (GCS) es la más aceptada, y cuantifican el nivel de consciencia del paciente en una escala que va de 3 a 15 puntos, siendo 15 el estado de máxima consciencia (el paciente obedecerá órdenes motoras, lo que otorga 6 puntos, hablará de manera coherente, lo que otorga 5 puntos y abrirá los ojos de manera espontánea, lo que otorga 4 puntos) y solo en el caso de que exista una alteración del nivel de consciencia con una puntuación menor a 13 se tratará el caso como una urgencia. Siendo esto así, apuntan que “durante la valoración inicial y la observación (...) se describe a un paciente despierto, con lenguaje fluido y coherente que realiza actividades motoras con normalidad (comer), por lo que presentaba un GCS de 15” y “no se trataba de una emergencia”. Advierten que “el antecedente de encefalomalacia no modifica en nada las consideraciones médicas ni la evolución del paciente, ya que se trata de lesiones cicatrizadas antiguas”; que “no existen datos clínicos que orienten a pensar que se trata de una enfermedad cerebrovascular y sí existen datos que confirmen que el paciente ha sufrido un traumatismo craneal leve” y que las siglas FAST o BeFAST son “producto de una campaña aplicada al público general (no personal sanitario) en países de habla inglesa en la que, mediante una regla mnemotécnica se intenta acelerar la identificación de pacientes que estén sufriendo un infarto cerebral para así conseguir activar el sistema de urgencias lo antes posible”, pero que “a nivel profesional se emplean valoraciones más completas como las que se han desarrollado previamente. A pesar de ello, en caso de aplicar esta valoración al paciente el resultado habría sido de normalidad, como lo fue su nivel de consciencia o cualquier escala de valoración que se hubiese aplicado”. Finalmente, concluyen que la evolución del paciente “entra dentro de las posibles complicaciones tras un traumatismo craneal y que la ausencia de factores de riesgo o síntomas específicos inmediatos hacen imposible preverlo”.

A la vista de los tres informes referidos, la tesis que los reclamantes sostienen -con apoyo en la pericial aportada- de que en el fallecimiento habría influido una patología vascular cerebral anterior resultaría, por lo pronto, contradicha por el informe de la especialista del Área de Neurología del Hospital

“X” (interviniente en el episodio del mes de mayo de 2020) que descarta la existencia de patología vascular cerebral -indicando, además, que no había datos clínicos o radiológicos que hicieran presagiar lo sucedido posteriormente-. A idéntica conclusión llega la pericial aportada por la compañía aseguradora, que excluye tras una minuciosa explicación el accidente vascular y afirma que el tipo de lesión apreciada en el paciente es secundario a traumatismos craneales. En este punto, no cabe orillar que el informe presentado por los reclamantes se halla suscrito por un doctor en Medicina y Cirugía, mientras que el aportado por el Hospital “X” lo emite una especialista en Neurología y el incorporado por la entidad aseguradora un especialista en Neurocirugía. Teniendo en cuenta las exposiciones efectuadas por los citados profesionales en sus respectivas experticias y valorando sus particulares cualificaciones para este concreto asunto, cabe concluir que el episodio vivido por el paciente el 3 de junio de 2020 no guarda relación con una previa patología vascular cerebral que pudiese hacer presagiar el fatídico final sufrido por este.

Respecto a la eventual prescindencia de los protocolos a seguir por parte del personal sanitario del centro de salud, según la documentación examinada el paciente presentaba tras el traumatismo craneoencefálico una situación valorable en 15 puntos de la escala de Glasgow (despierto, con lenguaje fluido y coherente y que realiza actividades motoras con normalidad); esto es, un estado de máxima consciencia, lo que impediría hablar de una emergencia (algo que sí se produce en su ingreso en el Hospital “X” cuando, al exteriorizar 11 puntos en la escala de Glasgow, se adoptan las medidas pertinentes). Por otra parte, no presentaba signos de amnesia (identificándose, habiéndose dado cuenta del episodio vivido que achaca a “un bajón de azúcar” de los que “le dan habitualmente” y facilitando a los agentes el teléfono de su hija), y la eventual pérdida de consciencia fue imputada por el propio paciente -tanto ante la Policía Local (así consta en el correspondiente parte) como ante el personal sanitario que le atendió en la calle (en este sentido se refleja en la historia clínica)- a la hipoglucemia (los agentes lo encuentran, ya recuperado, tomando unas galletas). Debe observarse además que el enfermo, con un historial de caídas asociado a episodios de crisis epilépticas, había referido al personal

sanitario y a la Policía Local que le atiende en la calle tras la caída “que ha sufrido varios episodios similares con recuperación completa posterior”, que “se trataba de un bajón de azúcar que le dan habitualmente” y que “desea evitar dicha derivación si fuese posible, ya que debe atender a su hijo discapacitado”. A lo anterior hay que añadir que no presentaba factores de riesgo (cefalea, vómitos, amnesia o convulsiones, signos de intoxicación, no recibe medicación anticoagulante o antiagregante y no tiene antecedentes de cirugías craneales,) y que a pesar de su historial al respecto no se encontraba en el estado poscrítico de una epilepsia. Con todos estos datos, no hay reproche alguno que efectuar a la decisión adoptada por los responsables que le atendieron en su centro de salud, dándole el alta (aunque previamente le mantienen una hora en observación, intentan el contacto con el Servicio de Neurología y luego llaman telefónicamente al domicilio para efectuar un seguimiento de su estado) tras las recomendaciones usuales para pacientes que han sufrido un traumatismo craneoencefálico.

En cuanto a la falta de constancia documental que acredite con su firma que el paciente se negara a ser trasladado al hospital ni que hubiese abandonado el centro de salud por su propia voluntad, solo cabe señalar que nada de ello procede requerir de un paciente que, ante los datos referidos, no evidencia problemas de salud que aconsejasen un tratamiento médico diferente al ya dispensado.

Por último, no puede pasar desapercibida la circunstancia de que nos encontramos ante una persona de 76 años que, después de sufrir un traumatismo craneoencefálico y una vez llegado al domicilio -no se olvide, por sus propios medios- se ocupa del cuidado de su hijo (discapacitado de 32 años), aseándolo y realizando los cuidados habituales. De esta forma, y tras el episodio vivido en la calle, el paciente -en presencia de su entorno familiar más próximo- procedió a llevar a cabo una actividad de elevada exigencia física, sintiéndose posteriormente afectado por un fuerte dolor de cabeza que le obligó a acostarse, no percatándose los convivientes de su grave situación hasta que desde el centro de salud se preocupan por su estado.

En definitiva, las periciales incorporadas al expediente permiten concluir que la actuación del personal sanitario en el centro de Atención Primaria, atendida la sintomatología del paciente en ese momento y su propia voluntad, fue correcta y adaptada a la *lex artis*, y que la fatal evolución entra dentro de las posibles complicaciones tras un traumatismo craneal cuyos síntomas se manifestaron con posterioridad a la asistencia sanitaria aquí examinada.

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

LA PRESIDENTA,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.