

Dictamen Núm. 277/2023

**V O C A L E S :**

*Sesma Sánchez, Begoña,*  
Presidenta  
*González Cachero, María Isabel*  
*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 28 de diciembre de 2023, por medios electrónicos, 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 7 de septiembre de 2023 -registrada de entrada el día 14 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por los daños y perjuicios derivados del retraso diagnóstico de un ictus.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** El día 12 de enero de 2023, el interesado presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos como consecuencia de dos errores que han provocado un “diagnóstico tardío del ictus” padecido, lo que ha llevado a “un notable retraso en facilitarle el tratamiento adecuado”.

Expone que el día 23 de mayo de 2021, a los 51 años de edad y sin patologías previas, acude al Servicio de Urgencias del Hospital “X” “con sensación de parestesias en hemicara izquierda desde frente hasta mentón, con

lagrimeo ocular, dificultad para apertura y cierre bucal y sensación de dificultad para hablar o deglutir y *tinnitus* en el oído izquierdo. Se le diagnostica una parálisis facial periférica incipiente y una probable diabetes mellitus no conocida”, remitiéndosele a su médico de Atención Primaria. Señala que vuelve a dicho Servicio el día 25 del mismo mes “porque (...), además de la parálisis facial, dificultad para hablar o deglutir y el *tinnitus* en el oído izquierdo, tiene mareos y desviación hacia la izquierda al caminar. Se le diagnostica síndrome vertiginoso y se le prescribe tratamiento”.

Manifiesta que el 28 de mayo de 2021, dado que la clínica persistía, acude a una consulta privada en la que se le recomienda acudir al Servicio de Urgencias del Hospital “Y”, donde se le diagnostica un ictus y permanece ingresado hasta el 4 de junio de 2021.

Señala que ha recibido tratamiento rehabilitador y que el 1 de junio de 2022 se le reconoce una pensión de incapacidad permanente en grado total para la profesión habitual mediante resolución que ha recurrido, al entender que concurren los requisitos para la declaración de incapacidad permanente absoluta.

Afirma que “como consecuencia de la defectuosa asistencia sanitaria (...) está impedido para realizar cualquier trabajo” y “llevar una vida normal”, y que “a raíz de los daños sufridos precisa tomar medicación diaria”, presentando las siguientes patologías: síndrome de Wallenberg en el contexto de ictus isquémico en territorio de la arteria cerebelosa posteroinferior, hipoestesia hemicara izquierda, termoanalgesia hemicuerpo derecho, falta de sudoración hemicuerpo derecho, voz levemente disfónica, acúfenos oído izquierdo, dolor neurálgico que afecta a hemicara izquierda, ataxia cerebelosa con marcada inestabilidad y disimetría izquierda precisando de apoyo de bastón de forma permanente, y que además se encuentra pendiente de valoración de la hipoacusia izquierda diagnosticada el 20 de junio de 2022.

Concluye que se han dado dos errores que han provocado un “diagnóstico tardío del ictus”, lo que ha llevado a “un notable retraso en facilitarle el tratamiento adecuado”, subrayando que en la asistencia del día 23 de mayo de 2021 -cuando “ya presentaba una lesión isquémica” según la pericial que aporta-

no le fue "realizado un tac, y con un mero análisis de sangre se le deriva a su (médico de Atención Primaria)", y precisa que "los síntomas de ictus se ven agravados cuando acude el 25 de mayo de 2021" al Servicio de Urgencias y "se le vuelve a diagnosticar erróneamente (...) un síndrome vertiginoso y se le prescribe un tratamiento para el vértigo a pesar de que en el tac se vislumbran lesiones de ictus./ Y es (...) 5 días más tarde de haber acudido por primera vez (...) con claros síntomas de ictus cuando se le diagnostica"; todo ello determinó las patologías concurrentes, que son "lesiones cronificadas (...) con un marcado deterioro físico y neurológico (...), complicaciones oftalmológicas" y "otológicas (...), dolor neuropático" y "problemas de movilidad". En definitiva, entiende que los días 23 y 25 mayo de 2021 la sintomatología que presentaba era indicativa de ictus, que en la primera de esas consultas debería habersele practicado un tac y que cuando se realiza este el día 25 se comete un error diagnóstico al mostrar su resultado ya lesiones isquémicas, precisando que "de haberse diagnosticado con prontitud sería incluido en el programa de ictus del (Hospital `Y´), que hubiera evitado la progresión del cuadro y la situación clínica actual".

Cifra la indemnización que solicita en doscientos mil euros (200.000 €), conforme al desglose recogido en la pericial que aporta.

Acompaña copia, entre otros, de los siguientes documentos: a) Diversa documentación médica relativa al proceso de referencia, entre la que destaca el informe de alta del Servicio de Neurología del Hospital "Y" de 28 de mayo de 2021, que detalla como resultado de un TAC craneal "pequeñas lesiones hipodensas bien definidas, hemibulbar izquierda y hemicerebelosa izquierda, de aspecto isquémico subagudo-crónico. Estas lesiones ya parecen intuirse en el TC del 25-05-2021 (...), donde tenía una distribución más difusa, con peor definición, que indicaría una evolución aguda-subaguda en ese momento", contemplando como diagnóstico principal "ictus en territorio PICA izquierda de probable etiología aterotrombótica". b) Informe suscrito por un neurólogo el 25 de marzo de 2022. c) Informe emitido por una especialista en Valoración Médica del Daño Corporal el 16 de mayo de 2022. En él se indica que, "a la vista de la situación clínica del paciente y la evolución, tanto sintomática como de los

estudios complementarios realizados, se puede concluir que (...) cuando ingresa” en el Servicio de Urgencias del Hospital “X” “el 23-mayo ya presentaba una lesión isquémica, parestesias en hemicara izquierda desde frente hasta mentón, con discreto lagrimeo ocular, dificultad para apertura y cierre bucal y sensación de dificultad para hablar o deglutir. *Tinnitus* en OI, con 1.º diagnóstico de parálisis facial, con empeoramiento y posterior asistencia al día siguiente por vértigo e inestabilidad, con diagnóstico de vértigo y mediante estudios de imagen del 25-mayo que son informados como normales” por el Servicio de Radiología del Hospital “X” “en ese momento, se contradice en el estudio de tac del (Hospital “Y”) un día después, donde apunta textualmente a que existen pequeñas lesiones hipodensas bien definidas, hemibulbar izquierda y hemicerebelosa izquierda, de aspecto isquémico subagudo-crónico ya parecen intuirse en el tac del 25-mayo, donde la clínica era claramente sugestiva de un problema vascular que de haber sido diagnosticado con prontitud sería incluido en el programa de ictus del (Hospital “Y”), con diagnóstico precoz que hubiera evitado la progresión del cuadro y la situación clínica actual de marcada limitación funcional presentada por el paciente”. d) Resolución de la Directora Provincial de Asturias del Instituto Nacional de la Seguridad Social, de 1 de junio de 2022, por la que se aprueba la pensión de incapacidad permanente en el grado de total para la profesión habitual reconocida al reclamante.

**2.** Mediante oficio de 17 de febrero de 2023, la Jefa de la Sección de Apoyo del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica al interesado la fecha de recepción de su reclamación en el referido Servicio, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos del silencio administrativo, así como el nombramiento de instructor de aquel.

**3.** El día 28 de febrero de 2023, la Responsable del Servicio de Atención al Usuario de la Gerencia del Área Sanitaria I remite al Servicio instructor la historia clínica del paciente relacionada con el proceso de referencia y el informe elaborado por el Servicio de Urgencias del Hospital “X” el 27 de febrero de 2023.

La Jefa de Urgencias del Hospital "X" señala que el interesado acudió a dicho Servicio los días 23 y 25 de mayo de 2021. El primero de ellos por presentar "desde varias horas antes esa mañana parestesias en toda la hemicara izquierda, dificultad para la apertura bucal y sensación de dificultad para hablar y deglutir, así como *tinnitus* en oído homolateral. Negaba cefalea o clínica motora en extremidades. Se realiza exploración física objetivándose una alteración en pares craneales del lado izquierdo, que afectaba también a región orbicular y frontal, sin otra alteración en resto de exploración neurológica o a otros niveles. Análítica básica con hemograma, bioquímica y coagulación normal, a excepción de hiperglucemia no conocida de 423 mg/dl (70,0-99,0) e hiponatremia de 131,0 mmol/L (135,0-145,0). Se decide entonces tratar de forma urgente con insulina y sueroterapia parenteral, siendo alta (...) con el diagnóstico principal de parálisis facial periférica incipiente, así como hiperglucemia-simple probable diabetes mellitus tipo 2, decidiéndose derivar a su médico de Atención Primaria para completar estudios e iniciar tratamiento si procediese de la hiperglucemia". Añade que el día 25 vuelve "por mareo e inestabilidad para la marcha con desviación hacia la izquierda asociada al cuadro de la atención anterior. En la exploración consta un signo de Romberg+ hacia la izquierda, por lo que se pide nuevo control analítico y una tomografía computarizada craneal (...). La TC craneal urgente es informada por la radióloga de guardia como: "no se observan signos de sangrado intra ni extracraneal, alteraciones en la densidad del parénquima encefálico que sugieran isquemia aguda ni lesiones ocupantes de espacio. Sistema ventricular y estructuras de la línea media sin alteraciones. Cisternas perimesencefálicas permeables. Fosa posterior sin hallazgos groseros". Ante la normalidad de las pruebas realizadas, se etiqueta al paciente de síndrome vertiginoso y se produce el alta (...) con tratamiento domiciliario".

**4.** Previa petición formulada por el Instructor del procedimiento, el 19 de mayo de 2023 la Gerencia del Área Sanitaria IV le remite una copia de la historia clínica del paciente obrante en el Hospital "Y". En ella consta el informe del tac craneal realizado el 28 de mayo de 2021, que se compara con el TC previo del

25-05-2021 realizado en el Hospital "X", y muestra "pequeñas lesiones hipodensas bien definidas, hemibulbar izquierda y hemicerebelosa izquierda, de aspecto isquémico subagudo-crónico. Estas lesiones ya parecen intuirse en el TC del 25-5-2021 realizado en el Hospital `X`, donde tenía una distribución más difusa, con peor definición, que indicaría una evolución aguda-subaguda en ese momento".

También figura el informe de resultados de la RM efectuada el 28 de mayo de 2021 en el Hospital "X", que establece el diagnóstico de "isquemia subaguda en región dorsolateral del bulbo y en hemisferio cerebeloso izquierdo en relación con isquemia subaguda en territorio de la PICA./ No se identifica la PICA izquierda. Colateralidad por ramas de la ACS homolateral".

**5.** A continuación, obra incorporado al expediente un informe pericial elaborado a instancia de la compañía aseguradora de la Administración por dos especialistas, una de ellas en Neurología y otro en Cirugía General y del Aparato Digestivo y licenciado en Farmacia, en el que se concluye que no hubo negligencia médica en la atención dispensada por el Servicio de Urgencias del Hospital "X", dado que en los momentos en que el paciente acudió no presentaba algunos síntomas reveladores y sí los que orientaron el diagnóstico. Sobre el cuadro clínico del día 23 de mayo de 2021, señalan que "llevaron a la única conclusión diagnóstica posible en ese momento" y, respecto al día 25, destacan que tampoco el médico de Atención Primaria había apreciado "síntomas de alarma./ Han pasado más de 48 horas (...) y la clínica es vaga", explicitando que no se objetivan ciertos síntomas indicativos de ictus y que "un signo de Romberg positivo apoya un origen vestibular o propioceptivo para la inestabilidad del paciente. Aun así, ante la tendencia a la desviación a la izquierda" se solicita un tac craneal "de control, que es informado sin alteraciones", por lo que "nada hacía sospechar del origen central o neurológico de los síntomas".

Respecto a la asistencia dispensada el día 28 de mayo, indican que tras cinco días de evolución, "ante la descripción de un déficit focal de posible origen

neurológico, es valorado como posible ictus”, destacando que “aunque el paciente consulta (...) por un déficit motor en el hemicuerpo izquierdo, y refiere en la anamnesis del día 28 de mayo en Urgencias del (Hospital `X´) que desde el día 24 ya notaba debilidad en la pierna izquierda, no se pueden objetivar déficits oculomotores, ni déficits sensitivo-motores en extremidades (...), disartria ni disfagia”. Afirman que “de manera retrospectiva y conociendo la sospecha del especialista de ictus troncoencefálico (...) y tras 5 días de evolución (las imágenes son más patentes en fosa posterior tras 48 horas de evolución de la isquemia), el radiólogo comenta que `estas lesiones ya parecen intuirse´ en el TC del 25-05-2021 (...), cuando la exploración aún no definía la afectación de núcleos en tronco de encéfalo ni había datos objetivos de una afectación cerebelosa. Más aún cuando un mes después del alta en el informe radiológico de una tac craneal de Urgencias del 21-07-2021 (...) sólo se describe una pequeña zona hipodensa en hemisferio cerebeloso izquierdo que podría corresponder a la lesión isquémica antigua descrita en el estudio previo del (Hospital `X´), sin que se describa la lesión bulbar lateral. Por lo que el comentario del radiólogo (...) parece arbitrario y distorsionador./ Finalmente, es la angioRM de cráneo del 28-05-2021 la que confirma la isquemia (...). La RM también permite diagnosticar otra lesión hemicerebelosa (...) que sugiere lesión isquémica más antigua. En el estudio angiográfico no se identifica la PICA izquierda. Se identifican pequeños vasos aumentados en número dependientes de la arteria cerebelosa superior izquierda sugestivos de colateralidad. El resto de estudio vasculocerebral es normal”, lo que “hace pensar en patología arterioesclerótica previa” y en un “proceso lento e insidioso (...). Quizás la presentación clínica de este caso fue igualmente lenta e insidiosa, comenzando la noche del 22 de mayo (...). Las manifestaciones clínicas fueron sutiles y no permitieron el diagnóstico del síndrome de Wallenberg hasta que la resonancia lo confirmó”.

Sostienen que no hubo pérdida de oportunidad conforme a los criterios del Código Ictus de Asturias, y dado que según la clínica del paciente éste “sólo podía beneficiarse en caso de ingreso de monitorización de posibles

complicaciones, que no tuvieron lugar, y de la iniciación de prevención secundaria frente a posibles recurrencias (...), que tampoco ocurrieron”, señalan que el tratamiento aplicado no cambió el pronóstico ni el curso clínico del paciente.

**6.** Mediante oficio notificado al reclamante el 27 de junio de 2023, el Instructor del procedimiento le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándole una copia de los documentos obrantes en el expediente.

**7.** El día 18 de julio de 2023, el interesado presenta un escrito de alegaciones al que acompaña un “nuevo informe emitido por el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital “X” con fecha (...) 24-05-2023, donde figura un agravamiento de la hipoacusia izquierda diagnosticada el 20-06-2022”, acreditándose una discapacidad auditiva del oído izquierdo del 90 %.

**8.** Con fecha 24 de julio de 2023, el Instructor del procedimiento elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio con base en las consideraciones emitidas en el informe pericial elaborado a instancia de la entidad aseguradora de la Administración, incidiendo en que en el caso que nos ocupa no procedía la activación del Código Ictus de Asturias-Programa Clave y que el paciente no era candidato a la práctica de una trombectomía mecánica ni a trombólisis intravenosa. Se señala expresamente que en caso de ingreso previo no habría cambiado el pronóstico ni el curso clínico del paciente.

**9.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 7 de septiembre de 2023, 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), está el interesado activamente legitimado para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado 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 12 de enero de 2023, y las visitas al Servicio de Urgencias del Hospital "X" se producen los días 23 y 25 de mayo de 2021, siendo dado de alta el paciente por

el Servicio de Rehabilitación del Hospital “Y” el 16 de marzo de 2022, por lo que, al margen de las secuelas que se aprecian el 24 de mayo de 2023, es claro que ha sido formulada dentro del plazo 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 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 el interesado reclama una indemnización por los daños y perjuicios padecidos tras haber sufrido un ictus que no fue diagnosticado ni abordado tempranamente.

Acreditada la efectividad del daño con la documentación médica incorporada al expediente, debemos 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 *per se* la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si el mismo aparece causalmente unido al funcionamiento del servicio sanitario y si ha de reputarse antijurídico, en el sentido de que se trate de un daño que el perjudicado no tuviera el deber jurídico de soportar.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo (por todos, Dictamen Núm. 93/2023), al servicio público sanitario le compete una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados concretos.

Por tanto, para poder 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 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 sólo 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, 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. Esto es, la responsabilidad patrimonial no sólo requiere que se constaten deficiencias en la atención médica prestada, sino también que el perjuicio cuya reparación se persigue sea una consecuencia o tenga como factor causal dicha prestación sanitaria.

En el supuesto objeto de análisis, el interesado acude en dos ocasiones al Servicio de Urgencias del Hospital "X", además de ser atendido por su médico de Atención Primaria, y considera que se producen dos errores que llevan a un retraso diagnóstico del ictus de cinco días, y que "de haberse diagnosticado con prontitud sería incluido en el programa de ictus del (Hospital "Y"), que hubiera evitado la progresión del cuadro y la situación clínica" que presenta, con graves patologías cronificadas: síndrome de Wallenberg en el contexto de un ictus isquémico en territorio de la arteria cerebelosa posteroinferior, hipoestesia hemicara izquierda, termoanalgesia hemicuerpo derecho, falta de sudoración hemicuerpo derecho, voz levemente disfónica, acúfenos oído izquierdo y discapacidad auditiva del oído izquierdo del 90 %, dolor neurálgico que afecta a hemicara izquierda, ataxia cerebelosa con marcada inestabilidad y disimetría

izquierda, precisando de apoyo de bastón de forma permanente, además de ayuda para algunas de las actividades diarias.

Planteado en tales términos el reproche formulado por el interesado, deben abordarse las distintas cuestiones que se suscitan.

Respecto al supuesto error diagnóstico producido en el Servicio de Urgencias del Hospital "X", se advierte que la primera asistencia sanitaria se presta el día 23 de mayo de 2021, cuando el reclamante acude por presentar desde la mañana "parestesias en toda la hemicara izquierda, dificultad para la apertura bucal y sensación de dificultad para hablar y deglutir, así como *tinnitus* en oído homolateral", si bien negaba cefalea o clínica motora en extremidades. Se realiza exploración física y analítica detectándose hiperglucemia no conocida, que es tratada, y recibe al alta con el diagnóstico principal de parálisis facial periférica incipiente, además de "hiperglucemia-simple probable diabetes mellitus tipo 2", con derivación a su médico de Atención Primaria, quien no detecta síntomas de alarma a la luz de lo reflejado en la historia clínica y en la reclamación.

Dos días después vuelve al Servicio de Urgencias con la misma sintomatología, agravada por mareo e inestabilidad en la deambulación hacia la izquierda, por lo que se le somete a una analítica y a una exploración que muestra un signo de Romberg positivo, por lo que se realiza un tac craneal urgente en el que "no se observan signos de sangrado intra ni extracraneal, alteraciones en la densidad del parénquima encefálico que sugieran isquemia aguda ni lesiones ocupantes de espacio. Sistema ventricular y estructuras de la línea media sin alteraciones. Cisternas perimesencefálicas permeables. Fosa posterior sin hallazgos groseros".

El reclamante entiende que el día 23 ya presentaba una lesión isquémica y que los síntomas concurrentes ese día, agravados el 25 de mayo, la revelaban. Lo mismo ocurre el día 25 en el que se realiza un tac craneal, pues el que se efectúa en el Hospital "Y" el día 28 informa de "pequeñas lesiones hipodensas bien definidas, hemibulbar izquierda y hemicerebelosa izquierda, de aspecto isquémico subagudo-crónico. Estas lesiones ya parecen intuirse en el TC del 25-

05-2021 (...), donde tenía una distribución más difusa, con peor definición, que indicaría una evolución aguda-subaguda en ese momento”, alcanzándose mediante una RM de cráneo el diagnóstico de “isquemia subaguda en región dorsolateral del bulbo y en hemisferio cerebeloso izquierdo en relación con isquemia subaguda en territorio de la PICA./ No se identifica la PICA izquierda. Colateralidad por ramas de la ACS homolateral”.

El informe pericial que sustenta la reclamación, emitido por una especialista en Valoración Médica del Daño Corporal, se limita a reproducir lo señalado en los informes hospitalarios por orden cronológico, afirmando que “se puede establecer que no hubo una buena praxis en la evolución y diagnóstico del paciente, ya que (...) tanto el diagnóstico como los estudios complementarios no fueron rigurosos”, y que la clínica presentada era claramente sugestiva de un problema vascular.

Por su parte, el Servicio actuante explicita el cuadro clínico, las pruebas realizadas y el diagnóstico alcanzado. La pericial aportada por la entidad aseguradora de la Administración desarrolla ampliamente las cuestiones suscitadas aclarando por qué el cuadro clínico no permitía sostener una sospecha de ictus y, en cambio, era sugestivo de otras dolencias, concluyendo que su lento progreso determinó que pudiera ser detectado mediante una prueba de imagen días después del inicio de lo que resultaron ser síntomas.

Como hemos advertido en ocasiones anteriores, lo exigible al servicio público, tanto en Atención Primaria como en Urgencias, es una atención adecuada a los síntomas por los que el paciente acude, ponderada la respectiva naturaleza de esos servicios ya que el nivel asistencial en cuanto a medios y pruebas no puede equipararse entre unos y otros y considerada la improcedencia de realizar pruebas indiscriminadas o aleatorias o de someter a los enfermos a estudios invasivos ante la menor sospecha, lo que no es asumible por el servicio público sanitario ni se ajusta a los requerimientos del cuidado de la salud. En el caso que ahora interesa, queda acreditado que los síntomas no permitían alcanzar un diagnóstico de ictus en tanto que la situación del paciente

y su cuadro clínico los orientaban hacia el que se formuló, realizándose un esfuerzo diagnóstico adecuado.

Del resultado de las pruebas practicadas el día 23 de mayo de 2021, fecha en la que el paciente acude por vez primera al Servicio de Urgencias, y teniendo en cuenta los factores concurrentes, el diagnóstico alcanzado de parálisis facial periférica incipiente resulta correcto. Lo mismo ocurre a la luz de la exploración realizada el día 25, destacándose que un signo de Romberg positivo apoya un origen vestibular o propioceptivo de la inestabilidad del paciente, a pesar de lo cual se realiza una tac craneal que es informada por la radióloga como normal.

La lectura de esa primera prueba de imagen por parte del Servicio de Radiología del Hospital "Y" días después se realiza habiendo evolucionado la clínica y comparándola con la de esa fecha, advirtiendo entonces en la primera prueba signos de enfermedad isquémica, pero ello no resulta aceptable toda vez que no cabe efectuar el diagnóstico inicial con carácter retroactivo una vez alcanzado un diagnóstico definitivo. Además, el tenor literal del comentario del radiólogo que informa la segunda tac -"estas lesiones ya parecen intuirse en el tc del 25-05-2021 realizado en el Hospital `X`"- avala el hecho de que tal consideración se hace desde una perspectiva claramente retrospectiva, y desde luego de tal expresión no puede deducirse un error de diagnóstico en la atención prestada el día 25 de mayo; al efecto, basta comparar la expresión vacilante ("parecen intuirse") del comentario realizado el 28 de mayo con la claridad del informe de 25 de mayo, del también radiólogo que no aprecia ninguna alteración.

En definitiva, y como ya se ha adelantado, el criterio que debe seguirse es el de diligencia, que exige la suficiencia de las pruebas y los medios empleados en función de la sintomatología del paciente, lo que en este caso ha quedado acreditado por parte de la Administración sanitaria.

Debe aceptarse, en consecuencia, que el diagnóstico se alcanzó cuando la evolución del cuadro clínico lo hizo posible, sin que el ulterior progreso de la dolencia permita entender como hecho probado y con carácter retroactivo que

cuando el enfermo ingresa en el Servicio de Urgencias el ictus era detectable y evitable. No cabe, por tanto, admitir mala praxis asistencial.

El reclamante cree, por afirmarlo el informe pericial que suscribe una especialista en Valoración Médica del Daño Corporal, que de haberse alcanzado antes el diagnóstico de ictus habría sido incluido en el llamado Programa Ictus, lo que hubiera evitado su situación clínica actual. Sin embargo, no cabe sostener tal interpretación de los hechos. Por una parte, el paciente no era candidato a dicho programa en el período a que se refiere la reclamación y, por otra, un diagnóstico previo no hubiera alterado el tratamiento requerido y aplicado ni sus resultados.

En efecto, tal y como aclara la Administración sanitaria, el Código Ictus Asturias (programa Clave de Atención Interdisciplinar Ictus) tiene como objetivo al acceso a terapias de reperfusión cerebral, farmacológica o mecánica. El caso analizado no presentaba características que lo hicieran susceptible de estos tratamientos. En el momento en que acude por vez primera al Servicio de Urgencias -sin síntomas indicativos de ictus- el paciente presentaba, presumiblemente, una evolución superior a cuatro horas y media, y además un déficit neurológico escaso, por lo que no era candidato a la práctica de una trombólisis intravenosa con alteplasa. Tampoco podría tratarse con una trombectomía mecánica dada la arteria afectada.

Por tanto, incluso en el supuesto de que hubiese mostrado de manera más temprana síntomas que permitiesen sospechar de un ictus como causa probable y primera no era candidato a ser atendido dentro del programa mencionado. Habiendo quedado ingresado con el diagnóstico de ictus días antes hubiese quedado sometido al mismo tratamiento pues, como recoge el informe pericial, dada la clínica del paciente éste sólo podía beneficiarse en caso de ingreso de monitorización de posibles complicaciones, que no tuvieron lugar, y de la iniciación de prevención secundaria frente a posibles recurrencias, que tampoco ocurrieron, de modo que cabe concluir que un diagnóstico anterior en el tiempo no hubiera cambiado el pronóstico.

En suma, en el supuesto analizado no concurre un error diagnóstico, alcanzándose el que permite la clínica en cada momento, desplegándose un esfuerzo adecuado en materia exploratoria y de tratamiento dispensado, por lo que procede la desestimación de la reclamación que nos ocupa. A ello se suma que el paciente no era candidato para recibir los tratamientos contemplados en el llamado Código Ictus Asturias, de modo que de haberse manifestado el ictus clara y tempranamente el tratamiento dispensado hubiera sido el mismo, como iguales serían las expectativas de su evolución.

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.