

Dictamen Núm. 55/2024

**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 21 de marzo de 2024, 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 15 de enero de 2024 -registrada de entrada el día 18 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por los daños sufridos como consecuencia del fallecimiento de su familiar que atribuyen al retraso diagnóstico de una hemorragia cerebral.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** Con fecha 31 de octubre de 2022, los interesados presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por el fallecimiento de su familiar que atribuyen al retraso diagnóstico de una hemorragia cerebral y consecuente demora en la aplicación del oportuno tratamiento.

Manifiestan que su familiar “falleció el día 15 de diciembre de 2022 a la edad de 69 años (...) en el Hospital .....” a causa de un accidente cerebrovascular y que “tiempo antes a que se produjese el fallecimiento” ya “presentaba síntomas neurológicos compatibles con su final fatal diagnóstico”,

los cuales “fueron obviados por completo por los facultativos que la atendieron provocando que, cuando finalmente se llegó a determinar su diagnóstico, habían disminuido fatalmente las posibilidades de supervivencia (...) siendo claro que si se hubiese logrado antes su correcto diagnóstico, lo que no resultaba difícil a la luz de su sintomatología y antecedentes, el riesgo de desarrollo de complicaciones como las que finalmente acaecieron se hubiese reducido notablemente, de modo que las opciones de éxito de la intervención quirúrgica que finalmente se le practicó se habían limitado por la tardanza en el diagnóstico, lo cual supuso una clara pérdida de oportunidad que fundamenta la presente reclamación”.

Refieren como “hechos trascendentes (...) y suficientes por sí mismos para advenir la existencia de una relación de causalidad entre el fallecimiento (...) y el funcionamiento del Servicio de Salud del Principado de Asturias” los siguientes: la paciente, con “antecedentes” de accidente cerebrovascular hemorrágico sufrido en 2006 solicitó asistencia médica domiciliaria “en la madrugada del día 14 de diciembre de 2021” al presentar “cefalea, mareo con sensación de giro de objetos y náuseas”. Según ponen de relieve los reclamantes, pese a ser estos signos “compatibles con un nuevo accidente cerebrovascular”, el facultativo que la atendió le diagnosticó “vértigo”, le administró una medicación caducada y pasó por alto que “la paciente presentaba una TA de 15/89 mmHg”, pese a lo cual anotó en la historia que “presentaba ‘constantes normales’”, obviando que “la hipertensión es el principal factor de riesgo para el desarrollo de una hemorragia cerebral”. Como la paciente no mejoraba, a la mañana siguiente se solicitó nuevamente asistencia de su médico de Atención Primaria quien la derivó al Servicio de Urgencias del Hospital ..... En dicho servicio vuelven a diagnosticar “vértigo periférico” y le dan el alta de regreso a domicilio, si bien en el viaje de regreso a casa sus familiares observan que “su estado estaba empeorando y mostraba un mayor aletargamiento, mayor sensación de mareo y dificultad para hablar”, por lo que deciden parar “en el Centro de Salud .....” donde, ante el alarmante estado que presentaba la paciente, les indican que acudan de nuevo y sin demora al Servicio de Urgencias del Hospital ..... Es entonces “cuando le diagnostican su real y verdadero

padecimiento gracias a la realización de un TC cerebral que nunca se había hecho antes, observando (...): ‘Extensa hemorragia tetraventricular y perimesencefálica de condiona hidrocefalia, con III ventrículo de 20 mm. Meningioma calcificado en la hoz cerebral posterior. El TC de arterias cerebrales muestra una dilatación fusiforme del segmento P2 de la arteria cerebral posterior derecha, con una irregularidad que podría estar en relación con la rotura de aneurisma. Ausencia de opacificación de arterias cerebrales anteriores y medias, posiblemente debido al aumento de presión intracraneal’”. El mismo día “se plantea la realización de una intervención quirúrgica para tratar de atajar la patología que realmente presentaba”. Ahora bien, pese a la práctica de la cirugía la paciente fallece “a las 14:34” horas del “día 15 de diciembre de 2021”.

Afirman, con apoyo en las consideraciones del informe pericial que adjuntan, que la dolencia que sufría su familiar ha de ser tratada “como una emergencia médica, razón por la que es absolutamente indispensable un diagnóstico temprano y un manejo correcto de la situación, pues cuanto más se demore en ello más riesgo de complicaciones y de fallecimiento existe”, y que en su caso “transcurrieron largas horas desde el inicio de los síntomas sin que se hiciese un correcto diagnóstico ni ingreso alguno” por lo que la cirugía que se le practicó no pudo “subsanan su problema de base (...). Hubo, por lo tanto, una pérdida de oportunidad terapéutica que, como tal, ha de ser indemnizada”.

Respecto a la indemnización solicitada manifiestan que teniendo en cuenta la edad del esposo, el grado de incapacidad reconocido, su nivel de ingresos y los años de convivencia del matrimonio, le habría correspondido en aplicación del baremo de accidentes de tráfico “un total de 151.537 € si el baremo se aplicase al 100 %. Sin embargo, dadas las especiales características del caso (...) esa suma se ha reducido en más de un 80 % aproximadamente a efectos de esta reclamación, lo que supone la cifra final de 30.000 € que se reclaman como indemnización (...). Igualmente, y en lo que a (la hija) se refiere, teniendo en cuenta que su edad (...), así como la convivencia con la víctima, si se aplicasen estrictamente las tablas de indemnizaciones por causa de muerte de los baremos de tráfico (...) le hubiese correspondido percibir un total de 61.236,90 € por aplicación del baremo al 100 %. Sin embargo (...), esa cifra se

ha reducido en más de un 80 %, aproximadamente, a efectos de esta reclamación, lo que supone la cifra de 12.000 € que se reclaman”.

Adjuntan, entre otros documentos, copia del libro de familia y diversos informes médicos, entre ellos un dictamen pericial librado por un especialista en Valoración del Daño Corporal el 28 de marzo de 2022, en el que se afirma que “se produjo un retraso diagnóstico que podría haber condicionado la evolución de la patología que presentaba la paciente” al considerar que “se trataba (...) de una paciente que ya había presentado patología cerebral hemorrágica previamente y que además según consta en la historia del centro de salud, manifestaba hipertensión arterial durante la primera atención médica recibida en su domicilio” y que “en su primera visita al Servicio de Urgencias del (Hospital .....) a las 10:32 se deja constancia en la anamnesis de que además de la cefalea, las náuseas y el mareo, la paciente presentaba somnolencia intensa hasta el momento mismo de la atención médica. Es decir, la paciente manifestaba entonces cierto deterioro del nivel de consciencia aunque estuviese vigil y orientada”.

**2.** Mediante oficio de 10 de noviembre de 2022, la Jefa de la Sección de Apoyo del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica a los interesados la fecha de recepción de su reclamación, el nombramiento del instructor del procedimiento, las normas de tramitación del mismo, el plazo máximo establecido para la resolución del mismo y los efectos del eventual silencio administrativo.

**3.** Atendiendo a la solicitud formulada por el Instructor del procedimiento, el día 20 de marzo de 2023 la Responsable del Área de Reclamaciones y Asuntos Jurídicos del Área Sanitaria IV le remite una copia de las historias clínica de Atención Primaria y especializada de la paciente y el informe librado el día 13 de marzo de 2023 por parte del Director de la Unidad de Gestión Clínica de Urgencias.

En este último se indica que la paciente “fue traída al Servicio de Urgencias en dos ocasiones consecutivas durante el día 14 de diciembre de

2021. En la primera, el facultativo responsable de su atención interpretó la sintomatología que pudo recabar con la información aportada por la paciente y por su familia como de origen periférico, filiándola como vértigo periférico. Síndrome que se sospecha fundamentalmente por la clínica y la exploración física sin precisar pruebas de imagen para su aproximación diagnóstica./ En la segunda ocasión, dos horas después de haber sido dada de alta del servicio, el empeoramiento de su estado general y nivel de conciencia, no achacable a los tratamientos administrados ni a un origen periférico, orientaba el cuadro hacia la existencia de patología neurológica central. Se le realizaron las pruebas de imagen necesarias para alcanzar un diagnóstico./ Teniendo en cuenta el diagnóstico definitivo (...), una hemorragia intracraneal extensa por rotura de aneurisma en una arteria cerebral, es altamente improbable que el retraso diagnóstico que alega su familia (tiempo transcurrido entre su primer ingreso a las 11:19 y su diagnóstico mediante la realización del tac a las 16:38) sea el responsable del infausto pronóstico de la patología intracraneal que presentó”.

**4.** A continuación, obra en el expediente el informe pericial emitido el 4 de septiembre de 2023 a instancia de la compañía aseguradora del Servicio de Salud del Principado de Asturias por un especialista en Neurología. En él, se explica que existen varias clases de vértigo en función de su origen -periférico o central- que producen, asimismo, signos clínicos diferentes, y se detallan cuáles son la causa, la clínica típica y las complicaciones de los accidentes cerebrovasculares hemorrágicos, para abordar seguidamente las consideraciones del caso concreto sobre el que se consulta.

En cuanto al accidente cerebrovascular hemorrágico explica que se produce cuando tiene lugar “la ruptura de un vaso sanguíneo (normalmente una arteria) que provoca sangrado tanto dentro como alrededor del encéfalo y va a dar origen, en la gran mayoría de los casos, a un déficit neurológico de cierta consideración, clínicamente evidente (coma, apoplejía, trastornos del lenguaje, el equilibrio o la visión) (...). La hemorragia cerebral espontánea suele estar relacionada con hipertensión arterial mal controlada (habitualmente elevaciones importantes y súbitas de la tensión arterial), problemas de la coagulación

sanguínea o en pacientes que reciben tratamiento anticoagulante, plaquetopenias (...), tumores o malformaciones vasculares subyacentes, vasculitis sistémicas, consumo de tóxicos o drogas, infecciones del sistema nervioso central, entre otros”.

Respecto de la hemorragia subaracnoidea, que es la que sufrió la paciente, indica que su “causa más frecuente” es la “rotura de un aneurisma en el cerebro” que es “una dilatación anormal de una arteria que se asocia con una debilidad progresiva de su pared con lo que se facilita su rotura. Los aneurismas pueden ser de nacimiento o aparecer con la edad, siendo en este último caso más frecuentes en fumadores y en pacientes con hipertensión arterial. Explica que “en general, los aneurismas se diagnostican al romperse y producir una HSA. La rotura aumenta bruscamente la presión en el interior del cerebro lo que lleva a muchos pacientes a perder el conocimiento. Los pacientes pueden quejarse de un intenso dolor de cabeza justo antes de perder el conocimiento; a veces se asocia a náuseas y a vómitos. El dolor suele ser intensísimo, a veces localizado en la nuca o por toda la cabeza (‘el peor dolor de cabeza de sus vidas’) y si bien los pacientes no suelen presentar ningún déficit neurológico focal en el momento, si suelen asociar rápidamente alteraciones visuales o dificultades para hablar./ En ocasiones un aneurisma ha podido sangrar levemente los días previos a su rotura produciendo episodios breves de dolor de cabeza, con o sin síntomas vegetativos (mareo, náuseas y vómitos)./ El diagnóstico de elección es la tac sin contraste, y si es negativa y persiste la sospecha clínica se aconseja realizar una punción lumbar./ Su incidencia se sitúa en torno a 9 casos por 100.000 habitantes/año y supone aproximadamente un 5 % de todos los ictus. Su tratamiento se debe realizar en centros especializados. El tratamiento inicial de una (hemorragia subaracnoidea) está dirigido a estabilizar al paciente, manteniendo la vía respiratoria permeable, normalizando la presión arterial y el resto de constantes vitales. En ocasiones habrá que operar con urgencia si se ha formado un gran hematoma que comprime las estructuras cerebrales vitales o se ha complicado el sangrado con una hidrocefalia severa. El tratamiento posterior irá dirigido a evitar el resangrado y otras complicaciones”. Según señala, la hemorragia subaracnoidea es “una enfermedad grave y

compleja, en ocasiones de difícil diagnóstico si la presentación no es la habitual, que conlleva una alta morbimortalidad (...). La mortalidad de una (hemorragia subaracnoidea) es muy elevada, casi la mitad de los pacientes que llegan vivos al hospital con una (hemorragia subaracnoidea) debida a la rotura de un aneurisma fallece en el mes siguiente (en relación a la propia severidad del proceso patológico y las serias complicaciones evolutivas) y la mitad de los que sobreviven lo hacen con secuelas neurológicas muy importantes”.

Señala la especialista que los antecedentes de la paciente eran “HTA bien controlada, fibrilación auricular crónica en tratamiento con HBPM, ACV hemorrágico en 2006 con hemiparesia espástica derecha residual”, y que cuando solicita asistencia médica en la madrugada del día 14 de diciembre de 2021 “nada hacía sospechar un origen central para la clínica de mareo y vértigo”. Destaca que a la mañana siguiente, cuando la paciente acude a Urgencias del hospital derivados por su médico de Atención Primaria, “el motivo de consulta es mareo, ya no se hace referencia a la cefalea ni se menciona focalidad motora o sensitiva en brazos o piernas ni a otra sintomatología asociada. Las constantes eran normales. Afebril, FC 98 lpm, y TA 109/65 mmHg (incluso tendiendo a la hipotensión)”. Significa, a propósito de las cifras de tensión, que “las cifras de tensión normales son hasta 140/90 mmHg, que la paciente se encontraba mal y que las elevaciones de la (tensión arterial), especialmente la sistólica, puede producirlas en una persona ya hipertensa cualquier pequeña alteración de su rutina o el nerviosismo del malestar, y que queda documentado que aún con la persistencia del ‘mareo’ y después de haber pasado mala noche, en su ingreso en Urgencias la mañana del 14 de diciembre, la (tensión arterial), es de 109/65 mmHg. En cualquier caso, las cifras tensionales no se pueden asociar con una urgencia ni emergencia hipertensiva ((tensión arterial) diastólica o mínima superior a 120 mmHg) que pudiese haber acompañado o precipitado una hemorragia cerebral”.

Señala que en la primera exploración de la paciente en el Servicio de Urgencias “se describe a la paciente como: consciente, orientada y colaboradora. Con buen aspecto, bien hidratada y bien perfundida. Eupneica en reposo y sin trabajo respiratorio. Ptosis palpebral izquierda con asimetría facial desviada hacia

el lado izquierdo ya de base (secuela de un ictus previo en 2006) y en la exploración neurológica se detalla, sin alteraciones agudas en el momento actual. Por tanto, no se hace nueva referencia a la cefalea, que parece resuelta pues no se plantea tratamiento analgésico en Urgencias, ni se objetiva por parte de los facultativos deterioro del nivel de conciencia. A la paciente se le administró tratamiento sintomático para las náuseas y los vértigos (que sí manifestó) y ante la estabilidad clínica y hemodinámica (...) fue dada de alta (tras al menos 3 horas de observación hospitalaria) con el diagnóstico de vértigo periférico. En ese momento ningún síntoma o signo de la exploración hacía plantearse la posibilidad diagnóstica de una lesión intracraneal como causa del 'mareo' por el que consultó la paciente./ Tal y como hemos explicado (...) el vértigo de origen central que es el que acompaña a las lesiones isquémicas y hemorrágicas del cerebro, se acompaña comúnmente de síntomas de alarma como: cefalea intensa y persistente (principalmente en el caso de hemorragia cerebral) y signos de déficit focal neurológico como desviación de la comisura bucal (que la familia no aprecia mayor al ya sufrido por la paciente) diplopía o visión doble, dificultades del habla, un déficit focal sensitivo-motor nuevo en extremidades, trastornos de la coordinación o inestabilidad en la marcha. Además, es de interés en este momento señalar que en el historial clínico de la paciente se recogen otras tantas asistencias previas en su centro de salud (...) por episodios de 'mareos' con náuseas (01-03-2017 y 21-06-2018) y de 'vértigo agudo' con 'sensación de giro de objetos, asociado a náuseas' el 16-08-2018, el 16-07-2020 y el 29/07/2020 que se trataron con sulpirida y hubo mejoría clínica sin que la actuación de los profesionales del SESPA sea objeto de controversia".

Continúa refiriendo la autora del informe que en la segunda visita al Servicio de Urgencias la enferma, cuya tensión arterial es normal (120/80 mmHg), presenta, además de mareo, disfasia que es "un trastorno de la emisión del lenguaje de origen neurológico", y que si bien la paciente "vuelve a mostrarse consciente, colaboradora y orientada en espacio, tiempo y persona con el médico colaborador", presenta pupilas "no reactivas a la luz" lo que es "un signo de afectación neurológica del mesencéfalo". Afirma que "la desviación de la comisura bucal no era definitiva pues la familia no sabía precisar si había

empeorado” y que no se objetivaba ningún “déficit focal sensitivo-motor nuevo” pues tenía “fuerza y sensibilidad conservadas en el hemicuerpo sano que es el izquierdo, y movilidad conservada en (...) extremidad inferior derecha”. Afirma que “ante la presencia de un síntoma focal, aunque pudiera ser transitorio como la disfasia, la tendencia a la somnolencia, aunque pudiera ser fluctuante y la arreactividad pupilar, quedaba justificada la indicación de una prueba de neuroimagen” como la que se practicó.

Significa que “el momento del sangrado y la velocidad de su instauración es imposible de definir. La tac craneal describe la extensión de la lesión hemorrágica en el momento de su realización, y una complicación rápidamente evolutiva en el caso de hemorragias intraventriculares como es la hidrocefalia obstructiva. En ocasiones microsangrados previos del aneurisma roto pueden dar lugar a cefaleas ‘centinela’ que pueden preceder al sangrado agudo del aneurisma entre pocas horas y varias semanas antes, y la paciente presentó mareo, náuseas y cefalea la madrugada del mismo día de su ingreso”.

Según señala, las anotaciones de la historia clínica evidencia un empeoramiento neurológico rápido “con anisocoria I>D y disminución del nivel de conciencia” y que, como se recoge en el mismo historial, “dados los antecedentes de la paciente y su situación basal (parcialmente dependiente tras el ictus hemorrágico de 2006) así como la extensión y severidad de la lesión que presenta, se explica a la familia (junto con el especialista de guardia de Neurocirugía) la grave situación de la paciente y el mal pronóstico. También se le explica que a pesar de la intervención quirúrgica (...), es muy probable que en caso de supervivencia la paciente presentará secuelas importantes, lo que entienden y expresan su deseo de continuar con las medidas propuestas, por lo que se intuba en Urgencias y posteriormente pasa a quirófano”, si bien acaba falleciendo tras la cirugía pese a los cuidados aplicados.

Explica la autora del informe que la hemorragia subaracnoidea es “una enfermedad grave y compleja, en ocasiones de difícil diagnóstico si la presentación no es la habitual, como ha sido en este caso, y con una alta morbimortalidad que alcanza el 50 % de los casos. El tratamiento inicial de la (hemorragia subaracnoidea) está encaminado a estabilizar al paciente

respiratoria y hemodinámicamente, lo que se hizo. Quedó monitorizada bajo vigilancia neurológica en Urgencias (monitorización del estado neurológico y control de constantes (...)). Cuando un angiotac ha posibilitado el diagnóstico etiológico (aneurisma o malformación vascular) el tratamiento está reorientado a tratar la causa del sangrado y evitar la rerotura y el resangrado mediante la radiología intervencionista o la neurocirugía. Todas las guías médicas de actuación en la (hemorragia subaracnoidea) aconsejan un tratamiento precoz del aneurisma roto, en las primeras 24-72 horas, habitualmente en la mañana siguiente al ingreso. La elección de la técnica se define en función de las características del aneurisma (localización, tamaño, morfología), de la situación clínica del paciente y del entorno institucional. La gestión de este procedimiento se inició en este caso mientras la paciente se mantuvo en Urgencias clínica y hemodinámicamente estable. Permaneció en el box de Urgencias bajo vigilancia neurológica y desafortunadamente en apenas 1,5 h sufrió un deterioro neurológico brusco que obligó a una intervención urgente. Se informó a la familia del mal pronóstico vital y funcional de la paciente (...). La supervivencia esperable ha descendido del 50 % al 10 % por la severidad del sangrado, las complicaciones asociadas, el estado neurológico previo de la paciente y el rápido empeoramiento clínico de la misma".

Afirma la especialista que "de acuerdo con el informe del (perito privado) incluso con un diagnóstico y tratamiento precoces, la (hemorragia subaracnoidea) es una enfermedad de por sí muy grave, con una mortalidad global que alcanza el 25 % en las primeras 24 horas y hasta un 40-45 % en los primeros 30 días. Otra vez de acuerdo con el (perito privado) y como es que sucedió en este caso, la presencia de una hemorragia intraventricular es un factor independiente que confiere al proceso patológico mal pronóstico, del mismo modo que el desarrollo de una hidrocefalia aguda (lo que sucede en el 5-87 % de los pacientes con (hemorragia subaracnoidea) aneurismática, un 30 % en los 3 primeros días, predominantemente si la hemorragia es o tiene componente intraventricular, lo que también sucedió en este caso) se asocia a un mal pronóstico. Ninguna de estas dos circunstancias dependieron de la atención médica prestada a (la paciente) en Urgencias del (Hospital .....). Lo que

queda documentado en numerosa bibliografía es una disminución de las complicaciones en relación con el tratamiento neuroquirúrgico temprano que trate de evitar la rerotura y el resangrado y por ende otras complicaciones derivadas (edema cerebral, crisis epilépticas, hiponatremia por diabetes insípida central, arritmias o fiebre de origen central) pero no, como señala (el perito privado) en su informe que 'la demora en el ingreso y el inicio del tratamiento' así como la mala situación neurológica de la paciente fueran factores de riesgo para la hidrocefalia. (La paciente) sufrió una (hemorragia subaracnoidea) extensa, tetraventricular de inicio, con desarrollo agudo de hidrocefalia, ambos factores independientes de mal pronóstico. Por último, su estado neurológico previo (...) y su tratamiento con heparina, contribuyeron muy probablemente en su fatal desenlace. Mencionar que al principio del tratamiento con heparinas la paciente fue atendida por 2 episodios de epistaxis que requirieron atención hospitalaria y que obligaron a replantearse el tratamiento, con aparente buena tolerancia posterior".

**5.** Mediante oficio notificado a los reclamantes el 11 de octubre de 2023, el Inspector de Prestaciones Sanitarias les comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándoles una copia de los documentos obrantes en el expediente.

**6.** El día 2 de noviembre de 2023, los interesados presentan una oficina de correos un escrito de alegaciones en el que se ratifican en todas las afirmaciones formuladas en su reclamación. Insisten en que, "desde el primer momento en que la familia (...) solicitó atención médica, ya sobre las 01:00 horas de la madrugada del día 14 de diciembre de 2021, la (paciente) presentaba síntomas que, si hubiesen sido debidamente analizados y se hubiesen valorado debidamente, hubiesen facilitado con suficiente antelación el diagnóstico del real padecimiento que estaba sufriendo y hubiese tenido mayores oportunidades de atajar la situación a tiempo".

Entienden que las conclusiones del informe pericial elaborado a instancias de la compañía aseguradora del Servicio de Salud del Principado de Asturias no

resultan “acertadas ni razonables”. Señalan que la situación de la paciente ya era “alarmante desde el primer momento en que solicitó la intervención médica ya en su domicilio (...) resultando que la cefalea es el dato más relevante a tener en cuenta porque es el síntoma más frecuente en la presentación de las hemorragias subaracnoideas./ No se puede afirmar (...) que la cefalea había desaparecido en la segunda atención por varios motivos: estaba objetivamente desarrollando una hemorragia y el fundamental síntoma es ese, la cefalea. Por otra parte cuando demanda las posteriores atenciones en realidad era una persistencia la sintomatología y no por ‘volver a presentar’ síntomas./ No solo presentaba cefalea y mareos, también se indican náuseas e hipertensión arterial a pesar de estar con dos antihipertensivos; factor de riesgo más relevante./ Cuando fue atendida por primera vez en Urgencias del (Hospital .....) la paciente ya presentaba además ‘somnolencia’ cuando fue examinada, lo cual indica cierto grado de deterioro del nivel de conciencia./ Al contrario de lo que se viene a sostener en el informe pericial (...) los signos de alerta acerca de la patología que realmente presentaba (...) cuando fue atendida por primera vez en Urgencias del (Hospital .....) ya eran apreciables sin mayor dificultad en ese momento, pues ya entonces se hizo constar que la anamnesis resultaba dificultosa con la paciente precisamente porque la misma refiere ‘no saberse explicar’, razón por la cual se llamó a la hija quien relató detalladamente los signos que su madre presentaba (comienzo con náuseas alrededor de las doce de la noche anterior, mareos con sensación de giro de objetos, cefalea, somnolencia intensa...)/ La pérdida de oportunidad terapéutica por la que se plantea la reclamación no se deriva solamente de la defectuosa atención recibida en el Servicio de Urgencias del (Hospital .....), sino que hay que valorarla tomando en consideración todo lo sucedido desde el primer momento en que se solicitó intervención médica, lo cual ocurrió, como bien se explica en el escrito de reclamación y así obra debidamente acreditado en los documentos obrantes en el expediente, en la madrugada del día 14 de diciembre de 2021, cuando sobre las 01:00 horas fue atendida en su domicilio por el médico (...) quien, a pesar de los alarmantes signos que ya entonces presentaba y a pesar también de los antecedentes médicos y clínicos de (la paciente) despachó su intervención con

un somero examen superficial y con un erróneo diagnóstico de 'vértigo'. Ya en ese momento (la paciente) podía y debía haber sido derivada a un servicio que permitiese una mejor y mayor eficacia diagnóstica, lo cual habría ayudado que hubiese recibido una atención más temprana y correcta”.

**7.** El día 29 de noviembre de 2023, el Instructor del procedimiento formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio al considerar que “la asistencia fue correcta y ajustada a la *lex artis*. La paciente había sido atendida en tres ocasiones anteriores por sintomatología vertiginosa. La clínica inicial no era compatible con ACV hemorrágico. La hemorragia se produce tras el alta que es cuando aparece la sintomatología. En la segunda visita la clínica orientaba hacia una patología neurológica y se realizaron las pruebas de imagen necesarias para establecer un diagnóstico. No ha existido pérdida de oportunidad, ya que, dada la patología que presentaba (hemorragia intracraneal extensa), el fallecimiento no podría haberse evitado”.

**8.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 15 de enero de 2024, 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 31 de octubre de 2022, habiendo tenido lugar el fallecimiento de la madre y esposa, respectivamente, de los interesados el día 15 de diciembre de 2021, por lo que resulta evidente que ha sido formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

**CUARTA.-** El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común contenidas 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 de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

En cuanto al informe del servicio afectado, observamos que se ha incorporado al expediente el emitido por el Director de la Unidad de Gestión Clínica de Urgencias del Hospital ..... si bien no se ha recabado el del facultativo de Atención Primaria que prestó la primera asistencia domiciliaria a la paciente pese a que en el escrito de alegaciones presentado en el trámite de audiencia los reclamantes atribuyen a su actuación una importancia clave en la evolución de la enferma; ahora bien, entendemos que la ausencia de dicho informe no impide nuestro pronunciamiento sobre el fondo del asunto pues el análisis de la praxis seguida en este caso puede efectuarse a la luz del resto de informes que obran en el expediente.

Asimismo, 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 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 “Solo 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.-** Presentan los interesados una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños que les ha irrogado el fallecimiento de su familiar, que achacan a la errónea valoración inicial de los síntomas que presentaba y el subsiguiente retraso en el tratamiento de la hemorragia intracraneal que padeció.

Acreditada la realidad del óbito y el vínculo familiar entre quienes ejercitan la acción y la persona fallecida, cabe presumir la existencia del daño cuya indemnización se reclama. Ahora bien, como venimos reiterando, 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 público y si ha de reputarse antijurídico.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo en anteriores dictámenes, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra un 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 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 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 el defectuoso diagnóstico ni el error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes en función del carácter especializado o no de la atención sanitaria prestada y que se actuó con la debida prontitud. Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña *per se* una vulneración de la *lex artis*.

También es criterio de este Consejo (entre otros, Dictámenes Núm. 246/2017 y 146/2019) 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*). En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama. Esto es, ha de constatarse tanto el reproche culpabilístico como el engarce fáctico entre la asistencia dispensada u omitida y el resultado dañoso.

Asimismo, venimos reiterando (por todos, Dictámenes Núm. 213/2019 y 109/2022) que el hecho de que sea la clínica la que determina el alcance de la obligación de medios excluye que pueda proyectarse *ex post facto* al juicio sobre la corrección de la actuación sanitaria el estado de situación ignorado al momento de la atención y conocido a la fecha del posterior diagnóstico. Ha de atenderse por tanto a la doctrina sobre la prohibición de regreso a la que ha aludido la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo en numerosas sentencias; por todas, cabe citar la de 11 de julio de 2017 -ECLI:ES:TS:2017:2946-, en la que se expresa que la misma "impide sostener la insuficiencia de pruebas diagnósticas, el error o retraso diagnóstico o la inadecuación del tratamiento, solo mediante una regresión a partir del desgraciado curso posterior seguido por el paciente, ya que dicha valoración ha de efectuarse según las circunstancias concurrentes en el momento en que tuvieron lugar; en definitiva, es la situación de diagnóstico actual la que determina la decisión médica adoptada valorando si conforme a los síntomas del

paciente se han puesto a su disposición las exploraciones diagnósticas indicadas y acordes a esos síntomas, no siendo válido, pues, que a partir del diagnóstico final se considere las que pudieron haberse puesto si en aquel momento esos síntomas no se daban". Por ello, quien persigue una indemnización por mala praxis en la fase de diagnóstico, como sucede en este caso, debe acreditar que los síntomas o signos existentes al tiempo de recibir la asistencia que reputa deficiente eran sugestivos de la patología finalmente evidenciada -al menos en un grado de probabilidad suficientemente significativo, ya que existen patología de diversa entidad y prevalencia que cursan con una clínica similar-, y que tal sospecha diagnóstica imponía al servicio público la aplicación de técnicas y medios distintos de los empleados.

Igualmente hemos señalado en numerosas ocasiones (por todos, los Dictámenes Núm. 213/2019 y 66/2021) que la *lex artis* médica no impone el empleo de más técnicas diagnósticas que las indicadas en función de los síntomas y signos clínicos apreciados en cada paciente, ni mucho menos ampara la realización prospectiva o indiscriminada de pruebas a falta de cualquier sospecha clínica.

En el caso que analizamos, hemos de concluir a la vista del conjunto de los informes médicos obrantes en el expediente, que los reclamantes no han conseguido acreditar que los síntomas y signos clínicos que mostraba la enferma en la madrugada del día 14 de diciembre de 2022, en conjunta consideración con sus antecedentes, debieran haberse considerados como sugestivos de la hemorragia subaracnoidea que sería diagnosticada en la tarde del mismo día una vez que la paciente manifiesta una clínica más notoria.

Tanto el informe pericial librado a instancias de los interesados como el elaborado por los peritos de la aseguradora del Servicio de Salud del Principado de Asturias coinciden en señalar que la hemorragia subaracnoidea tiene varias formas de presentación, esto es, se manifiesta a través de síntomas y signos clínicos que no son iguales en todos los casos. Tal diversidad unida a la coincidencia de su clínica típica, al menos en parte, con la que es propia de otras patologías dificulta el diagnóstico hasta el punto de que, según se indica en el informe pericial aportado por los reclamantes, más del 30 % de los pacientes

aquejados de hemorragia subaracnoidea según algunos estudios no resultan correctamente diagnosticados por ser interpretados los síntomas que presentan “como benignos”. Esto es precisamente lo que sucedió en el caso que analizamos en el que, como indica la autora del informe elaborado a instancias de la aseguradora del Servicio de Salud del Principado de Asturias, que es especialista en Neurología, los facultativos que la atendieron se enfrentaron a una forma poco habitual de presentación. Los síntomas que presentaba la paciente en la madrugada del día 14 de diciembre de 2021, según consta en la anamnesis realizada en el hospital a la mañana siguiente (folio 50 del expediente), fueron “náuseas alrededor de las 12 de la noche acompañadas de mareos con sensación de giro de objetos y cefalea”. Tal clínica era susceptible de ser interpretada como propia del vértigo periférico inicialmente diagnosticado pues, como se explica en el informe librado a instancias de la aseguradora del Servicio de Salud del Principado de Asturias, el diagnóstico diferencial entre aquella patología y el vértigo central que produce una hemorragia subaracnoidea se efectúa considerando que la última de las dolencias “suele presentarse junto a cefalea intensa (principalmente occipital), hipoacusia o sordera brusca, nistagmo vertical, disastria, diplopía, disfagia, debilidad de extremidades, dismetrías apendiculares o ataxia”, en cuyo caso es obligada la realización de una neuroimagen diagnóstica de urgencia. No consta en la historia clínica ni refieren los reclamantes que la paciente presentara ninguno de tales síntomas; en particular, respecto de la cefalea ha de considerarse que la causada por una hemorragia intracraneal suele ser, según se explica en el mismo informe, “intensísimo” hasta el punto de que los pacientes lo describen como “el peor dolor de cabeza de sus vidas”; sin embargo, no consta en el caso que analizamos que la paciente refiriese en ningún momento algias de tal magnitud. Tampoco la tensión arterial que presentaba la enferma entonces -150/89, según consta en la historia clínica de Atención Primaria- debía conducir a sospechar la presencia del accidente cerebrovascular hemorrágico pues, como se explica en el informe de la especialista autora del informe librado a instancias de la aseguradora en una afirmación que no ha sido controvertida con argumentos científicos por los perjudicados en el trámite de audiencia, la urgencia o

emergencia hipertensiva únicamente se produce cuando la cifra de tensión arterial diastólica o mínima es superior a 120 mmHg y no era este el caso; por otra parte, aunque es cierto que la hipertensión constituye un factor de riesgo para sufrir un accidente cerebrovascular hemorrágico, resulta de la historia clínica que la paciente venía manteniendo cifras de tensión normales según evidencian las anotaciones correspondientes a las asistencias previas obrantes en la historia clínica de Atención Primaria. Finalmente, el hecho de que la paciente hubiera presentado en el pasado cercano (el 16 de agosto de 2018, y el 16 y el 29 de julio de 2020, según consta en la historia clínica de Atención Primaria) diversos episodios con clínica similar, diagnosticados como vértigo periférico, que se habían resuelto satisfactoriamente con medicación adecuada para dicha dolencia contribuía a reforzar la impresión diagnóstica alcanzada.

A la mañana siguiente, cuando la paciente acude al centro de salud ya no refiere cefalea pues demanda atención sanitaria por "cuadro de vértigo, asociado a somnolencia intensa, cortejo vegetativo con náuseas/vómitos", y presenta cifras de tensión arterial dentro de la normalidad (139/90). Desde el centro de salud la derivan al hospital al que llega a las 10:32. El motivo de la consulta en dicho centro sanitario, según se anota en el correspondiente informe, es simplemente "mareo", sin referencia alguna a la cefalea. En el curso de la exploración física se aprecia que la paciente está consciente, orientada y colaboradora, como anota el facultativo que la atiende en el informe, por lo que ha de colegirse que la somnolencia intensa que presentaba a primera hora de la mañana ya había desaparecido, y tampoco se detecta en la enferma ninguna alteración neurológica aguda, esto es, distinta de las secuelas propias del accidente cerebrovascular que había sufrido en el pasado. Las dificultades para explicarse manifestadas por la propia paciente en el curso de la anamnesis, de las que se deja constancia en el informe correspondiente, no son interpretadas por el facultativo de Urgencias como indicativas de afasia lo que podría resultar justificable teniendo en cuenta que ni siquiera la propia familia de la paciente había detectado en ella ninguna alteración de la comunicación en los momentos previos al ingreso, pues según resulta del propio informe asistencial librado por el Servicio de Urgencias, la hija de la enferma con la que se contacta

telefónicamente para completar la anamnesis y que hace un prolijo relato de los síntomas y signos que presenta su progenitora y del curso de los acontecimientos (folio 50 del expediente), no refiere haber observado en ella ninguna dificultad de expresión o comprensión. Como significativamente indican los propios reclamantes en el escrito inicial de solicitud, el empeoramiento se produce en el viaje de regreso al domicilio tras el alta hospitalaria y se manifiesta a través de “un mayor aletargamiento” y “dificultad para hablar”. Cuando la paciente es nuevamente atendida a su llegada al hospital, a las 15:14 horas, la clínica neurológica que presenta conduce a la realización de una prueba de neuroimagen en la que se observa la hemorragia intracraneal. Pese a que el pronóstico es malo se practica, con el consentimiento de la familia, una intervención quirúrgica en la misma tarde del día 14. En el posoperatorio inmediato se producen complicaciones que, incluso con los cuidados adecuados la paciente, no consigue superar, advirtiéndose ya en la noche del mismo día (a las 0:00 horas) signos compatibles con muerte encefálica que se confirman a las 14:34 del día siguiente.

En suma, consideramos que no cabe apreciar la mala praxis diagnóstica denunciada, que se evidenció conforme evolucionaron y se manifestaron sus síntomas típicos, y se advierte que la atención prestada se produjo conforme los plazos que exige el tratamiento precoz de del aneurisma roto -“dentro de 24-72 horas de la hemorragia”, según se explica en el informe librado a instancias de la aseguradora del Servicio de Salud del Principado de Asturias-, por lo que no procede detenerse a analizar en detalle cuáles habrían sido las probabilidades de supervivencia de la paciente si la hemorragia subaracnoidea que presentaba hubiese sido diagnosticada unas horas antes.

El fallecimiento de la paciente se produce debido a la manifestación de una patología muy grave -hemorragia tetraventricular y perimesencefálica extensa con hidrocefalia debido a la rotura de un aneurisma de la arteria cerebral posterior derecha- que no pudo superar aunque se pusieron a su disposición todos los medios terapéuticos adecuados y disponibles una vez que, evidenciados los signos clínicos típicos de dicha lesión, pudo alcanzarse un diagnóstico certero, por lo que no cabe afirmar la existencia de nexo causal

entre el resultado dañoso producido y la asistencia prestada por el servicio público sanitario.

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,