

Dictamen Núm. 2/2025

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 16 de enero de 2025, 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 30 de octubre de 2024 registrada de entrada el día 5 de noviembre-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios que atribuye al retraso diagnóstico de un ictus.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 9 de febrero de 2024 el interesado presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial al Servicio de Salud del Principado de Asturias por los daños y perjuicios que atribuye al retraso diagnóstico de un ictus.

Expone que siendo un paciente de 84 años, muy activo -“que caminaba una media de seis kilómetros diarios y que hacía tareas en la huerta”- el 9 de febrero de 2023 sufre “mareo, desmayo, disartria”, por lo que es atendido en su domicilio por el médico de guardia del Centro de sobre las 15:00 h.; sobre las 17:00 horas los síntomas se repiten, solicitando asistencia telefónica al 112,

que le gestiona el traslado al Hospital "X", donde ingresa en el Servicio de Urgencias. Relata que el doctor que le atiende "pretendía sobre las 9 de la noche enviarme a mi domicilio" si bien, dado que no era capaz de hablar ni de mantenerse en pie, su hijo insiste en que regrese al Servicio de Urgencias, donde es atendido nuevamente y dado de alta.

Destaca que sus familiares advierten al personal sanitario de que podía tratarse de un ictus e indica que, después del alta, pasa la noche y el día siguiente en su domicilio "en unas condiciones lamentables" pues no era capaz ni de caminar ni de articular palabra. Informa que el día 10 de febrero por la mañana su familia llama al doctor que periódicamente le atiende por "un leve deterioro cognitivo y le explica telefónicamente la situación" y les indica que "probablemente ha ocurrido algún tipo de evento isquémico y que lo aconsejable es volver a urgencias para ser tratado por ello". Acude nuevamente al mismo centro hospitalario y afirma que no se les escucha, y no se le practican pruebas -a pesar de que no camina, tiene "dificultades en el habla" y que el lado izquierdo apenas puede moverlo- esgrimiendo que se trata de un deterioro propio de la edad.

Expone que el día 11 de febrero sus hijos lo llevan al Hospital "Y", donde es ingresado y diagnosticado de "una lesión isquémica (...) compatible con ictus agudo isquémico con un retraso de más de 48 horas". Continúa varios días ingresado en la Unidad de Ictus de este hospital, siendo trasladado el día 22 de febrero al Hospital "Z" "con un diagnóstico de infarto isquémico hemiprotuberancial derecho (...) recibiendo el alta el 17 de marzo. Con destino a una residencia privada donde poder continuar con la rehabilitación y poder recibir cuidados". Añade que, en noviembre de 2023, se le concede el nivel de dependencia 2.

Concluye que ha recibido una atención inadecuada en el Hospital "X", que tilda de negligente, señalando que ninguno de los tres médicos que le atendieron inicialmente activó el Código Ictus, produciéndose una pérdida de oportunidad. Por ello, solicita ser indemnizado por los daños sufridos como consecuencia de un ictus no diagnosticado del Hospital "X" "con la consiguiente pérdida de oportunidad y por consiguiente la pérdida de pronóstico vital. Al

producirse un retraso en el diagnóstico desde el día 9 de febrero hasta el día 11 de febrero” fecha en que fue atendido en el Hospital “Y”. Solicita una indemnización de ciento cincuenta y un mil quinientos euros (151.500 €) correspondientes a los siguientes conceptos: 7.500 € por su estancia durante tres meses en una residencia privada; unos gastos estimados en 114.000 € por su estancia en una residencia pública “a razón de 950€ mensuales” precisando que “la esperanza de vida de paciente mayor de 80 años tras ictus es unos 12 años”, y 30.000 € por daños morales por la mala praxis de los profesionales.

2. El día 19 de febrero de 2024 el interesado presenta diversos informes clínicos, unidos al escrito de reclamación.

El informe clínico del Servicio de Urgencias del Hospital “X” de 9 de febrero de 2023 señala el alta a las 20:48 h; indica como motivo de consulta, “malestar general”. Relata que se trata de un paciente que acude “por mareos sin giro de objetos y dificultad para mantenerse de pie. Su mujer refiere que estaba sentado y al querer levantarse le fallaron las piernas” y que cae al suelo sin traumatismo craneoencefálico ni pérdida de conocimiento. Continúa el informe explicando “ahora asintomático. No ha tenido fiebre. No cefalea ni visión borrosa. No disnea ni dolor torácico. No molestias urinarias. Sin dolor ni clínica a otro nivel”. Se deja constancia del resultado de la exploración reseñando “función motora normal sin claudicación de las 4 extremidades. Reflejos conservados. Función sensitiva conservada. No disimetrías. Inestabilidad de la marcha. Reflejo flexor cutáneo plantar”. Añade “no signos de alarma a la exploración ni alteraciones de interés en pruebas complementarias. Permanece estable durante su estancia, por lo que se decide alta a domicilio”. Como diagnóstico principal indica “presíncope”.

El segundo informe clínico del Servicio de Urgencias del Hospital “X”, del mismo día, señala como hora de ingreso las 21:09 h. y como motivo de consulta “mareo”. Refleja que “al ir a darle el alta, refiere la familia incapacidad para caminar, con marcha inestable y aumento de base de sustentación”, por lo que vuelve al Servicio de Urgencias. Indica que el “paciente que acude por inestabilidad en la marcha y mareo”. Durante su estancia en el Servicio de

Urgencias se practican “analítica completa y Rx que descarta organicidad. Se realiza tac craneal en el que se aprecia atrofia cortical e hidrocefalia normotensiva crónica. Comentado con (el Servicio de Medicina) Interna de guardia, dada la ausencia de patología urgente aguda se da alta a domicilio y se solicita consulta preferente por (el Servicio de Medicina) Interna. Se explica a la familia”. Se establece como diagnóstico principal “inestabilidad en la marcha”.

El informe clínico del Servicio de Urgencias del Hospital “X” de 10 de febrero de 2023 indica ingreso a las 18:55 h. y alta a las 20:34 h. y como motivo de consulta “inestabilidad en la marcha”. Refleja que fue “atendido ayer en el servicio por mareos e inestabilidad”. Señala que se realiza “analítica general que excluye proceso infeccioso agudo como desencadenante y tac craneal que no evidencia lesiones ocupantes de espacio ni imagen sugestiva de proceso isquémico agudo, aunque sí imagen de dilatación ventricular ya descrita hace años y sin aparente relación con la clínica actual”. Indica que regresa a la consulta “porque persiste deterioro funcional marcado con cierta inestabilidad para la marcha, rostro poco expresivo y cierto balbuceo al hablar. No pérdida de conocimiento, no dolor torácico, disnea ni fiebre. No síntomas urinarios ni otras alteraciones”. En la exploración practicada se aprecia que mantiene “lenguaje coherente. Nomina y repite, sin afasia ni disartria. (...) Motricidad ocular, facial y lingual conservadas y simétricas”. Concluye que se trata, “de un paciente de 84 años con vida activa y sin limitaciones funcionales previas a excepción de deterioro cognitivo leve que presenta desde ayer inestabilidad a la marcha y deterioro de capacidad funcional que suponemos secundaria a evento isquémico cerebral menor probablemente de fosa posterior (sin imagen en tac, sin déficit motor ni clara alteración del habla) al no encontrar otra causa aparente y tratarse ya de paciente con historia previa de microangiopatía cerebral.” Indica que no consideran indicadas nuevas exploraciones y que recomiendan “actitud expectante en domicilio con supervisión y seguimiento próximo por médico de cabecera para actuar según evolución clínica”, expresando como diagnóstico principal “inestabilidad de la marcha en posible relación con proceso isquémico agudo menor”.

3. El día 26 de febrero de 2024 el inspector de Prestaciones Sanitarias requiere al interesado para que proceda a la subsanación del defecto de falta de firma de que adolece su escrito de reclamación patrimonial, concediéndole para ello un plazo de 10 días con indicación de que, en caso contrario, se le tendrá por desistido. El 7 de marzo de 2024 el reclamante presenta el escrito de reclamación con su firma manuscrita, seguido de la documentación clínica correspondiente.

4. El día 14 de marzo de 2024 el inspector de Servicios y Centros Sanitarios requiere tanto a la Gerencia del Área Sanitaria IV como a la Gerencia del Área Sanitaria VI la remisión de las respectivas historias clínicas del reclamante relativas al proceso de referencia, así como, a esta última Gerencia además, el preceptivo informe del servicio actuante.

5. Mediante oficio notificado el 1 de abril de 2024, 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, el nombramiento de instructor del procedimiento, las normas aplicables, el plazo de resolución y notificación del mismo y el sentido del silencio administrativo.

6. El 22 de marzo de 2024, la Gerencia del Área Sanitaria VI procede a la remisión de la historia clínica del paciente y de los informes del Servicio de Urgencias.

Una doctora del Servicio de Urgencias del Hospital "X" informa, con fecha 19 de marzo de 2024, respecto a la atención dispensada en la primera asistencia del interesado a este Servicio el día 9 de febrero de 2023, que acude "presentando clínica de mareo e inestabilidad en la marcha". Durante la evaluación inicial se observa "un aumento de la base de sustentación, sin otra focalidad neurológica asociada, así como ausencia de afasia o disartria tal y como se indica en la exploración física del informe de alta. Dada la exploración física descrita, de acuerdo al protocolo de código ictus en base a la escala (de impacto del accidente cerebrovascular) NIHSS con una puntuación de 0 en el

momento de atención se realizan las pruebas complementarias” dado que “no tenía criterios clínicos para activación de código ictus”. Se practica analítica completa con valores dentro de la normalidad, “electrocardiograma en ritmo sinusal sin alteraciones en la repolarización, Rx de tórax normal y (...) (tac) craneal en urgencias para descartar patología intracraneal aguda”. Los resultados del tac no muestran “eventos hemorrágicos intra y/o extraaxiales; tampoco indicios de LOES (lesiones ocupantes de espacio) ni lesiones territoriales isquémicas establecidas de perfil evolutivo agudo. Se objetiva una discreta involución atrófica de ambos lóbulos temporales, así como una moderada ventriculomegalia comunicante conocida, ya presente en otro tac previo (11-11-2015), tal y como se describe en el informe radiológico, en relación con hidrocefalia normotensiva de curso crónico”. Concluye que, en base a la clínica del paciente (inestabilidad en la marcha y mareo) y los resultados radiológicos obtenidos se comenta el caso con el Servicio de Medicina Interna de guardia y que, finalmente, se tramita el alta a domicilio “dada la ausencia de patología intracraneal aguda, en contexto de inestabilidad en la marcha en probable relación con hidrocefalia normotensiva crónica” solicitando, además, consulta ambulatoria preferente con el Servicio de Medicina Interna para completar estudios ambulatorios.

El día 22 de marzo de 2024 informa otra facultativa del Servicio de Urgencias del Hospital “X” sobre la asistencia dispensada en la segunda estancia del interesado en dicho Servicio el día 9 de febrero de 2023, fecha en la que el reclamante acude por “clínica de mareo e inestabilidad en la marcha (...) sin otra focalidad neurológica asociada”. Indica que, “de acuerdo protocolo de código ictus, en base a la escala NIHSS obtendríamos una puntuación de 0, no presentando criterios para la activación de código ictus. En Urgencias se le realizó analítica completa con valores dentro de la normalidad, electrocardiograma en ritmo sinusal sin alteraciones de la repolarización y radiografía de tórax normal”. Relata que, dado que las pruebas que se realizan no presentan alteraciones y que el paciente permanece estable sin nueva clínica durante su estancia, se decide alta a su domicilio y que, en ese momento, al levantarse se observa “inestabilidad en la marcha con aumento de base de

sustentación, por lo que es admitido de nuevo en Urgencias para la realización de (tac) craneal”.

En la historia clínica se refleja su medicación habitual., que incluye, entre otros, la toma de Adiro 100 mg cada 24 horas.

El informe suscrito el día 15 de marzo de 2024 por un facultativo del Servicio de Urgencias del Hospital “X” señala que el 10 de febrero de 2023 atiende al reclamante “por clínica iniciada 24 horas antes de inestabilidad en la marcha. Por ese motivo ya había sido valorado en este mismo servicio por otro facultativo, sin apreciarse en la exploración déficit neurológico focal”. Advierte que aun así, se realiza tac de cráneo, en cuyo informe consta que “no se aprecian eventos hemorrágicos ni indicios de LOES ni lesiones territoriales isquémicas establecidas de perfil evolutivo agudo”. En la exploración realizada el día 10 no se aprecia “trastorno del habla (ni afasia ni disartria), ni déficit focal motor, como consta en informe de alta de urgencias con esa fecha”. Afirmar que, al haberse realizado tac de cráneo pocas horas antes, no se estima indicado repetirlo por “considerar que no aportaría nueva información”. Aun así, en el epígrafe de evolución y comentarios “se explica la posibilidad de que la clínica pudiera ser debida a evento isquémico menor de fosa posterior, pero dadas las horas transcurridas desde el inicio de los síntomas y la ausencia de déficit motor o del habla en ese momento se consideró que no se beneficiaría de atención hospitalaria, aconsejando observación domiciliaria y actuación ulterior según evolución clínica. En ningún momento consta que la clínica pudiera ser debida a ‘deterioro de la edad’” como argumenta el reclamante.

7. El 23 de abril de 2024 la Gerencia del Área Sanitaria IV remite un CD con la historia clínica solicitada.

8. Consta seguidamente incorporado al expediente un informe pericial, elaborado a instancia de la compañía aseguradora de la Administración, suscrito por una especialista en Neurología, que considera, que “no existe negligencia, culpa y/o mala praxis en la asistencia prestada a (...) por parte de los profesionales sanitarios” del SESPA.

Concluye que el paciente sufre un síncope en su domicilio en la mañana del día 9 de febrero de 2023; que acude al Servicio de Urgencias del Hospital "X" el mismo día refiriendo inestabilidad para la marcha, sin indicar "pérdida de fuerza en extremidades, asimetría facial o dificultad para articular las palabras", por lo que recibe el alta médica. Advierte que no está indicada la activación del Código Ictus ya que no existe sospecha de "evento vascular cerebral, ni por anamnesis ni por la exploración neurológica realizada". Reseña que, en ese momento, no es candidato a ningún tipo de tratamiento reperfusor, ya que no cumple criterios para ello, "por NIHSS baja (puntuación de 0) y tiempo de evolución (llegó a Urgencias pasadas 4 horas del inicio del cuadro)".

Añade que, en un segundo ingreso en el Servicio de Urgencias ese mismo día, se realizó un tac craneal que "no mostró lesiones isquémicas agudas, donde se objetivaba una hidrocefalia normotensiva ya conocida./ La hidrocefalia normotensiva cursa con alteraciones de la marcha, que pueden empeorar o hacerse más evidentes durante procesos intercurrentes, como un síncope".

Explica que el día 10 regresa al Servicio de Urgencias "refiriendo inestabilidad para la marcha y balbuceo", que no se objetiva en la exploración, "ni tampoco otros síntomas neurológicos focales" y que, "aunque la sospecha de evento isquémico menor cerebral era baja, se instauró tratamiento antiagregante". Añade que el día 11 acudió al Servicio de Urgencias del Hospital "Y" donde se realiza un tac craneal que "no mostró lesiones isquémicas agudas establecidas, a pesar de haber transcurrido ya 48 horas desde el síncope. La exploración neurológica en ese momento era normal". Prosigue explicando que el día 12, estando ingresado en el Hospital "Y" sufre "un nuevo síncope, con hipotensión arterial y síntomas neurológicos: disartria, asimetría facial izquierda y pérdida de fuerza en extremidades izquierdas, con recuperación parcial de los síntomas". Señala que se activa el Código Ictus y se realiza un tac craneal multimodal que no muestra "lesiones isquémicas agudas ni oclusión del árbol vascular cerebral", por lo que ingresa en la Unidad de Ictus de este hospital "para monitorización y estudio neurovascular", no presentando alteraciones. Indica que el día 15 se practica una resonancia magnética cerebral donde se objetiva "un ictus isquémico subagudo en hemiprotuberancia derecha". Finaliza

aseverando que las secuelas neurológicas que presenta el paciente al alta “(disartria subjetiva, muy leve asimetría facial y hemiparesia izquierda leve-moderada), son las derivadas del evento acontecido el día 12-02-2023, ya que hasta este día únicamente se había objetivado una inestabilidad para la marcha”.

9. Mediante oficio notificado el 19 de septiembre de 2024, el Instructor evacúa el trámite de audiencia, adjuntando una copia del expediente administrativo, concediendo al interesado un plazo de quince días para formular alegaciones y presentar documentos y justificaciones, con expresa mención a que deberá especificar en el mismo plazo la evaluación económica del daño o perjuicio causado.

10. Con fecha 3 de octubre de 2024, un tercero presenta un escrito de alegaciones en nombre del interesado.

Describe detalladamente la asistencia sanitaria, insistiendo en que en el Hospital “Y” “el paciente fue hospitalizado ante la sospecha de evento isquémico”, mientras que en el Hospital “X” “se le dio el alta de urgencias en 3 ocasiones sin considerar el ingreso hospitalario. Según consta en la historia existían sospechas de evento isquémico, pero no se hospitalizó”, además de señalar que no se prestó atención a lo que indicaban los familiares.

Respecto a la afirmación señalada por el perito de la empresa aseguradora relativa al tratamiento antiagregante, señala que ya está bajo dicho tratamiento, pautado por su geriatra, con anterioridad a los hechos descritos. Incide en que, más allá de las pruebas realizadas, el paciente ya expresa “un empeoramiento drástico desde el día 9”, acudiendo en tres ocasiones al Servicio de Urgencias del Hospital “X” “en dos días consecutivos, por empeoramiento”, sin ser hospitalizado.

Concluye que, lo expuesto, es indicativo de “negligencia” por parte del personal que atendió al paciente en el Hospital “X” y que esto ha producido “consecuencias en el estado de salud” del mismo, “empeorando su calidad de vida y reduciendo su movilidad”. Entiende que estos daños son producidos “como consecuencia del ictus no diagnosticado”, alegando una pérdida de

oportunidad y solicitando que se le “compense por los daños económicos y morales sufridos a causa de la falta de tratamiento” adecuado.

11. El día 17 de octubre de 2024, el Instructor formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio. Indica que los síntomas por los que el reclamante consulta el día 9-02-2023 no sugieren “una patología de origen vascular cerebral”, por lo que no está indicada la activación del Código Ictus, siendo la exploración neurológica normal, lo que, sumado a que “habían transcurrido más de cuatro horas desde el síncope, no habría sido candidato a ningún tipo de terapia de reperusión cerebral”. Señala que es durante el ingreso del día 12 cuando presenta síntomas, activándose el señalado Código Ictus pero “no siendo candidato a tratamiento reperfusor” y que realizado un tac craneal multimodal, no muestra “lesiones isquémicas”, que sí aparecen en la resonancia magnética cerebral realizada el día 15.

12. En este estado de tramitación, mediante escrito de 30 de octubre 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. R.P. 2024/14 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 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 de los servicios frente a los que se formula reclamación.

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 9 de febrero de 2024, en relación con la inadecuada asistencia sanitaria prestada durante los días 9 a 11 de febrero de 2023, por lo que, al margen del momento de estabilización de las lesiones, 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 de los servicios afectados, 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, lo que no impide su adopción, 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, 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 que atribuye al retraso diagnóstico de un ictus, tras asistir en sucesivas ocasiones al Servicio de Urgencias Hospitalarias.

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, al servicio público sanitario le compete una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse automáticamente 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 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 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, de por sí, 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 tres ocasiones al Servicio de Urgencias del Hospital “X”, en el transcurso de dos días (9 y 10 de febrero), tras una primera asistencia domiciliaria. Considera que ha recibido una atención inadecuada en este hospital, que tilda de negligente, señalando que ninguno de los tres médicos que le atienden activa el Código Ictus, produciéndose una pérdida de oportunidad.

Frente a ello, procede examinar la documentación clínica relativa a los síntomas consignados en cada atención sanitaria y la respectiva decisión médica adoptada.

Partiendo de la premisa de que el paciente, de 84 años de edad, padece una hidrocefalia normotensiva ya conocida que cursa con alteraciones de la marcha -según indica el especialista que informa a instancias de la compañía aseguradora de la Administración- en la primera atención dispensada en el Servicio de Urgencias el día 9 de febrero, la facultativa hace constar que el reclamante acude por “clínica de mareo e inestabilidad en la marcha (...) sin otra focalidad neurológica asociada”, señalando expresamente que, “de acuerdo protocolo de código ictus, en base a la escala NIHSS obtendríamos una puntuación de 0, no presentando criterios para la activación de código ictus”. Tras explicar la anamnesis realizada (analítica completa, electrocardiograma en ritmo sinusal sin alteraciones y radiografía de tórax normal), y constatar que el paciente permanece estable sin nueva clínica durante su estancia, se decide alta a su domicilio. No obstante, en ese momento, “al levantarse se observa inestabilidad en la marcha con aumento de base de sustentación, por lo que es admitido de nuevo en Urgencias para la realización de (tac) craneal”.

Respecto de la segunda atención dispensada en el mismo Servicio, la facultativa interviniente informa que los resultados del tac no muestran “eventos hemorrágicos intra y/o extraaxiales; tampoco indicios de LOES ni lesiones territoriales isquémicas establecidas de perfil evolutivo agudo. Se objetiva una discreta involución atrófica de ambos lóbulos temporales, así como una moderada ventriculomegalia comunicante conocida, ya presente en otro tac previo (11-11-2015), tal y como se describe en el informe radiológico, en relación con hidrocefalia normotensiva de curso crónico”. Señala que, en base a

la clínica del paciente (inestabilidad en la marcha y mareo) y los resultados radiológicos obtenidos se comenta el caso con el Servicio de Medicina Interna de guardia y que, finalmente, se tramita el alta a domicilio "dada la ausencia de patología intracraneal aguda, en contexto de inestabilidad en la marcha en probable relación con hidrocefalia normotensiva crónica" solicitando, además, consulta ambulatoria preferente con el Servicio de Medicina Interna para completar estudios ambulatorios.

El informe del facultativo del Servicio de Urgencias relativo a la atención dispensada el 10 de febrero de 2023 indica que el paciente acude "por clínica iniciada 24 horas antes de inestabilidad en la marcha". Tras reproducir las pruebas practicadas y el diagnóstico alcanzado en las asistencias previas señala que en la exploración realizada el día 10 "no se apreció trastorno del habla (ni afasia ni disartria), ni déficit focal motor". Sostiene que, al haberse realizado tac de cráneo pocas horas antes, "no se consideró indicado repetirlo por considerar que no aportaría nueva información" y que, no obstante, en el epígrafe de evolución y comentarios "se explica la posibilidad de que la clínica pudiera ser debida a evento isquémico menor de fosa posterior, pero dadas las horas transcurridas desde el inicio de los síntomas y la ausencia de déficit motor o del habla en ese momento se consideró que no se beneficiaría de atención hospitalaria, aconsejando observación domiciliaria y actuación ulterior según evolución clínica". Asevera que en ningún momento consta que la clínica pudiera ser debida a "deterioro de la edad" como alega el reclamante.

En definitiva, los informes clínicos acreditan las numerosas pruebas practicadas, la sintomatología presente referida a mareos e inestabilidad en la marcha, sin déficit neurológico focal, ni afasia ni disartria, descartándose, con base en el protocolo de Código Ictus y la escala NIHSS, la concurrencia de signos para la activación del mencionado Código -su puntuación era 0-. En este contexto, el alta domiciliara no constituye, en sí mismo, evidencia de mala praxis, dado que la opción obedecía al estado que presentaba el paciente. Hay que señalar en este punto, que el interesado tomaba Adiro por prescripción médica antes de este episodio, de modo que no hubo, por tanto, necesidad de

introducir la toma de un antiagregante a su medicación diaria bajo la sospecha de episodio isquémico, no alterando así el tratamiento dispensado.

En otro orden, el interesado no acredita suficientemente lo que mantiene, pues algunos de los síntomas que menciona no consta en la documentación clínica que los presentara durante la asistencia sanitaria recibida en el Servicio de Urgencias del Hospital "X" lo que, unido a las pruebas practicadas, descarta la desatención sanitaria que reprocha. Y, si bien el cuadro clínico inicial no permitía sostener una sospecha de ictus, su detección posterior cuando ya la sintomatología ha evolucionado no requiere, a la luz del estado del paciente, medidas adicionales a las que se estaban tomando constando, además, que el paciente no era idóneo para recibir un tratamiento de reperusión.

Como hemos advertido en ocasiones anteriores, lo exigible al servicio público, tanto en el de Atención Primaria como en el de 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 el momento que se señala en la reclamación, realizándose un esfuerzo diagnóstico adecuado y proporcionado a la vista de los antecedentes y situación clínica que presentaba el paciente.

Finalmente, y como ya se ha adelantado, el criterio que debe seguirse para ponderar la eventual responsabilidad patrimonial de la Administración 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 del Hospital "X" el día 9 el ictus era detectable y evitable.

En conclusión, en el supuesto analizado no se acredita una mala praxis asistencial ni un retraso diagnóstico, constando en la documentación clínica obrante en el expediente un esfuerzo asistencial adecuado en materia exploratoria y de tratamiento dispensado, lo que conduce a 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, de modo que, de haberse manifestado el ictus clara y tempranamente el tratamiento dispensado habría 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.