

Dictamen Núm. 167/2025

V O C A L E S :

Baquero Sánchez, Pablo
Presidente
Díaz García, Elena
Menéndez García, María Yovana
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
Santiago González, Iván de

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 18 de septiembre 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 24 de junio de 2025 -registrada de entrada el día 1 de julio-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños derivados del fallecimiento de su madre a causa de un ictus no detectado oportunamente.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 16 de septiembre de 2024, dos de las hijas de la paciente fallecida en un hospital público presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por entender que no se detectó oportunamente un ictus a pesar de que los síntomas que su madre presentaba en la atención domiciliaria hubieran exigido la activación del Código Ictus, lo que determinó que a su llegada al hospital se tardara en valorar su posible concurrencia y realizarse las pruebas pertinentes.

Exponen que la paciente, de 63 años, quien “había manifestado diarrea y náuseas durante la mañana del 17 de marzo de 2024, presentaba a las 15 horas que llegó su marido de trabajar, malestar general, cuadro digestivo, ansiedad, temblores y pérdida de fuerza en cuatro extremidades”, por lo que aquel avisa a las hijas y al 112. Las ahora reclamantes, a la llegada al domicilio, “observan que su madre (...) presentaba convulsiones, mano hinchada y blanca y la boca torcida”. Señalan que se persona en el domicilio una médica del Servicio de Urgencias del centro de salud, cuya “impresión diagnóstica (...) fue de que (...) sufría una crisis nerviosa, apreciando una dudosa desviación comisura izquierda”, sin activar el Código Ictus, pero solicitando su traslado al Servicio de Urgencias hospitalarias mediante una Unidad de Soporte Vital Básico que fue activada a las 16:00 h, recogiendo a la paciente a las 16:06 h y llegando al hospital a las 16:32 h, “con la única observación de vómitos y diarrea repetitiva”. Añade que en el informe de Urgencias se refleja a las 16:37 h como motivo de consulta “diarrea y vómitos” y en “la exploración física realizada a su llegada consta ‘llama la atención (miembro superior izquierdo) caliente eritematoso (...), (miembro inferior izquierdo) sin movilización espontánea, (miembro inferior derecho) ‘caliente y tembloroso que tampoco moviliza en forma activa. Parálisis facial izquierdo, posición cefálica rotada a la derecha, plejía de (miembro superior izquierdo). Repetitiva y poco colaboradora’./ A las 18:25 es vista por el Servicio de Neurología y se le traslada a realizar un tac craneal y Rx de tórax. En la descripción de la exploración TC cráneo (...) consta Código Ictus clínica hemisférica derecha tiempo de evolución indeterminado. El diagnóstico es de lesión isquémica establecida en la práctica totalidad del territorio superficial y profundo de la (arteria cerebral media) derecha ASPECTS 2 importante edema citotóxico con borramiento de los surcos de la convexidad derecha sin repercusión significativa sobre el sistema ventricular ni en la línea media./ A las 18:34 se avisa a (médico de guardia) y pasa a (Área de Cuidados Urgentes) por posible Código Ictus”. Afirman que “no es hasta las 20:07 que ingresa en la unidad a cargo de (Neurología)”. Explican la evolución y que el día 19 de marzo de 2024 ya consta

“ictus isquémico hemisférico derecho muy extenso” con “evolución hacia infarto maligno” y que “la familia es favorable a activar protocolo CIOD por lo que ingresa en la (unidad de cuidados intensivos)”, certificándose la muerte cerebral el día 21, preparándose la donación de órganos.

Entienden que “como consecuencia del grosero error de diagnóstico inicial (crisis nerviosa) efectuado por la médica de Urgencias del centro de salud (...) que se desplazó al domicilio (...) y el retraso en la activación del Código Ictus en Urgencias” hospitalarias “más de 2 horas desde su llegada a Urgencias hasta que es vista por neurología y finalmente se le realiza un tac mediante el que se diagnostica su verdadera lesión, ictus isquémico (...) que le produjo el fallecimiento, por no haberse adoptado desde el primer momento en que acude a su domicilio” la médica del Urgencias de Atención Primaria “las medidas diagnósticas y terapéuticas adecuadas a la situación y/o protocolizadas. Entre las que hubiera tenido especial relevancia haber activado desde ese mismo momento el código ictus” por entender como “síntomas de ictus inequívocos que padecía como la boca torcida y pérdida de fuerza en las cuatro extremidades” y como antecedentes a valorar su vida sedentaria, que caminaba con andador, padeciendo obesidad e hipercolesterolemia y siendo fumadora.

Sentencian que “como consecuencia de este error injustificable, falleció”, lo que “podía haberse evitado, si se hubieran llevado a cabo las medidas diagnósticas y terapéuticas adecuadas desde el principio”, destacando que la paciente es vista por primera vez por Neurología “habiendo transcurrido unas tres horas desde que la vio la médica de Urgencias del centro de salud”. Señalan que “si desde el principio se hubieran seguido cuidadosamente los protocolos establecidos y se hubiera efectuado una lectura completa del historial clínico de la paciente se hubiera evitado una conclusión incorrecta (...) y con toda seguridad se le hubiera podido administrar a tiempo el tratamiento adecuado, anticoagulantes, fármaco intravenoso, introducción de un catéter, una endarterectomía carotidea, o lo que hubiera hecho falta, para evitar este fatal desenlace”, reprochando que la médica que la atiende en un primer momento “no sospechó de un ictus pese a los síntomas inequívocos que

presentaba y pese a la insistencia de sus dos hijas en dicha posibilidad”, y que, de haberse activado el Código Ictus, “hubiera habido una coordinación entre los servicios de emergencias y el hospital” para que a su llegada estuviese “todo preparado para atenderle inmediatamente a fin de que el tiempo que pase entre evaluar al paciente y decidir el tratamiento no sea más de 60 minutos”. Lamentan las referencias conocidas por el servicio de ambulancias y al ingreso en el hospital, donde “en el triaje se le clasificó de atención urgente C”, sin remisión inmediata al Servicio de Neurología. Aseveran que, dado el estado que presentaba, “este error de clasificación fue uno de los factores determinantes que condujeron a una clara pérdida de oportunidad de haber podido salvar la vida” de la paciente. Afirman que el daño es desproporcionado y que “un ictus diagnosticado y tratado a tiempo, no solo no provoca la muerte”, sino que “en la mayoría de las ocasiones (...) cursa sin secuela alguna”.

Solicitan una indemnización, de 25.202,91 € para cada una de las dos hijas reclamantes.

Solicitan, como medios probatorios, que se aporten los informes del Servicio de Urgencias del centro de salud y del hospital de referencia, los informes de la asistencia prestada en el mismo, y los “protocolos de actuación previstos para estas situaciones y para los servicios de urgencia”.

Acompañan la reclamación del certificado de defunción de la madre y del Libro de Familia que justifica las relaciones de filiación alegadas, además de diversa documentación referida a la asistencia sanitaria dispensada por el Servicio de Salud del Principado de Asturias.

El informe de la atención domiciliaria, manuscrito, refleja que se recibe aviso por diarrea y sensación de muerte inminente, indicando que “refiere diarrea y vómitos desde ayer” y “pérdida de fuerza en cuatro extremidades”, dejando constancia de antecedentes de depresión y ansiedad. Como impresión diagnóstica señala que a la exploración está muy nerviosa, consciente, orientada, señalando que no colabora en exploración neurológica, reflejando dudosa desviación comisura izquierda, y la decisión de traslado urgente al hospital.

Consta la activación de la Unidad de Soporte Vital Básico a las 16:00 h, la llegada al domicilio a las 16:06 h y al centro hospitalario a las 16:32 h. El informe clínico de urgencias hospitalarias señala como hora de ingreso las 16:37 h y como motivo de consulta diarrea y vómitos.

2. El 9 de octubre de 2024 la Jefa de la Sección de Apoyo notifica a la instructora su nombramiento.

3. Mediante oficio de 9 de octubre de 2024, remitido el día 10 y notificado el día 21 del mismo mes, la Jefa de la Sección de Apoyo comunica a las reclamantes la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios, el nombramiento de instructora y su régimen de recusación, las normas de procedimiento aplicables, el plazo de resolución y notificación legalmente previsto y el sentido del silencio administrativo.

4. El 14 de octubre de 2024 la Instructora del procedimiento solicita de la Gerencia del Área Sanitaria IV copia de la historia clínica de la paciente, así como informes de los servicios que le prestaron asistencia. En la misma fecha, dirige un requerimiento a la Dirección de Atención y Evaluación Sanitaria del Servicio de Salud del Principado de Asturias a fin de que se le envíe el informe de asistencia realizada por el SAMU.

5. El 4 de noviembre de 2024 se remite a la Instructora la documentación del SAMU solicitada.

La Jefa de la Unidad de Coordinación del Programa Marco de Atención a Urgencias y Emergencias Sanitarias informa que “el 17 de marzo de 2024, a las 15:54 y 15:55 horas, se recibieron dos llamadas simultáneas de distintos alertantes a través del número 112, solicitando asistencia urgente para (la paciente), quien se encontraba en su domicilio (...). Las descripciones proporcionadas indicaban que la paciente se encontraba en cama, con los ojos

cerrados, presentando dificultades respiratorias y diarrea. Además, la paciente manifestaba un intenso estado de angustia, afirmando que sentía que iba a morir (...)./ El médico del Centro Coordinador de Urgencias del SAMU Asturias evaluó la situación y decidió movilizar al lugar del incidente al equipo de Atención Primaria del centro de salud (...), así como al equipo de (la Unidad de) Soporte Vital Básico (...). Los registros indican que el equipo sanitario llegó (...) a las 16:06 horas. Posteriormente, se procedió al traslado de la paciente al hospital (...) en A.S.V.B 41 con equipo de Atención Primaria, finalizando la asistencia a las 16:32 horas". Se adjunta el "extracto de las llamadas telefónicas que han sido facilitadas a la hija de la paciente", quien había registrado una solicitud con tal fin el día 7 de mayo de 2024, donde no figura la literalidad de lo expresado, sino una referencia a su contenido y al desarrollo de las distintas comunicaciones y llamadas realizadas al y desde el servicio del 112.

6. Con fecha 15 de enero de 2025 la Instructora efectúa un segundo requerimiento dirigido a la Gerencia del Área Sanitaria IV.

El 26 de febrero de 2025 se remite desde la Gerencia del Área Sanitaria IV un CD con la documentación requerida, entre la que se encuentran los informes de los servicios afectados del Hospital

En la historia clínica emitida por el centro de salud se anota el 3 de agosto de 2004 "situaciones de muerte inminente con palpitaciones, ahogo. Lo nota peor desde hace 1 semana. Desde hace 8 años le pasa (...). Impresiona ataques de pánico. Nunca lo consultó". El 24 de agosto del mismo año se indica que "impresiona de posible trastorno de ansiedad" del que es tratada. En 2014 se refleja que (...) padece poliartralgia con rigidez matinal y, entre otros episodios, el 19 de enero de 2017, que "desde siempre cefalea tipo migraña episódica", con empeoramiento en los últimos meses y "leve fotosonofobia". En el curso descriptivo de 12 de julio de 2018 se deja constancia de "trastorno de memoria" indicando que refiere problemas de memoria con problemas de orientación y concentración en su vida diaria, practicándosele una prueba de memoria y siendo remitida al Servicio de Neurología del Hospital En

noviembre de 2019 se indica que “refiere dolor en columna lumbar desde hace muchos años”, constatándose el 24 de marzo de 2021 que padece ciática con aplastamiento de L1 y clínica de dolor lumbar crónico. En el año 2022 se indica el día 26 de mayo que tiene “miedo a otra enfermedad” y en el año 2023 se deja constancia de que padece espondiloartrosis. En la descripción aportada por el Servicio de Urgencias el día 17 de marzo de 2024 consta “aviso de 112 por diarrea, disnea con sensación de pérdida de fuerza en cuatro extremidades y sensación de muerte inminente. A la llegada al domicilio la paciente se encuentra consciente, muy alterada, nerviosa, orientada pero no colabora bien, sin atender a indicaciones durante la exploración. La familia refiere vómitos alimenticios y diarrea sin productos patológicos desde ayer. No dolor torácico, no dolor abdominal, no disnea, no fiebre. Antecedentes: depresión, ansiedad. Exploración: BEG. Normocoloreada, normoperfundida, eupneica. AC: RsCsRs AP: mcv sin ruidos sobreañadidos. Abdomen anodino. RHA conservados. Expl. neurológica: CO no colaboradora. Pupilas isocóricas y normorreactivas, dudosa desviación de comisura labial izq. No se puede continuar valoración (...). Se traslada en ambulancia a Urgencias (del Hospital) para valoración”, con referencia a los siguientes “condicionantes y problemas activos”: obesidad, hipercolesterolemia, enfermedad depresiva, estado de ansiedad, desprendimiento de retina.

El informe suscrito por una médica del Servicio de Atención Primaria recoge que la paciente “a la llegada al domicilio se encontraba consciente y orientada, hemodinámicamente estable, refiriendo (sin problemas en el lenguaje) encontrarse nerviosa, con malestar general, diarrea, disnea, ‘sensación de pérdida de fuerza en cuatro extremidades’, apreciándose a la exploración pupilas isocóricas y normorreactivas, sin afasia ni disartria, sin asimetría facial, sin poder objetivar realmente alteraciones en la fuerza en extremidades dada la falta de colaboración de la misma por el estado de nerviosismo presente. En ningún momento se apreciaron convulsiones de la paciente ni lesiones cutáneas en extremidades. No se apreciaron alteraciones en la auscultación cardiopulmonar, con abdomen anodino”. Añade que en la

información de que dispone se indica que “la familia refiere vómitos alimenticios y diarrea sin productos patológicos desde ayer. No dolor torácico, no dolor abdominal, no disnea, no fiebre”, indicando que no señalaban otros síntomas y concluyendo, en base a lo anterior y al contenido del aviso al 112, que “sin otros síntomas de alarma, no se cumplen objetivamente los criterios de Cincinnati para activar el Código Ictus (que son: alteraciones del lenguaje, asimetría facial y pérdida de fuerza en miembro superior con claudicación de un brazo en 10 segundos)”. Añade que se decide el traslado a centro hospitalario, tardándose 32 minutos, “encontrándose en marco temporal (en caso de cumplir criterios) para activar Código Ictus en el mismo (...), no privándola de ninguna oportunidad diagnóstica ni terapéutica”.

El informe de Enfermería refleja en el curso clínico del día 17 de marzo, a las 17:36 h (página 107), que la “paciente mujer de 63 años que acude a Urgencias derivada de (Atención) Primaria por cuadro de vómitos y diarrea de varios días de evolución. AP: Pluripatología, obesidad mórbida, problema social (...). A su llegada consciente, verborreica, poco colaboradora. Presenta dolor, palidez y mal relleno capilar en MSD. Extraída analítica y canalizada (vía venosa periférica) en (miembro superior izquierdo). Aviso a (médico de guardia) y pasa a (Área de Cuidados Urgentes) por posible Código ictus”; en la evolución se indica “muy repetitiva, lenguaje incoherente. Desviación mirada ojo (izquierdo) hacia dentro. Pérdida de fuerza en (miembro superior izquierdo). En (miembros inferiores), pierna derecha aumentada de tamaño, edematosa, caliente. Febrícula. Aspecto general muy descuidado”. Al día siguiente, a las 15:57 h “sin cambios clínicos a lo largo de la mañana./ Se comenta con la familia de la paciente la perspectiva de una muy posible mala evolución clínica. Sus tres hijas están de acuerdo en rechazar una eventual craneotomía descompresiva, en caso de que la paciente evolucionara hacia un infarto maligno. La propia paciente no quería enfrentar una vida de mayor discapacidad que la que ya vivía./ En caso de deterioro clínico podría plantearse un protocolo CIOD, extremo que no se ha planteado aún a la familia”.

El informe elaborado por el Director de la Unidad de Gestión Clínica de Urgencias indica que la paciente “ingresó en nuestro servicio el 17 de marzo de 2024 a las 16:37 horas derivada en ambulancia desde su domicilio por un médico de guardia de Atención Primaria. La información recabada a su ingreso era un cuadro de vómitos y diarrea de 24 horas de evolución, en la historia de Atención Primaria se describe exploración dificultosa por falta de colaboración de la paciente. Según refiere la familia había estado sola durante la mañana en su domicilio, encontrándosela en esta situación su marido al llegar a casa./ Entre las 16:48 y las 16:52 se registra el triaje inicial por parte de enfermería asignándole una prioridad III (debe ser valorado por un médico antes de 60 minutos)./ A las 17:23 horas se registra el inicio de la valoración por parte de un médico interno residente. A las 17:27 figura referencia a una valoración de enfermería de posibilidad de que la paciente presentara un ictus. A las 17:48 está registrado el informe de urgencias por un facultativo especialista de este servicio y a las 18:02 está registrado en el informe del tac craneal urgente realizado a la paciente donde su objetiva la evolución del cuadro clínico./ Una vez valorada por el Servicio de Neurología se indica ingreso en planta ante la gravedad del cuadro clínico, produciéndose su fallecimiento cuatro días después”.

En la historia clínica se refleja en el informe de la Unidad de Cuidados Intensivos que la paciente llega al centro hospitalario derivada de Atención Primaria “por (mal estado general) desde esta mañana con vómitos y diarrea./ La mañana de ayer con la clínica, su marido se va a trabajar a las 07 h, sin saber precisar si presentaba en ese momento déficit (neurológico). Su marido vuelve a domicilio sobre las 15 h, y es cuando avisa a los servicios de emergencia, por persistencia de mal estado general y cuadro digestivo. A su llegada a Urgencias se objetiva pérdida de fuerza en miembros, por lo que se solicita valoración a (Neurología), que objetiva clínica hemisférica dcha. y se realiza un TC que informan como ‘lesión isquémica establecida en la práctica totalidad del territorio superficial y profundo de la (arteria cerebral media) derecha. ASPECTS 2. Importante edema citotóxico con borramiento de los

surcos de la convexidad derecha, sin repercusión significativa sobre el sistema ventricular ni en la línea media'. Por este motivo se desestima tratamiento repermeabilizador./ Ingres a en planta de (Neurología), teniendo mala evolución clínica con bajo nivel de consciencia y mal manejo de secreciones. Se informa a la familia del mal pronóstico y de la posibilidad de precisar de una craneotomía descompresiva que rechaza la familia en base al deseo de la paciente./ El 17-03-24 presenta GCS 4 en planta, se le repite el TC que informan como 'extensa lesión isquémica subaguda hemisférica derecha que condiciona una herniación subfalcial de aproximadamente 14 mm, signos de hidrocefalia obstructiva contralateral y obliteración parcial de las cisternas basales'. Tras explicar el mal pronóstico a la familia, nos solicitan valoración como posible CIOD. Acudimos a valorar a la paciente que se encuentra en coma y explicamos a la familia el proceso de donación, aceptando. Ingres a en (Unidad de Cuidados Intensivos) como CIOD".

El informe del Servicio de Neurología señala que "parece que la hora de comienzo de los síntomas sugestivos de afectación neurológica no es conocida con certeza" y que "en el contexto de una situación de 'malestar general, vómitos, diarrea, ansiedad, temblores y pérdida de fuerza en las cuatro extremidades', que según parece es lo que evidencia su esposo a las 15:00 horas cuando llega al domicilio, se procede a contactar con las asistencias sanitarias que, inicialmente, evidencian una 'crisis nerviosa y una dudosa desviación de la comisura bucal izquierda', motivo por el que se decide el traslado de la paciente al Servicio de Urgencias hospitalarias", donde "parece que se documenta por primera vez 'posición cefálica rotada a la derecha, facial izquierdo y plejía de miembro superior izquierdo', motivo por el que se procede a avisar a la guardia del Servicio de Neurología y, una vez que dichos facultativos valoran a la paciente, a la activación del protocolo Código Ictus". Explica seguidamente que "la paciente ingresa en el Servicio de Neurología y, en las horas siguientes, desarrolla un franco empeoramiento neurológico (respuesta bilateral 'en descerebración' y ausencia de reflejos óculo-cefálicos) que se comprueba, tras realizar una nueva tac craneal, que es debido a una

'transformación maligna' del infarto cerebral, situación que plantea la posibilidad de realizar una craniectomía descompresiva, opción que fue desestimada por parte de sus familiares de manera que se optó por ingreso en (Unidad de Cuidados Intensivos) para iniciar procedimiento de (...) donación de órganos". Concluye que, "por lo tanto, consideramos que la prestación asistencial del Servicio de Neurología (...), desde el primer momento en que fue requerida su valoración desde el Servicio de Urgencias hospitalarias, ha sido ajustada a una adecuada praxis médica, habiéndose activado el protocolo Código Ictus en el mismo momento que se documentó la existencia de una sintomatología deficitaria focal sugestiva de afectación encefálica y que, dado que la lesión cerebral ya estaba establecida (lo que nos indica que probablemente el evento inicial se habría iniciado al menos 8-12 horas antes) y no era subsidiaria de ningún tratamiento de repermeabilización, se procedió al ingreso de la paciente en la planta de hospitalización para proseguir la vigilancia evolutiva, según proceder habitual, siendo en las horas siguientes cuando se constató el agravamiento sintomático propio de la 'transformación maligna' de algunos de estos tipos de ictus en personas jóvenes o de mediana edad".

7. Consta incorporado al expediente, con fecha 25 de abril de 2025, un informe pericial emitido a instancia de la empresa aseguradora de la Administración sanitaria por una especialista en Neurología en el que se concluye que la actuación del personal sanitario del Servicio de Salud del Principado de Asturias "en el presente caso fue clínicamente adecuada y conforme a los protocolos establecidos para la atención urgente de pacientes con patología neurológica", afirmando que "no se identifica pérdida de oportunidad terapéutica, dado que el daño cerebral ya era irreversible al momento de la valoración inicial" de la paciente.

Indica que "en la valoración inicial (16:06 h) realizada en el domicilio (...) por el médico de urgencias, no se objetivó focalidad neurológica reconocible compatible con una sospecha de ictus, por lo que no existían criterios clínicos para activar el Código Ictus extrahospitalario" y que, "aunque se hubiese

sospechado un ictus, el tiempo de evolución del mismo excedía el criterio horario que rige la activación del Código Ictus según el Programa Clave de Atención Interdisciplinar del Ictus de la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias (6 horas de evolución)". Entiende que "la remisión hospitalaria se realizó de manera diligente y con muy buen criterio por parte del médico de Urgencias, ante un cuadro clínico inespecífico, para una valoración más exhaustiva y en un entorno hospitalario, mediante medios diagnósticos avanzados", advirtiéndole que "en el momento en el que se identificaron en Urgencias los signos neurológicos se realizó un TC craneal urgente (18:15 h) que confirmó un ictus isquémico extenso y establecido en el territorio de la arteria cerebral media derecha, con un ASPECTS de 2" y que "el valor de la escala ASPECTS obtenido evidenciada que el ictus llevaba considerables horas de evolución (mínimo entre 8 y 12 horas), contraindicando el tratamiento de repercusión debido al alto riesgo de complicaciones y la irreversibilidad del daño neurológico", a lo que se sumaba la situación previa de gran dependencia funcional de la paciente", señalando que "el desenlace clínico fatal fue consecuencia de la propia gravedad del ictus y de las circunstancias clínicas de la paciente, no de una actuación negligente por parte de los profesionales sanitarios".

8. Mediante oficio notificado el día 30 de mayo de 2025 se da traslado a las interesadas de la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

El 18 de junio de 2025, se presenta un escrito de alegaciones firmado por una de las reclamantes reiterando sus pretensiones. Destacan los factores de riesgo que presentaba su madre y que en la exploración domiciliar que empieza a las 16:06 h la falta de colaboración reflejada "no descarta si (...) se pudiera deber a falta de comprensión de lo que se le dice, que precisamente es un síntoma de ictus", insistiendo en que "la médica no detalla en qué consistió dicha exploración. Ante una 'dudosa' desviación de la comisura izquierda, la sensación de muerte inminente (...) y la insistencia de sus dos hijas en la posibilidad de que estuviese sufriendo un ictus, dados sus factores de riesgo y

que tenía la boca torcida, debía de haber descartado el ictus y haberle hecho algunas pruebas allí mismo, de fácil ejecución tales como pedirle que sonría, que levante los brazos para ver si se le caen, etc.” insistiendo en que “no hizo constar documentalmente en su primera asistencia detalle alguno de una eventual exploración (...), teniendo en cuenta que la desviación de la comisura bucal por parálisis facial debió de corresponder al primer signo de la presentación del ictus, debía de haber facilitado dicha información a la Unidad de Soporte Vital Básico para que constase en observaciones./ Sin embargo, cuando llega (al centro hospitalario), la única observación y motivo de traslado es vómitos y diarrea repetitiva”, señalando que “también es o puede ser un síntoma de ictus, aunque no tan evidente como la desviación de la comisura izquierda”. Indican que “pasan más de 60 minutos entre el triaje y la primera exploración médica efectuada” en el hospital, y que “ello no hubiera ocurrido si se hubiese activado el Código Ictus”, lo que hubiera determinado, señalan, que “se le hubiera hecho el tac nada más llegar o como máximo en una hora desde su llegada a Urgencias”. Añaden que “a las 18 horas en exploración en Urgencias diagnostican un ictus objetivando parálisis facial izquierda, lenguaje repetitivo, que no movilizaba los miembros inferiores de forma espontánea, que no movía el brazo derecho y que presentaba temblores en la pierna derecha e inmovilización espontánea. Y a la vista de dicha exploración activan el Código Ictus por clínica hemisférica derecha de tiempo de evolución indeterminado. La médica que le asistió en su domicilio unas dos horas antes, exactamente a las 16:06, debía de haber llegado al mismo diagnóstico o al menos haber sospechado de un ictus y no de una crisis nerviosa./ Desde que acude la médica a su domicilio y la diagnostica de crisis nerviosa hasta que llega a urgencias pasan solo 28 minutos. El problema es que una vez allí, ante la falta de detalle de todos sus síntomas”, unido a las observaciones del SAMU, “hace que se le clasifique en triaje como C (por malestar general, vómitos y diarrea) de modo que no la examinan hasta las 18:02 y no se le haga un tac hasta las 18:15./ Como consecuencia del retraso en su diagnóstico en más de dos horas desde su primera asistencia médica y no haberse activado de inmediato el

Código Ictus y protocolo para estos casos, falleció”, indicando que “se le hubiera podido administrar a tiempo el tratamiento adecuado para facilitar este fatal desenlace”, insistiendo en que no existen pruebas que permitan concluir que “los síntomas habían empezado a las 7 de la mañana”, momento en que el marido se fue a trabajar, pues “en la historia actual de Neurología figura paciente derivada por (su médico de Atención Primaria) por MEG desde esta mañana con vómitos y diarrea. Su marido se va a trabajar sin saber si presentaba en ese momento déficit neurológico”, afirmando que los síntomas se presentaron “poco antes de acudir la médico de Atención Primaria a su domicilio”, quien “debía de haber sospechado dado los factores de riesgo (...) y los síntomas”.

Señalan que “no se sabe si el desenlace clínico fatal de fallecimiento de la paciente fue consecuencia de la propia gravedad del ictus porque ni siquiera se sabe si era de progresión rápida o lenta./ Y no se sabe si el daño cerebral era irreversible o no cuando la médica que le asistió en su domicilio apreció crisis nerviosas sin descartar el ictus que acabó con su vida. No se sabe qué hubiera ocurrido si hubiera sido valorada por un neurólogo nada más llegar a urgencias en lugar de transcurridas más de 2 horas desde su llegada”, destacando que “no se sabe si cumplía o no con el criterio horario para la activación del Código Ictus”.

Reprochan, además, a la Administración sanitaria que no consta “que se le haya realizado un estudio en angiográfico ni un estudio de perfusión que se ha de efectuar a los pacientes con evolución de entre 6 y 24 horas o tiempo indeterminado desde el inicio del evento, que discrimine el tejido infartado del tejido isquémico recuperable”, afirmando que “en caso de inicio indeterminado hay que hacer estudios de viabilidad tisular mediante técnicas de perfusión”. Destacan además el dolor causado a las hijas de la paciente “porque los síntomas que relató su madre y ellas mismas no se tuvieron en consideración por la médica que la asiste en su domicilio”.

9. El 20 de junio de 2025 la Instructora del procedimiento formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio, entendiendo que “no se cumplían los criterios necesarios para la activación del Código Ictus, dado que los síntomas se presentaban desde hacía más de seis horas (existiendo dudas sobre si se iniciaron el día previo o en la mañana del mismo día, alrededor de las 7:00 h). Las imágenes obtenidas mediante la realización del TC craneal en el Servicio de Urgencias corroboraron que el ictus se encontraba en un estado muy evolucionado”.

10. En este estado de tramitación, mediante escrito de 24 de junio de 2025, 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 las reclamantes activamente legitimadas 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 en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la Ley 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 el 16 de septiembre de 2024, en relación con el fallecimiento que tuvo lugar el día 21 de marzo del mismo año, por lo que es claro que ha sido formulada dentro de plazo.

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 las reclamantes interesan el reconocimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria por los daños derivados del fallecimiento de su madre, que consideran resultado de la falta de aplicación del Código Ictus ante la evidencia de los signos que lo aconsejaba en la primera atención sanitaria y el consiguiente retraso asistencial.

Acreditada la realidad del óbito y la relación de filiación señalada, 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 se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio público y si ha de reputarse antijurídico, en el sentido de que se trate de un daño que la perjudicada no tuviera el deber jurídico de soportar.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo (por todos, Dictamen Núm. 2/2025), el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por las 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 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*.

Debe tenerse asimismo presente que a la luz del resultado o de la evolución de la sintomatología puede hacerse una lectura diferente sobre el diagnóstico alcanzado en primer término, sin que ello deba influir en la valoración de una supuesta mala praxis si aquel resultaba adecuado en consideración a los síntomas dados al emitirse, resultando razonable.

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 estos 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 caso que nos ocupa, las reclamantes no han presentado un informe pericial que avale su tesis, a pesar de formular numerosas aseveraciones de carácter técnico, lo que nos obliga a resolver tomado en consideración únicamente la documentación clínica emitida por los servicios sanitarios.

En el caso analizado nos encontramos con una mujer que fallece a los 63 años tras sufrir un ictus isquémico y en el que sus hijas reprochan a la Administración sanitaria una inadecuada asistencia en el domicilio y a su llegada al hospital, donde se aplica un triaje C a la vista del motivo de consulta indicado, entendiendo que la médica que la atiende en el domicilio debería haber valorado que se trataba de un ictus, como, según se indica en la reclamación, afirmaban los miembros de la familia presentes, dejando constancia de ello para la activación inmediata del Código Ictus y la oportuna recepción de la paciente en sede hospitalaria.

Según consta en el expediente, el Servicio del 112 recibe dos llamadas -a las 15:54 y a las 15:55 horas- solicitando asistencia domiciliaria urgente el día 17 de marzo de 2024 para una paciente encamada que estaba con los ojos cerrados y tenía dificultades respiratorias y diarrea, manifestando angustia y “que sentía que iba a morir”. El equipo sanitario llega al domicilio a las 16:06 h, procediéndose a la exploración, que no puede completarse por el estado de la paciente, que no colabora -sobre el que no se realiza en los informes un juicio

de valor, sino que tal expresión describe la situación clínica-, y decidiéndose el traslado en ambulancia al hospital, de cuyo Servicio de Neurología ya era paciente según su historia clínica.

Debe señalarse que se trataba de una paciente dependiente, con dificultades de movilidad y con un deteriorado estado de salud, que presentaba una enfermedad depresiva y un estado de ansiedad por el que estaba siendo tratada, en cuyo historial se refleja la existencia de episodios previos de sensación de muerte inminente (al menos desde 1996 según el relato de la propia paciente), estando afectado su sentido de la orientación.

Sobre el momento en que aparecen los síntomas de alarma, es la propia familia la que refiere que se habrían empezado a manifestar el día antes, con vómitos y diarrea. En la valoración domiciliar la médica interviniente entiende que se trata de una crisis nerviosa y deja constancia de “dudosa desviación de comisura labial izq.”, lo que no es un síntoma inequívoco de ictus, a pesar de las afirmaciones contenidas en la reclamación. Lo cierto es que el día en que se solicita asistencia médica, la paciente presenta varios síntomas que llevan a aquella a descartar el ictus, máxime en atención a los antecedentes concurrentes: habla con fluidez, sin afasia ni disartria, y estaba orientada, sin que la falta de fuerza en las extremidades se pueda comprobar por su falta de colaboración durante la exploración. El personal sanitario concluye que no se cumplen los criterios para activar el Código Ictus, trasladándose a la paciente al hospital, donde ingresa a las 16:37 h, constando que entre las 16:48 y las 16:52 se registra el triaje inicial de Enfermería asignándole una prioridad III, que exige la valoración médica antes de 60 minutos, lo que se produce a las 17:23 h, constando a las 17:27 h una referencia a un posible ictus. El informe de Enfermería señala que se trata de una “paciente mujer de 63 años que acude a Urgencias derivada de (Atención) Primaria por cuadro de vómitos y diarrea de varios días de evolución. AP: Pluripatología, obesidad mórbida, problema social (...). A su llegada consciente, verborreica, poco colaboradora. Presenta dolor, palidez y mal relleno capilar en MSD. Extraída analítica y canalizada (vía venosa periférica) en (miembro superior izquierdo). Aviso a

(médico de guardia) y pasa a (Área de Cuidados Urgentes) por posible Código Ictus”, realizándose un tac craneal que evidencia “lesión isquémica establecida en la práctica totalidad del territorio superficial y profundo de la (arteria cerebral media) derecha. ASPECTS 2. Importante edema citotóxico con borramiento de los surcos de la convexidad derecha, sin repercusión significativa sobre el sistema ventricular ni en la línea media”, ingresando en planta del Servicio de Neurología con mala evolución y mal pronóstico, que es explicado a la familia.

El informe del Servicio de Neurología determina que la hora de comienzo de los síntomas no se conoce con certeza y que es en el Servicio de Urgencias donde se objetiva por primera vez una sintomatología que permite la sospecha de un ictus (posición cefálica rotada a la derecha, facial izquierdo y plejía de miembro superior izquierdo), por lo que se da aviso a la guardia de este Servicio, cuyo personal valora a la paciente y activa el Código Ictus, concluyendo que éste se activa “en el mismo momento que se documentó la existencia de una sintomatología deficitaria focal sugestiva de afectación encefálica y que, dado que la lesión cerebral ya estaba establecida (lo que nos indica que probablemente el evento inicial se habría iniciado al menos 8-12 horas antes) y no era subsidiaria de ningún tratamiento de repermeabilización, se procedió al ingreso de la paciente en la planta de hospitalización para proseguir la vigilancia evolutiva, según proceder habitual, siendo en las horas siguientes cuando se constató el agravamiento sintomático propio de la ‘transformación maligna’ de algunos de estos tipos de ictus”.

Así las cosas, no cabe aceptar la presencia de un error diagnóstico o de un retraso diagnóstico determinante de un empeoramiento de la paciente o del fatal desenlace. Lo cierto es que, pese a las categóricas afirmaciones contenidas en la demanda, la afectada presentaba antecedentes que permitían alcanzar el diagnóstico inicial de crisis nerviosa, procediéndose con cautela a derivarla al hospital del que ya era paciente, incluyendo del Servicio de Neurología, y, sus síntomas no eran indicativos de accidente cerebrovascular. Incluso, en un análisis *ex post*, se concluye en los informes incorporados al

expediente que los que presentaba inicialmente aquella no permitían activar el Código Ictus, hasta el punto de poder afirmarse que ninguno de los síntomas que presentaba se encuadraba en los típicos del ictus.

A lo anterior se suma la cronología de los hechos. La reclamación y las alegaciones ulteriormente presentadas insisten en la falta de constancia del momento en que se produce el accidente cerebro vascular. Ello es así, pero sí figura que el día 16 de marzo, el día antes de solicitar asistencia, la paciente ya presentó algunos de los síntomas inespecíficos que al día siguiente se agudizarían, y, lo que resulta indubitado, la prueba de imagen realizada con carácter urgente a las 18:15 horas del día 17 revela un ictus isquémico extenso que evidencia por sus características que se había producido, como mínimo, entre 8 y 12 horas antes. Por lo tanto, la denunciada como tardanza en la activación del Código Ictus no es tal, pues debemos tener en cuenta que la primera llamada al 112 se produce a las 15:54 horas solicitando asistencia urgente, que se produce. La activación del citado Código Ictus requiere la presencia de ciertos síntomas, que no se daban y, de haberse sospechado que se trataba de esta dolencia a la llegada al hospital, tampoco la paciente se encontraba en condiciones de someterse a los tratamientos que, mediante la valoración ex post, reclama la familia como indicados.

En definitiva, a la vista de la documentación clínica obrante en el expediente no existe evidencia probatoria suficiente para apreciar una mala praxis en la asistencia dispensada, quien en el momento de recibir asistencia domiciliaria no cumplía los criterios exigidos para activar el Código Ictus, sin que a la llegada al hospital el ictus fuera detectable ni, por la evolución que se evidencia al realizarse una prueba de imagen dentro de un plazo horario razonable a la vista de la sintomatología, en ese momento se pudiese evitar el fatal desenlace, no concurriendo retraso asistencial alguno.

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 que la persona atendida presenta, ponderada la respectiva naturaleza de tales 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, procediendo, según lo antes expuesto, la desestimación de la reclamación objeto de estudio.

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

LETRADA ADJUNTA
A LA SECRETARÍA GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.