



ANTECEDENTES

PRIMERO.- Mediante escrito fechado el 5 de septiembre de 2005, x., en nombre y representación de su marido, x., presenta reclamación de responsabilidad patrimonial por la deficiente asistencia sanitaria recibida en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (HUVA). Según la reclamante los hechos ocurrieron del siguiente modo:

1. El día 7 de septiembre de 2004 el x. sufre unas molestias en su lugar de trabajo (mareos, vómitos y malestar general), siendo atendido por los profesionales del 061.
2. Tras dicho reconocimiento lo trasladaron al servicio de urgencias del HUVA en el que ingresó sobre las 20:45 horas, quedando en observación.
3. El cuadro clínico que presentaba el paciente era perfectamente compatible desde el primer momento con el de un infarto cerebeloso, si bien la actuación médica seguida en el citado servicio de urgencias no se ajustó a dicha circunstancia, pues desde que el paciente entra en observación hasta que le realizaron las pruebas diagnósticas adecuadas transcurren varias horas, de hecho la realización de la tomografía axial computarizada (TAC) tuvo lugar con bastante retraso. Por el contrario sí se produjo una sedación del paciente, lo cual está totalmente contraindicado en cualquier proceso de infarto cerebral.
4. El documento de alta facilitado a la familia no aclara el proceso que sigue el paciente en el tiempo transcurrido desde que ingresó en el servicio de urgencias, hasta su traslado al Servicio de Neurología.

Según la reclamante los anteriores antecedentes evidencian que bien no se hizo un seguimiento del paciente en el servicio de urgencias o bien se demoró injustificadamente la práctica de las pruebas diagnósticas o bien se produjo un error diagnóstico inicial, tesis que parece la más posible, teniendo en cuenta que se sometió al paciente a un tratamiento contraindicado en los procesos de infarto cerebral.

Como consecuencia de la deficiente asistencia sanitaria recibida el paciente sufre hemiparesia derecha moderada severa, con limitación funcional. Termina su escrito solicitando se reconozca la existencia de una asistencia sanitaria defectuosa y, en consecuencia, se le indemnice por razón de los daños y perjuicios sufridos, en la cantidad de 338.528,22 euros, según desglose que se indica en el escrito de reclamación (folios 5 y 6).

Acompaña a su escrito copia de diversa documentación relacionada con la asistencia sanitaria recibida, entre la que se encuentra la de un escrito presentado por la hija del paciente, x., el día 17 de septiembre de 2004, ante la Consejería de Sanidad, solicitando una investigación de los posibles errores médicos que se pudieran haber cometido en la asistencia prestada a su padre, al tiempo que reclama la indemnización que pudiera corresponder en concepto de responsabilidad patrimonial.

SEGUNDO.- El escrito se admite a trámite mediante Resolución del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (SMS) por la que también se designa órgano instructor. Este último solicita de la Gerencia de Atención Primaria (GAP) del 061 y del Director Gerente del HUVA, copia cotejada de las historias clínicas y los informes de los profesionales que atendieron al marido de la reclamante; al mismo tiempo comunica a esta última la recepción de su reclamación, el órgano encargado de su tramitación, el plazo para la resolución, el efecto del silencio

administrativo y le requiere para que concrete los medios de prueba de que pretenda valerse. Finalmente comunica la interposición de la reclamación a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y a la aseguradora del SMS.

TERCERO.- La reclamante, mediante escrito presentado el 15 de noviembre de 2005, propone la práctica de la siguiente prueba documental:

1. Parte de asistencia del servicio 061.
2. Informe clínico del servicio de urgencias del HUVA.
3. Pruebas diagnósticas solicitadas al servicio de radiodiagnóstico, con indicación de la hora en la que se solicitaron.
4. Informe clínico de la unidad de cuidados intensivos (UCI).
5. Informe clínico del servicio de neurología.
6. Informe completo de alta médica.

CUARTO.- Desde la GAP de Murcia se remite la historia clínica del paciente en la que figura la hoja de asistencia de urgencia domiciliaria, en la que se hace constar como posible diagnóstico el de isquemia miocárdica y como tratamiento el de cafinitrina sublingual. Asimismo figura el traslado en ambulancia al servicio de urgencias del HUVA.

QUINTO.- El Director Gerente del HUVA, mediante escrito fechado el 22 de noviembre de 2005, remite copia de la historia clínica del x., así como informe del Dr. x., Coordinador de Urgencias, en el que manifiesta lo siguiente:

"Según consta en la Historia Clínica, el paciente ingresa en Urgencias del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, el día 7 de septiembre de 2004, con un cuadro clínico compatible con síndrome vertiginoso (mareos, náuseas, vómitos).

Como no cede la sintomatología con el tratamiento administrado (primperan y dogmatil), el paciente es trasladado a la Sala de Observación.

A las tres horas del día 8 de septiembre de 2004, la familia fue informada de la situación clínica del paciente y que se quedaba en el Área de Observación.

El día 8/09/04, se le realizó un TAC craneal simple en el que se informa de infarto cerebeloso derecho isquémico agudo-subagudo. No hidrocefalia ni sangrado agudo intra ni extraxial.

El paciente es ingresado en planta sufriendo un deterioro progresivo como a veces ocurre con los infartos de fosa posterior, como queda reflejado en la Historia Clínica.

Durante su estancia en Urgencias las atenciones de enfermería y el tratamiento médico administrado fue correcto según consta en la Historia Clínica".

SEXTO.- Con el fin de practicar la prueba propuesta por la reclamante, la instructora dirige escrito al Director

Gerente del HUVA, solicitando sendos informes del servicio de neurología y de la UCI de dicho Hospital. Asimismo, se recaba la remisión de las pruebas diagnósticas llevadas a cabo por el servicio de Radiodiagnóstico, con indicación de las horas en las que se solicitaron y se practicaron.

El requerimiento es atendido mediante escrito fechado el 11 de enero de 2006, en el que se indica lo siguiente:

1.º El informe del Servicio de Neurología fue emitido el 13 de junio de 2005 a instancia de la Inspección Médica, en el curso de una investigación abierta como consecuencia de la reclamación presentada por la hija del paciente ante la Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano, Ordenación Sanitaria y Drogodependencia.

2.º No consta que el paciente estuviese ingresado en la UCI; donde sí estuvo fue en la Unidad de Reanimación, cuyo informe de alta, obrante en la historia clínica, se manifiesta en los siguientes términos:

"MOTIVO DE INGRESO EN REANIMACIÓN: paciente procedente de quirófano de urgencias tras drenaje ventricular externo por hidrocefalia aguda.

AP: No AMC. No HTA, Hernia de disco lumbar. No antecedentes quirúrgicos.

Enfermedad actual: El 7-9-04 (corregido a mano "8-9-04") ingresa en la planta de neurología por infarto cerebeloso derecho con edema y efecto masa sobre IV ventrículo sin signos de hidrocefalia ni de sangrado agudo. El 8.09.04 por la mañana (corregido a mano "tarde") se encuentra en estado de coma con respuesta a estímulos dolorosos pero no verbales y pupilas mióticas débilmente reactivas por lo que se le realiza TAC de urgencia que informa de signos de herniación transtentorial con obliteración total del IV ventrículo y cisternas peritroncales más dilatación del sistema ventricular. Se interviene de urgencia, bajo anestesia general, realizándose trépano derecho y drenaje ventricular con salida de LCR a poca presión conectada a bolsa y medición de PIC. Ingresa en reanimación intubado, sedado, con ventilación mecánica y estable hemodinámicamente.

*Evolución: El paciente tras la retirada de la sedación presenta respuesta de extensión al dolor y pupilas mióticas poco reactivas con PIC normalizada se retira catéter ventricular al 4º día de su ingreso. Se le realiza traqueostomía y se inicia tratamiento con cefotaxima y tobramicina por infiltrado basal derecho con cultivo de secreciones bronquiales positivo a *serratia marcescens* sensible a tratamiento antibiótico.*

Progresivamente el paciente evoluciona neurológicamente con respuesta a órdenes verbales y movilidad de las cuatro extremidades. Se realiza TAC craneal de control en el que se observa hidrocefalia y se reinterviene para colocar drenaje ventricular con medición de PIC que permanece estable tras 48 h del cierre del drenaje y se retira el catéter y se inicia periodo de destete. Al alta presenta glasgow de 12 con resolución de la neumonía basal derecha tanto analítica como radiográficamente con una PO2 110, PCO2 36 y PH 7.43 y Na 129 que se trata con hipersalino.

Juicio Clínico:

- 1. Infarto cerebeloso izquierdo con efecto masa sobre IV ventrículo.*
- 2. Hidrocefalia resuelta tras drenaje ventricular externo (retirado).*
- 3. Neumonía basal derecha por *serratia marcescens* resuelta.*

Tratamiento: Según hoja adjunta".

3.º En relación con las pruebas diagnósticas efectuadas por el Servicio de Radiodiagnóstico, señala que "existe constancia de que tanto en la fecha de ingreso como en las posteriores se solicitaron y practicaron abundantes pruebas, quedando únicamente reflejadas la fecha de realización de las mismas, pero no la hora exacta en que se solicitan o se emiten. Dejar constancia que las pruebas solicitadas por el Servicio de Urgencias se practican en el acto".

SÉPTIMO.- Seguidamente el órgano instructor solicita de la Inspección Médica copia del informe del servicio de neurología que obra en su poder, que es remitido con fecha 2 de marzo de 2006, y cuyo contenido se transcribe a continuación:

"En relación a la reclamación presentada por los familiares de x. se contesta a las siguientes preguntas:

¿Qué tipo de observación se le realizó?

¿Quién tomó las decisiones?

¿Por qué sabiendo en un determinado momento que existe una dolencia grave, no se le mantuvo bajo monitorización y observación?

¿Por qué se le dejó en planta a la espera de la visita de otro médico que le reconocerá al día siguiente?

X. acudió a puerta de urgencias el día 7 de septiembre de 2004 con hora de asistido a las 21:12 horas con cuadro clínico de mareo y vómitos. El paciente es valorado por puerta de Urgencias y tras realización de anamnesis, exploración física y exploraciones complementarias es ingresado a cargo de Neurología con juicio clínico de ACV cerebeloso el día 8 de septiembre de 2004 a las 15:39 horas. El paciente llega a planta de Neurología el mismo día 8 de septiembre de 2004 a las 18:35 horas. A las 18:45 horas tras ser avisados por las enfermeras, los internistas de guardia valoran al paciente solicitando TAC urgente en el mismo momento. El TAC se realiza a las 19:20 horas. Se decide intervención por hidrocefalia pasando el paciente a quirófano a las 19:35 horas siendo intervenido el paciente con éxito.

Desde el punto de vista neurológico el paciente es ingresado a cargo del Servicio de neurología el día 8 de septiembre de 2004 a las 15:39 horas por lo que como cualquier paciente queda pendiente de valoración por el especialista correspondiente a la mañana siguiente. Durante ese intervalo el paciente, queda a cargo del internista de guardia. En este caso el internista de guardia estaba valorando al paciente a los 10 minutos de su llegada a la planta y 60 minutos después el paciente había sido valorado incluso con exploraciones complementarias e iniciado el tratamiento prescrito, tras consulta con Neurocirugía, siendo intervenido el día 30 de septiembre de 2004. Viene a la planta de Neurología hasta que se recupera y se traslada después de 57 días a clínica concertada para su convalecencia".

Junto con este informe la Inspección Médica remite copia del elaborado por dicho órgano como conclusión a la investigación reservada llevada a cabo, en el que se indica lo siguiente:

"Los síntomas iniciales de un infarto cerebeloso, son similares a los de un síndrome vertiginoso, por lo que el error inicial en el diagnóstico no puede considerarse mala praxis o negligencia.

No se ha podido constatar en qué momento, los síntomas que presentaba x. durante la madrugada del día 08/09/04 mientras permanecía en Urgencias, hicieron sospechar que no se trataba de un síndrome vertiginoso y determinaron la realización del primer TAC craneal.

No hay constancia, en la historia clínica, de la vigilancia a la que fue sometido mientras estaba en Urgencias, tras la realización del primer escáner, y hasta el momento en que fue trasladado a planta.

Desde las 13,30 horas del día 08/09/04, cuando una médico de urgencias le comunica a la familia que se ha producido un infarto cerebeloso, hasta las 19,45 horas en que el neurólogo de guardia reconoce al paciente en planta, a petición de la familia, no hay constancia de los controles sobre el paciente.

En la dinámica habitual de trabajo en Urgencias, una vez que un paciente es diagnosticado y se ordena su ingreso, transcurre un tiempo en el que no aparecen registros, ya que se ha cerrado la historia en urgencias y está pendiente de reabrirse con el ingreso en planta. Este período de tiempo, es más o menos largo en función de la disponibilidad de camas, y este puede ser el motivo de que no aparezca constancia del control sobre el paciente durante casi seis horas.

Hasta un 10% de los infartos cerebelosos pueden desarrollar un edema rápidamente progresivo, en el que se puede comprimir el tronco del encéfalo, el cuarto ventrículo o el acueducto de Silvio, llegando a producir hidrocefalia aguda y la muerte del paciente. La cirugía descompresiva de la fosa posterior, asociada o no a una exéresis del infarto o a un drenaje ventricular externo supratentorial, puede mejorar radicalmente el pronóstico de estos pacientes. Esta fue la actuación médica que se realizó con x., consiguiendo salvar su vida, pero no pudiendo evitar las secuelas que se derivan del infarto cerebeloso y de la hidrocefalia secundaria al mismo".

OCTAVO.- La Inspección Médica en su informe destaca la existencia de una serie de cuestiones que no han sido resueltas por el servicio de neurología, lo que provoca que la Instructora se dirija a dicho servicio con el fin de que informe sobre lo siguiente:

"1. Desde el diagnóstico en Urgencias de Infarto Isquémico Agudo Subagudo cerebeloso, asistencia prestada (tratamiento instaurado, controles efectuados...).

2. Modificaciones en el tratamiento a su llegada a planta (si las hubo).

3. Valore la posibilidad de haber realizado otro tratamiento o actuación clínica, que hubiera evitado la hidrocefalia secundaria y las secuelas".

El requerimiento es atendido por el Jefe de Servicio de Neurología, Dr. x., en el siguiente sentido:

"El paciente entró en la planta de Neurología y con el personal de la misma el día 8 de septiembre.

Cuando un paciente tiene un infarto cerebeloso a veces no se ve en los estudios iniciales de Neuroimagen, a pesar de la alta sospecha clínica. La actitud correcta entonces es la observación clínica que es el único tipo de monitorización válida que se realiza, es decir, es el personal de enfermería y médico el que observa y vigila los parámetros clínicos, como es el estado de conciencia, a veces deprimido y otras agitado, y en ocasiones es necesario una sedación juiciosa. Valora además la necesidad y el tiempo preciso para la realización de TC de control y la periodicidad del mismo, por si (puede ocurrir o no) el infarto aumenta de tamaño y comprime estructuras vitales como el tronco cerebral y además bloquea el drenaje de líquido cefalorraquídeo, como ocurrió en este paciente. Esta complicación es impredecible y puede ser gradual, o súbita.

Entonces hay que proceder a un tratamiento antiedema, como se hizo, y a intervención quirúrgica, como se hizo por el servicio de Neurocirugía, sin dilación ni demora, a derivación externa de líquido cefalorraquídeo intracraneal bloqueado.

Por tanto, la actitud clínica del personal fue la correcta, actitud expectante y adaptada a la evolución, con el tratamiento adecuado en todo momento, y no existe otra alternativa terapéutica en estos casos. Las secuelas son las propias de un proceso de riesgo vital, que en este paciente por el seguimiento y por la actitud correcta en todo momento se pudo evitar"(sic).

NOVENO.- Solicitado, el día 7 de abril 2006, informe al Servicio de Inspección de Prestaciones Asistenciales, es emitido con fecha 18 de junio de 2008. En él la Inspectora informante, tras analizar la documentación obrante en la historia clínica y entrevistar personalmente a la Dra. D.^a x., facultativa que realizó el seguimiento del paciente en observación en el servicio de urgencias el día 8 de septiembre de 2004, concluye del siguiente modo:

"1.º El paciente x., ingresó en la sala de observación de Urgencias del Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia a las 21 horas del día 7 de Septiembre de 2004 con síntomas de mareo y vómitos con cortejo vegetativo. Tras realizarle las pruebas complementarias básicas, se le puso tratamiento sintomático al que respondió bien y del que iba a ser alta para estudio posterior por su médico de familia.

2.º Debido a la diligencia profesional de los profesionales de urgencias, al ver la persistencia del mareo al día siguiente se solicitó un TAC que reflejó el diagnóstico preciso, indicándose en ese mismo momento el cambio de tratamiento, actitud y se instauró vigilancia indicada en estos casos.

3.º Desfavorablemente, el paciente sufrió de forma precoz (en la evolución) y rápida (en su ejecución), la complicación de hidrocefalia por hernia transtecal que ocurre en el 10% de los casos, sin que haya nada que se pueda hacer para evitar su aparición, y ocurrió antes de lo usual tras la aparición del infarto. El paciente debió sufrir el deterioro de conciencia en el trayecto desde la sala de observación hasta su presencia en planta.

4.º De forma inmediata, acudió el facultativo de guardia, quien realizó un diagnóstico preciso y tratamiento eficaz, siendo el tratamiento de elección para este proceso que refleja la medicina basada en la evidencia".

Finaliza señalando que "el paciente, no solo estuvo bien tratado y atendido, sino que dadas las circunstancias de aparición de su enfermedad y posterior complicación, fue atendido con gran esmero, dedicación y profesionalidad. Aunque, puede que no se satisficiera la información que en ese momento precisara la familia".

DÉCIMO.- El Letrado del Ilte. Colegio de Abogados de Murcia, x., presenta escrito por el que solicita a la instrucción del expediente que se le considere como director letrado en el procedimiento, a cuyo efecto acompaña escritura de poder otorgada a su favor por x.

UNDÉCIMO.- La Compañía de Seguros envía al órgano instructor informe de los Dres. x, y, especialistas en Neurología, en el que, tras resumir los hechos y efectuar las consideraciones médicas que en el informe se recogen, concluyen del siguiente modo:

"1. El paciente que nos ocupa sufrió un infarto cerebeloso de características atípicas en cuanto a su presentación clínica y evolución.

2. La ausencia de factores de riesgo vascular, la edad del paciente y la ausencia de signos cerebelosos en la exploración neurológica inicial, son factores que añadieron dificultad al proceso diagnóstico y que contribuyeron a que no se estableciera este diagnóstico desde el principio.

3. No obstante, el paciente permaneció en observación en las horas siguientes y a pesar de que experimentó una notable mejoría, lo que llevó a sus médicos a programar el alta para la mañana del día siguiente, se decidió con buen criterio reevaluarlo, lo que permitió, sospechar otras posibilidades diagnósticas y solicitar una TC cerebral que llevó al diagnóstico definitivo de infarto cerebeloso.

4. Es muy probable que si se hubiera realizado esta prueba al ingreso, a pesar de no existir una sospecha clínicamente fundada y tal como reclama la familia del paciente, el infarto cerebeloso no fuera visible todavía y no hubiera permitido adelantar el diagnóstico.

5. A la vista de este nuevo escenario clínico, se modificó el tratamiento añadiendo un antiagregante plaquetar (aspirina®) y un fármaco antiedema (fortecortin®), se ordenó vigilancia neurológica y se cursó ingreso a cargo de Neurología.

6. Unas horas mas tarde, el paciente sufrió un deterioro rápido del nivel de conciencia, Se valoró de nuevo al paciente, se constató su situación de coma y se indicó una nueva TC cerebral. El resultado de la misma confirmó cambios con respecto al previo de la mañana: la presencia del edema cerebeloso, la situación de herniación transtentorial, la hidrocefalia y la hipertensión intracraneal.

7. A la vista de todo ello, se reforzaron las medidas antiedema (manitol© y nueva dosis de fortecortin®) y se contactó con Neurocirugía para realizar tratamiento quirúrgico, lo que como se ha expuesto con anterioridad, se realizó inmediatamente.

8. La precocidad en la presentación de esta complicación debe considerarse como muy infrecuente puesto que a pesar de que puede presentarse hasta en un tercio de los pacientes que sufren un infarto cerebeloso, es excepcional que se desarrolle en las primeras 24 horas de evolución.

9. Es muy frecuente las situaciones de agitación y confusión en la fase aguda del infarto cerebral y para ello se recomienda el uso de medicación sedante, en concreto los neurolépticos son los fármacos de primera elección, no estando, sin embargo contraindicados el uso de benzodiazepinas. Por tanto, es erróneo, como afirma la familia, que los sedantes estén contraindicados en la fase aguda del infarto cerebral.

10. Con respecto a lo anterior, al paciente no se le administró en ningún momento barbitúricos, recibió dogmatil (neuroléptico sedante vestibular) y valium® (diazepam, benzodiazepina), la ultima dosis de estos fármacos administrada fue a las 10:00 h de la mañana del 8 de septiembre de 2004.

11. Por los motivos antes expuestos, la administración de este tipo de tratamiento no puede considerarse

relacionado ni con la evolución clínica del paciente (infarto cerebeloso que desarrolla edema y condiciona hipertensión intracraneal), ni con la neumonía posterior sufrida días después de la intervención y muy probablemente relacionada con su ingreso en la unidad de reanimación y con la necesidad de intubación, traqueostomía y ventilación mecánica prolongada.

12. Para terminar debemos afirmar que el paciente salvó su vida por la actuación prudente, profesional y diligente de los médicos que le atendieron que reevaluaron su situación clínica en varias ocasiones, no dando por sentado ninguna de las impresiones diagnósticas previas, lo que llevó a alcanzar el diagnóstico definitivo, diagnosticar precozmente la complicación de la hipertensión intracraneal y a aplicar el mejor tratamiento médico y quirúrgico en un plazo de apenas una hora".

DUODÉCIMO.- Conferido trámite de audiencia a las partes, la aseguradora no comparece, en tanto que el Letrado del interesado presenta alegaciones (folios 275 a 289, inclusive), mediante las que rebate las conclusiones de los informes médicos emitidos por la Inspección Médica y por los peritos de la aseguradora, reiterando su apreciación sobre la concurrencia de una mala praxis médica en el diagnóstico y tratamiento de las dolencias que sufría el paciente. Acompaña a su escrito Resolución del Instituto Nacional de la Seguridad Social, por la que se reconoce al x. en situación de gran invalidez y lleva a cabo una nueva cuantificación de la indemnización solicitada que cifra en 595.305,44 euros.

DECIMOTERCERO.- Mediante escrito fechado el 13 de enero de 2009, la instructora traslada a la Inspección Médica las alegaciones formuladas por el interesado, solicitando la emisión de un informe complementario. Tras ser reiterada dicha solicitud en dos ocasiones (13 de enero y 30 de noviembre de 2009), el informe es emitido con fecha 10 de diciembre de 2009, aunque tiene entrada en registro del SMS el 20 de enero de 2010, y en él, tras dar respuesta a las cuestiones planteadas en el escrito de alegaciones, la Inspectora concluye ratificándose en su primer informe, al considerar que las alegaciones del reclamante no alteran el mismo, ni añaden ninguna circunstancia que lo contradiga.

DECIMOCUARTO.- Conferido nuevo trámite de audiencia a las partes, la aseguradora tampoco comparece, haciéndolo, sin embargo, el letrado del interesado alegando que la emisión del informe complementario ha constituido un trámite dilatorio y que, con el fin de no alargar más la resolución del expediente, renuncia a formular alegación alguna.

Seguidamente fue formulada propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, al considerar que no concurren los requisitos necesarios para la declaración de la responsabilidad patrimonial.

En tal estado de tramitación V.E. dispuso la remisión del expediente al Consejo Jurídico en solicitud de Dictamen, mediante escrito que tuvo entrada el día 2 de marzo de 2010.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, al versar sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia (LCJ), en relación con el 12 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RRP).

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

El paciente, al ser quien sufre el daño que se imputa al funcionamiento del servicio público, es quien ostenta legitimación activa para reclamar, en virtud del artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC). La iniciación del presente procedimiento se llevó a cabo, en nombre y representación del x., por su esposa, x., sin que tal representación se haya acreditado, según establece el artículo 32 LPAC, por cualquier medio válido en derecho que deje constancia fidedigna, o mediante declaración en comparecencia personal del interesado. Sin embargo, tal defecto procedimental ha de entenderse subsanado con la comparecencia en el expediente de un letrado, debidamente autorizado para ello mediante poder otorgado por el x. ante notario, lo que supone una ratificación de los actos realizados por la que compareció inicialmente en su nombre.

En cuanto a la legitimación pasiva tampoco suscita duda que la actuación a la que el reclamante imputa el daño que dice haber sufrido, acontece en el marco del servicio público prestado por la Administración sanitaria regional.

Desde el punto de vista temporal, la reclamación fue interpuesta dentro del plazo de un año que la Ley concede para que el perjudicado deduzca su pretensión ante la Administración. En efecto, según el artículo 142.5 LPAC el derecho a reclamar prescribe al año de producirse el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. Añadiendo que en caso de daños a las personas, de carácter físico o psíquico, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas. Pues bien, en el caso que nos ocupa las actuaciones anómalas que se imputan a la Administración sanitaria se habrían producido el día 8 de septiembre de 2004, sin embargo el paciente no fue dado de alta hospitalaria hasta el día 9 de enero de 2005, precisando aún tratamiento rehabilitador, por lo que la reclamación, presentada el día 6 de septiembre de 2005, ha de entender deducida dentro plazo.

El procedimiento seguido por la Administración instructora se ha acomodado, en términos generales, a las normas jurídicas aplicables a las reclamaciones por responsabilidad patrimonial de la LPAC y del RRP. No obstante cabe señalar que se ha rebasado ampliamente el plazo para la resolución de la reclamación (artículo 13.3 RRP), constando la paralización de actuaciones desde el 7 de abril de 2006, fecha en la que se solicita informe de la Inspección Médica, hasta el día 18 de junio de 2008, fecha en la que se emite. Posteriormente también consta la paralización del expediente entre el día 13 de enero de 2009, fecha en la que se solicita a dicha Inspección la emisión de un informe complementario, hasta el día 15 de diciembre de 2009, en que tiene entrada en el Registro General de la Consejería consultante escrito del Jefe de Servicios de Inspección de Prestaciones Asistenciales al que adjunta el informe solicitado. Sobre las consecuencias que la omisión de informes, preceptivos o facultativos, puede tener, tanto sobre la instrucción del procedimiento como sobre la posible responsabilidad en que pudieran haber incurrido los funcionarios obligados a emitirlos o remitirlos, damos por reproducidas las consideraciones contenidas en nuestro Dictamen núm. 137/2004.

TERCERA.- Elementos de la responsabilidad patrimonial de la Administración.

El artículo 106.2 de la Constitución Española reconoce el derecho de los particulares a ser indemnizados por cualquier lesión que sufran en sus bienes y derechos, cuando dicha lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos. Esta regulación constitucional resulta completada por el artículo 139.2 y 141 LPAC, para configurar así un régimen objetivo de responsabilidad patrimonial, de modo que cualquier consecuencia dañosa en los bienes y derechos de los particulares derivada del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos debe ser indemnizada, siempre y cuando se den los siguientes requisitos:

- a) Que exista un daño real y efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas.
- b) Que el daño tenga su causa en el funcionamiento de los servicios públicos.
- c) Que el perjudicado no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

Por otro lado, en lo que se refiere a reclamaciones patrimoniales en materia sanitaria, el Consejo de Estado ha afirmado en numerosas ocasiones (por todos, Dictamen núm. 3.362/2003) que para estimar las reclamaciones de

indemnización por daños derivados de intervenciones médicas o quirúrgicas, no resulta suficiente con que la existencia de la lesión se derive de la atención de los servicios sanitarios, pues ello llevaría a configurar la responsabilidad administrativa en estos casos, de forma tan amplia y contraria a los principios que la sustentan, que supondría una desnaturalización de la institución. Así pues, de acuerdo con dicha doctrina, en supuestos como el presente se hace preciso acudir a parámetros tales como la *lex artis*, de modo tal que tan solo en caso de una infracción de ésta cabría imputar a la Administración de la cual dependen los servicios sanitarios la responsabilidad por los perjuicios causados.

A su vez la doctrina jurisprudencial ha venido declarando la necesidad de fijar un parámetro que permita determinar el grado de corrección de la actividad de la administración sanitaria a la que se imputa el daño; es decir, que permita diferenciar aquellos supuestos en los que el resultado dañoso se puede imputar a la actividad administrativa y aquellos otros en los que el resultado se ha debido a la evolución natural de la enfermedad y al hecho de la imposibilidad de garantizar la salud en todos los casos, y ello porque, como ha manifestado la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo (sentencias de 4 de abril de 2000 y 17 de mayo de 2004, entre otras muchas), el criterio fundamental para determinar si concurre responsabilidad patrimonial en materia de asistencia sanitaria es el de la adecuación objetiva al servicio prestado, independientemente de que existan o no conductas irregulares por parte de los agentes de la Administración y del éxito de los actos terapéuticos, cuyo buen fin no siempre puede quedar asegurado.

CUARTA.- Actuaciones anómalas que se imputan al funcionamiento de los servicios sanitarios públicos.

Para el reclamante, hubo una mala praxis médica que se concretaría, a su juicio, en que cuando ingresó en el servicio de urgencias no fue debidamente atendido, demorándose, injustificadamente, la realización del TAC o, en su defecto, se produjo un error en el diagnóstico inicial, todo lo cual ha dado lugar a que el paciente sufra unas secuelas permanentes consistentes en hemiparesia derecha moderada, disartria y disfagia e incontinencia urinaria.

A tenor de lo establecido en el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, corresponde al reclamante la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que ésta ha sido causa directa e inmediata de los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

En el expediente objeto del presente Dictamen no ha sido acreditado por el reclamante ni resulta del mismo que se haya producido una violación de dicha *lex artis*, sin que tampoco haya resultado probada la existencia de nexo causal entre la actuación médica y las secuelas alegadas por el interesado.

Por el contrario, de acuerdo con los documentos incorporados al expediente el paciente fue sometido a las pruebas indicadas en el protocolo médico de urgencias. A este respecto señala la Inspectora Médica *"que en más del 50% de los pacientes atendidos en urgencias no se llega a un diagnóstico preciso, ya que la capacidad de jerarquizar es la habilidad más relevante en los profesionales de la salud que atienden servicios de urgencias, y se define como: ordenar las prioridades del tratamiento de un individuo en la sala de urgencias, independientemente del motivo de consulta"*. Los protocolos médicos de diagnóstico aplicables en los servicios de urgencias no están encaminados a obtener un diagnóstico pleno de cualesquiera enfermedades que pueda sufrir el paciente, sino a lograr el diagnóstico, la sospecha, la exclusión o la no exclusión de aquellos procesos patológicos que, en función del cuadro que presente el paciente, puedan requerir una actuación médica urgente.

Cuando el x. fue trasladado al servicio de urgencias del HUVA no presentó durante casi 12 horas *"ningún síntoma o signo que indicara que debían repetirse más pruebas complementarias y/o atenciones especiales, aunque se indicara un seguimiento posterior para averiguar las causas del mismo. Este equipo dejó el informe de alta a domicilio realizado con el Diagnóstico (Juicio Clínico, equivale a diagnóstico probable) de ,síndrome vertiginoso,, así como el tratamiento que debía seguir y los consejos en la evolución (seguimiento por el Médico de Familia)"*. En este sentido, los peritos de la aseguradora también describen como adecuada la atención prestada al paciente ante los síntomas y constantes que presentaba: tensión arterial de 150/85; frecuencia cardiaca de 77 latidos por minuto; temperatura de 35°C y 12 respiraciones por minuto. La exploración general no mostraba anomalías relevantes y la exploración neurológica fue igualmente normal. Afirman que *"consta específicamente que se realizaron maniobras de exploración cerebelosas, siendo éstas normales en ese momento (,dedo-nariz normal,)"*.

También se le practicaron análisis de sangre y Rx de tórax y abdomen que, igualmente, fueron normales. Se le diagnóstica síndrome vertiginoso, se administra tratamiento con Dogmatil y Sulpiride y queda en observación.

Según la Inspección Médica esta decisión fue ajustada a *lex artis*, puesto que *"el paciente de mediana edad y sin factores de riesgos cardiovasculares, ingresó en urgencias con síntomas inespecíficos, para los que se instauró un tratamiento que le produjo ligera mejoría, no mostrando ningún síntoma o signo que hiciera pensar en pedir pruebas suplementarias a las habituales"*. De modo taxativo afirma al folio 366 del expediente que *"ha quedado sobradamente demostrado tanto en el informe pericial de la inspección como en el informe de los Neurólogos (Dres. x, y), como en la bibliografía consultada y referida en ambos informes y en este informe complementario, que el paciente no presentaba ningún signo, síntoma o factor de riesgo que orientara a un infarto cerebeloso"*, de ahí que se considere adecuada la decisión de dejar al paciente en la sala de observación del servicio de urgencias, que son *"zonas para vigilancia, monitorización y tratamiento médico de procesos agudos que, por su complejidad diagnóstica y terapéutica, precisan un nivel asistencial por encima del de otras áreas de Urgencias"*.

Fue al día siguiente cuando la Dra. x., entrante de guardia, detectó que el paciente al levantarse persistía en su sintomatología de mareo y vértigo, por lo que decide practicarle un TAC que se informa de *"imagen hipodensa que afecta a hemisferio cerebeloso derecho y mitad derecha de la región vermiana, con borramiento de surco y efecto de masa sobre el IV ventrículo y lámina cuadrigémina, compatible con infarto isquémico agudo-subagudo. Lesión isquémica de pequeño tamaño en hemisferio cerebeloso izquierdo y tálamo izquierdo. No hidrocefalia ni sangrado agudo intra ni extra axial"*. En relación con esta prueba la Inspectora médica considera, en primer lugar, que se solicitó en el momento que se hizo aconsejable; antes no se había presentado una sintomatología que indicara la conveniencia de practicar esta prueba. En segundo lugar, la Dra. x., ante el resultado de la TAC, cambia, de modo correcto, el diagnóstico del paciente recogiendo ahora el de accidente cerebrovascular agudo y suministra una medicación adecuada: aspirina (fármaco antiagregante) y fortecortín (fármaco antiedema); informa a la familia del nuevo diagnóstico y tramita su ingreso en el servicio de neurología.

De acuerdo con estos informes médicos incorporados al expediente, no hubo violación alguna de la *lex artis* médica en el Servicio de Urgencias del HUVA ni en el diagnóstico de la patología que sufría el paciente, ni en el tratamiento médico que se le dispensó.

Por lo que respecta a la herniación transtecal, también ha de considerarse ajustada a normopraxis las actuaciones médicas que se llevaron a cabo. Estiman los facultativos informantes que dicha complicación debió surgir en el intervalo de tiempo que se empleó para trasladar al enfermo desde el servicio de urgencias al de neurología. Según la Inspectora Médica *"el paciente sufrió de forma precoz (en la evolución) y rápida (en su ejecución), la complicación de hidrocefalia por hernia transtecal que ocurre en el 10% de los casos, sin que haya nada que se pueda hacer para evitar su aparición, y ocurrió antes de lo usual tras la aparición del infarto"*. Una vez en planta el paciente, ante la observación de los familiares del rápido descenso del nivel de conciencia, se solicita una nueva valoración médica que se prestó a los 10 minutos. Se practicó una nueva TAC cerebral en el que se pudieron apreciar los cambios producidos en relación con la mañana; así la nueva prueba evidencia la presencia del edema cerebeloso, la situación de herniación transtentorial, la hidrocefalia y la hipertensión intracraneal. También consideraran los facultativos informantes que esta rápida evolución hacia la hernia transtentorial debe considerarse como muy infrecuente, puesto que a pesar de que puede presentarse hasta en un tercio de los pacientes que sufren un infarto cerebeloso, es excepcional que se desarrolle en las primeras 24 horas de evolución. Valorada por el neurólogo esta nueva TAC se procedió inmediatamente a poner en marcha el correspondiente protocolo para intervenir quirúrgicamente al paciente, que ingresó en el quirófano a las 19:35 horas, es decir, antes de que transcurriera una hora desde el momento en el que se le trasladó del servicio de urgencias a la planta de neurología.

Cabe analizar también la afirmación vertida en la reclamación en relación con el inadecuado tratamiento farmacológico que se dispensó al paciente (barbitúricos y sedantes), contraindicado en un infarto cerebeloso debido a que aumenta el riesgo de depresión respiratoria y neumonía. Tanto la Inspección Médica como los peritos de la aseguradora discrepan de estas alegaciones. En primer lugar, manifiestan, que la medicación sedante puede estar indicada en supuestos de infarto cerebral con el fin de reducir las situaciones de agitación y confusión que pueden aparecer en la fase aguda de dichos infartos; en estos casos los fármacos de primera elección suelen ser los neurolépticos, sin que esté contraindicado el uso de benzodiazepinas. En segundo lugar, a pesar de lo que se indica en la reclamación, al paciente en ningún momento se le administraron barbitúricos, se le

prescribió "dogmatil (neuroléptico sedante vestibular) y valium (diazepam, benzodiazepina), sin que la ingesta de esta medicación pueda considerarse relacionada ni con la evolución clínica del paciente (infarto cerebeloso que desarrolla edema y condiciona hipertensión intracraneal), ni con la neumonía posterior sufrida días después de la intervención y muy probablemente relacionada con su ingreso en la unidad de reanimación y con la necesidad de intubación, traqueostomía y ventilación mecánica prolongada".

Finalizan los informes médicos afirmando con rotundidad que el paciente salvó su vida debido a la actuación prudente, profesional y diligente de los profesionales sanitarios que le atendieron, que siempre se ajustaron en su comportamiento a las reglas de la *lex artis*, reevaluando en cada momento al interesado cuando los síntomas variaban, pudiendo, así, alcanzar un diagnóstico correcto, cuya consecución se presentaba muy difícil por las razones que se han expuesto anteriormente. Además, una vez establecido el diagnóstico, se aplicaron, en menos de una hora, los tratamientos médico y quirúrgico adecuados.

Ante estos informes evacuados por quienes tienen los conocimientos técnicos y científicos adecuados para ello, las manifestaciones vertidas por el interesado en la reclamación y en el escrito de alegaciones, tendentes a establecer una relación directa entre la actuación de los profesionales de la medicina que le atendieron en el HUVA y las secuelas que padece, carecen de eficacia enervante por constituir meras afirmaciones de parte no avaladas por dictamen médico alguno.

Lo expuesto conlleva que no pueda apreciarse nexo de causalidad entre el daño y el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios, que aplicaron los medios diagnósticos y terapéuticos que la ciencia médica aconsejaba para los síntomas y el cuadro clínico del paciente. Ello, a su vez, impide considerar el daño como antijurídico y, por tanto, resarcible por la vía de la responsabilidad patrimonial, que en el supuesto planteado ha de declararse inexistente.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula la siguiente

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se informa favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, al no concurrir los requisitos necesarios para el nacimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración,

No obstante, V.E. resolverá.