



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen 118/2014

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 28 de abril de 2014, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación de la Excmo. Sra. Consejera de Sanidad y Política Social), mediante oficio registrado el día 5 de septiembre de 2013, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exptes. 218/12 y 304/13), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- El 15 de junio de 2011 (de certificación en la Oficina de Correos en Madrid), x presenta reclamación de responsabilidad patrimonial por los siguientes hechos según describe:

El 23 de septiembre de 2009, la paciente, de 35 años, comenzó a sufrir intensos dolores de cabeza y parálisis del brazo izquierdo por lo que fue trasladada en ambulancia al Hospital Los Arcos del municipio de San Javier. A su llegada al Centro Hospitalario comenzó a empeorar sufriendo además espasmos, debilidad en el brazo derecho y pérdida de fuerza progresiva en miembros inferiores. Se le practicó una TAC que determinó que sufría una hemorragia subaracnoidea, así como el aumento del tamaño del sistema ventricular compatible con hidrocefalia incipiente.

Ante esta situación, la paciente fue trasladada al Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (HUVA), en el que se le efectuó una TAC de columna con el diagnóstico de lesión extramedular intradural con compresión y desplazamiento de médula a nivel D10 y probable sangrado subdural subagudo tardío desde D10 hasta D5 con efecto masa.

Ese mismo día fue intervenida de laminectomía bilateral completa D10 y parcial D5 con extirpación parcial de angioma.

Tras la intervención, la paciente fue trasladada a la UCI, pasando a planta el día 28 de septiembre. Según las observaciones del curso clínico que constan en el historial, el día 29 la paciente presentó cefalea, dolor cervical, mareo e importante hipertensión arterial, continuando con dicho cuadro hasta que finalmente el día 4 de octubre volvió a UCI tras una crisis convulsiva generalizada, quedando en estado postcrítico con disminución del nivel de

consciencia e importante sintomatología neurológica, practicándosele un Angio TAC con Doppler y arteriografía diagnóstico terapéutica y realizándose dos angioplastias.

Considera que tales pruebas diagnósticas y terapéuticas deberían haberse efectuado cuando comenzaron a manifestarse los primeros síntomas, al menos desde que la paciente subió a planta, con lo que se habría evitado en gran medida el daño neurológico.

El 5 de noviembre de 2009, la paciente fue ingresada en el Hospital Nacional de Parapléjicos de Toledo, siendo alta el 8 de julio de 2010, presentando en ese momento paraplejia de miembros inferiores, hipoestesia y afectación de balance muscular en miembros superiores y daño cerebral que le provoca, entre otras secuelas, falta de visión en ojo izquierdo, pérdida de memoria, retardo psicomotor, pérdida de audición, olfato y gusto y dificultades visoperceptivas.

Considera que las secuelas e incapacidades que sufre traen causa directa de la falta de medios adecuados para el diagnóstico de la lesión cerebral, que de haberse detectado a tiempo podría haber sido convenientemente tratada, evitando así las graves lesiones neurológicas que presenta, así como el importante daño moral que se le ha causado, según expresa. Por todo ello reclama una indemnización de 520.000 euros.

Designa a la letrada x para su defensa y representación y acompaña la resolución del grado de discapacidad del 79% reconocida por el IMAS (Instituto Murciano de Acción Social), de fecha 27 de abril de 2010, y el informe de alta de rehabilitación en el Hospital Nacional de Parapléjicos de Toledo de fecha 8 de julio de 2010.

SEGUNDO.- En fecha 4 de julio de 2011, el Director Gerente del Servicio Murciano de Salud dictó resolución de admisión a trámite, que fue notificada a las partes interesadas, entre ellas a la compañía aseguradora de aquél, a través de la correduría de seguros.

También se solicitó a las Gerencias de Área de Salud I y VIII la historia clínica de la paciente y los informes de los facultativos que la atendieron.

TERCERO.- Desde la Gerencia de Área de Salud VIII-Mar Menor (Hospital Los Arcos) se remitió la documentación solicitada, obrando las pruebas realizadas y el informe de la Dra. x, que atendió a la paciente en el Servicio de Urgencias (folio 96), con el diagnóstico de hemorragia subaracnoidea.

CUARTO.- Una vez obtenida la autorización de la reclamante, se procedió a solicitar copia de la historia clínica e informes de la paciente al Hospital Nacional de Parapléjicos de Toledo, siendo remitida por oficio del médico de admisión el 12 de agosto de 2011, figurando, entre la documentación, un informe de la médica adjunta del Servicio de Rehabilitación (folio 118), de 13 de enero de 2010, emitido a petición de la interesada para entregarlo a los servicios sociales, en el que recoge como diagnóstico "síndrome medular completo D5 de etiología vascular. Grado de ASIA AA. Lesiones isquémicas en territorio de ambas arterias cerebrales posteriores, de predominio derecho, en relación a vasoespasmo. Hipertensión arterial. Poliquistosis renal. Vejiga Neurógena. Intestino Neurógeno". De idéntico contenido es el emitido por la misma facultativa el 24 de junio de 2010 (folio 129).

QUINTO.- Desde la Gerencia de Área de Salud I (Hospital Virgen de la Arrixaca) se remitió la documentación solicitada (folios 145 a 658), obrando el informe del Jefe de Servicio de Neurocirugía, Dr. x (folios 137 a 141), quien, tras describir la actuación sanitaria llevada a cabo y los diagnósticos de la paciente (hemorragia subaracnoidea y el vasoespasmo de las arterias cerebrales), concluye:

"Se trata de una paciente joven, con hipertensión arterial y poliquistosis renal que sufre una paraplejia de forma aguda, originada por la ruptura de una malformación vascular de la médula espinal de la que fue operada de urgencia tras realizar las pruebas diagnósticas adecuadas. Acompañando a la paraplejia, la paciente tuvo una hemorragia subaracnoidea que, a su vez, produjo un vasoespasmo de las arterias cerebrales, del que fue tratada de manera escalonada con medidas médicas y finalmente con angioplastia e inyección entra-arterial de vasodilatadores y tratamiento endovenoso. Todo ello ocurre en el contexto de un postoperatorio importante reciente, y en una paciente con hipertensión arterial difícil de controlar que además tiene una poliquistosis renal en la que las diversas actuaciones deben ser realizadas y priorizadas de acuerdo con la situación clínica de cada momento".

SEXTO.- Por oficio de 26 de septiembre de 2011, el órgano instructor requiere a la reclamante que proponga los medios de prueba de los que pretende valerse, proponiendo su representante la documental correspondiente a las historias clínicas, incluidas las hojas de quirófano y enfermería, así como las pruebas radiológicas practicadas a la paciente.

SÉPTIMO.- Mediante sendos oficios de 25 de octubre de 2011 se recabó el informe de la Inspección Médica, así como el de la Compañía de Seguros del Servicio Murciano de Salud --

OCTAVO.- Mediante oficio de 10 de enero de 2012 (registrado de salida el 13 siguiente), se solicitó a la reclamante un informe actualizado de su estado de salud, remitiendo el evacuado por el Hospital Nacional de Parapléjicos de Toledo el 9 de enero de 2012, en el que consta como diagnóstico "síndrome de lesión medular de nivel D5 ASIA-A".

NOVENO.- Por la Compañía de Seguros -- se remite informe médico pericial, que concluye (folios 673 a 677):

"- Que x ingresó el día 23-9-09 en el Hospital Virgen de la Arrixaca procedente del Hospital los Arcos con diagnóstico de hemorragia subaracnoidea.

- Que tras repetición de la TAC se apreció la existencia de una lesión extramedular intradural que comprimía y desplazaba la médula a nivel D10, por lo que se procedió a cirugía urgente encontrándose una malformación vascular tipo angioma que se extirpó.

- Que el diagnóstico fue correcto y el tratamiento quirúrgico el adecuado, pese a lo cual y como consecuencia de la hemorragia se produjo una paraplejia.

- Que en el postoperatorio inmediato la paciente presentaba intensa cefalea e hipertensión arterial, ambas de difícil control.
- Que el día 2-10-09 la paciente presentó un cuadro de balbuceo y adormilamiento, que cedió de forma espontánea y que fue atribuido por el neurólogo a un vasoespasmo cerebral.
- Que el vasoespasmo cerebral es una complicación conocida y frecuente de las hemorragias subaracnoideas, para el que está indicado el tratamiento con nimodipino.
- Que debió iniciarse el tratamiento con nimodipino en el momento en que se sospechó la existencia de vasoespasmo cerebral.
- Que el 4-10-09 la paciente presentó una convulsión tónico-clónica por lo que fue trasladada a la UCI, ingresando con un nivel de conciencia fluctuante, afasia sensitiva y desviación de la comisura bucal a la derecha y hemiparesia izquierda.
- Que realizado doppler de troncos supraórticos y una arteriografía que informaban sobre un vasoespasmo prácticamente generalizado, se llevó a cabo una angioplastia en sifón carotideo derecho con administración de papaverina en carótida izquierda, remitiendo parcialmente la sintomatología neurológica.
- Que la paciente, tras su estancia en UCI hasta el 5-11-09, fue trasladada al Hospital de Parapléjicos de Toledo donde permaneció hasta el 8-7-10.
- Que su situación al alta era de paraplejia completa, pérdida de visión del ojo izquierdo y pérdida de memoria.
- Que mientras que la paraplejia es una secuela inevitable de la hemorragia subaracnoidea, el resto de las secuelas son atribuibles al vasoespasmo cerebral.
- Que el tratamiento con nimodipino probablemente hubiera disminuido la intensidad del vasoespasmo y las secuelas que éste produjo.
- Que la lesión anatómica causada por el vasoespasmo se estabilizó (como es norma en los infartos cerebrales) poco después de ocurrido el episodio.

- Que a efectos de asignar una fecha concreta a la estabilización de la secuela, podemos referirla al periodo comprendido entre el 5 de noviembre de 2009 y el 27 de enero de 2010".

DÉCIMO.- Otorgado un trámite de audiencia a la reclamante presenta alegaciones el 12 de junio de 2012 (registro de entrada), solicitando que se deje sin efecto dicho trámite por carecer el expediente del informe de los facultativos que provocaron la lesión, las pruebas radiológicas y el informe de la Inspección Médica. Por el órgano instructor se le contesta el 19 siguiente (registro de salida del 21), señalando los folios del expediente donde constan los informes de los servicios a los que se imputa el daño, así como las razones por las que no constan las pruebas radiológicas aunque sí los informes radiológicos. Respecto a la inexistencia de informe de la Inspección Médica se expresa que ha transcurrido el plazo otorgado para su emisión, habiéndose seguido con las actuaciones.

El 28 de junio siguiente (certificación en la Oficina de Correos de Madrid) la letrada actuante, en representación de la reclamante, formula un nuevo escrito de alegaciones frente a la contestación del órgano instructor en las que expresa:

- Considera necesario que se aporte el informe de la Inspección Médica, siendo su ausencia a todas luces inexplicable, considerando que la tramitación debiera haberse interrumpido antes del trámite de alegaciones para evitar causar indefensión.
- La denegación de las pruebas resulta arbitraria en el presente caso.
- Las lesiones de la paciente traen causa del deficiente tratamiento a que fue sometida en el HUVA, al menos desde que fue pasada a planta el 28 de septiembre de 2009, pues la ausencia de información le impide conocer las circunstancias relativas al tratamiento de la paciente entre los días 23 y 27 de septiembre.
- Deberían haberse adoptado medidas diagnósticas y terapéuticas urgentes, que no se acometieron por los responsables del servicio.
- Considera que las lesiones cerebrales que padece la paciente, que afectan a la visión del ojo izquierdo, pérdida de audición, olfato y gusto, pérdida de memoria, afectación psicomotora y dificultades visoperceptivas, se podrían haber evitado si la paciente hubiera sido sometida a su debido tiempo a las pruebas diagnósticas y terapéuticas, al mostrar los síntomas que constan en la historia clínica.

UNDÉCIMO.- La propuesta de resolución, de 22 de junio de 2012, desestima la reclamación presentada por considerar que es extemporánea, sin entrar a considerar la concurrencia de los restantes requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial, en atención a las siguientes fechas:

- El 5 de noviembre de 2009 y en enero de 2010 la paciente adolecía de las lesiones neurológicas que son objeto de reclamación, lo que prueba que el Instituto Murciano de Acción Social (IMAS) dictara resolución con efectos de 27 de enero de 2010, reconociéndole una discapacidad del 79% con necesidad de asistencia de tercera persona.
- La reclamación fue presentada el 15 de junio de 2011, habiendo transcurrido más de un año desde que se pudo ejercitar.

DUODÉCIMO.- Recabado el Dictamen preceptivo de este Órgano Consultivo, fue evacuado bajo el núm. 18/2013 en el sentido de señalar la necesidad de completar la instrucción, puesto que las circunstancias que concurren y que se destacan en aquel Dictamen, motivan que el presente procedimiento no deba resolverse sin el informe de la Inspección Médica, el cual puede dilucidar con mayor garantía no sólo la imputación de mala *praxis*, sino el *dies a quo* para la determinación de las secuelas para sostener la prescripción de la acción.

También se señalaba que, una vez evacuado el mismo, debía otorgarse un nuevo trámite de audiencia a las partes interesadas y elevar nueva propuesta de resolución para la emisión de Dictamen.

DECIMOTERCERO.- En su cumplimiento, el órgano instructor solicitó el 11 de febrero de 2013 el informe de la Inspección Médica sobre los siguientes extremos:

-Al momento en que pueden considerarse estabilizadas las secuelas para determinar la extemporaneidad o no de la acción ejercitada.

-La adecuación de la asistencia sanitaria seguida con la paciente en el HUVA, a la vista de las consideraciones médicas de los peritos de la Compañía Aseguradora.

La Inspección Médica emitió un extenso informe (folios 711 a 739) en el que concluye:

"1. La actuación de los profesionales responsables de la asistencia a x fue acorde a la Lex Artis, tanto en la atención inicial de la compresión medular y hemorragia subaracnoidea, como en la asistencia al vasoespasmo e ictus isquémico que presentó con posterioridad.

2. La fecha de estabilización de las secuelas objeto de reclamación se debe fijar el día 5 de abril de 2010".

DECIMOCUARTO.- Otorgado un trámite de audiencia a las partes interesadas, la parte reclamante se ratifica íntegramente en la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada, sin que, en su opinión, la documentación obrante en el expediente administrativo desvirtúe la realidad de sus alegaciones por haber quedado acreditado que las secuelas y la incapacidad que sufre la paciente traen causa directa en la falta de medios adecuados para el diagnóstico de la lesión cerebral sufrida, que de haberse detectado a tiempo podría haber sido convenientemente tratada.

DECIMOQUINTO.- La nueva propuesta de resolución, de 31 de agosto de 2013, desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial por haber prescrito la acción y por no concurrir los restantes requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial.

DECIMOSEXTO.- Con fecha 5 de septiembre de 2013 se ha recabado el Dictamen preceptivo del Consejo Jurídico, acompañando el expediente administrativo.

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.- Sobre la legitimación y el procedimiento.

1. La reclamante, en su condición de usuaria que ha sufrido los daños que se imputan al servicio público sanitario, ostenta la condición de interesada para deducir la presente reclamación de responsabilidad patrimonial objeto de este Dictamen, de conformidad con lo previsto en el 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), en relación con el artículo 4.1 RRP.

La Administración regional está legitimada pasivamente, por dirigirse contra ella la pretensión indemnizatoria e imputarse el daño a los servicios públicos sanitarios de su competencia.

2. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos.

TERCERA.- Sobre la prescripción del derecho a reclamar.

Con ocasión del Dictamen núm. 18/2013 sobre el mismo asunto y la propuesta entonces elevada que desestimaba la reclamación presentada por la prescripción de la acción, este Consejo Jurídico examinó si resultaba acreditado en aquel momento el ejercicio extemporáneo de la reclamación presentada, en aplicación de lo dispuesto en el artículo 142.5 LPAC, que establece que el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. Añadiendo que 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.

Indicamos a este respecto:

"Aunque la actuación sanitaria que motiva la reclamación se produjo durante en el año 2009 (el 23 de septiembre de ese año fue trasladada en ambulancia al Hospital Los Arcos de San Javier, permaneciendo ingresada en el Hospital Virgen de la Arrixaca hasta el 5 de noviembre siguiente, siendo trasladada a la UCI del Hospital Nacional de Parapléjicos de Toledo), la interesada presentó el escrito de reclamación el 15 de junio de 2011 (fecha de certificación en la Oficina de Correos en Madrid), acompañando el informe de alta de rehabilitación del Hospital Nacional de Parapléjicos de Toledo, de 8 de julio de 2010, así como la Resolución del IMAS, de 27 de abril de 2010, por la que se le reconoce el grado de discapacidad. Para el cálculo de los daños y perjuicios ocasionados expresa en el escrito de reclamación que habrá de tenerse en cuenta, entre otros conceptos, el periodo de incapacidad temporal y la estabilización lesional."

Por tanto, para establecer el dies a quo a efectos del cómputo del año para el ejercicio de la acción, habrá de estarse al momento de la estabilización de las secuelas de la reclamante, existiendo dos actuaciones administrativas y sanitarias claves en el expediente en este sentido: la Resolución del IMAS, de 27 de abril de 2010, que reconoce, con efectos de 27 de enero anterior, el grado de discapacidad del 79% y la necesidad de asistencia por tercera persona, y el informe de alta de rehabilitación del Hospital Nacional de Parapléjicos de Toledo, de 8 de julio de 2010. De tomarse como dies a quo una u otra fecha, la acción habría o no prescrito, de ahí la importancia de que la Inspección Médica emita un informe en el presente caso, demandado igualmente por la reclamante en sus escritos de alegaciones (el último presentado es posterior a la propuesta de resolución), por esta y otras razones a las que haremos referencia posteriormente.

No cabe duda que las razones aportadas por el órgano instructor (folios 688 a 690) para considerar la acción prescrita gozan de solidez, sobre la base también de lo informado por los peritos de la compañía aseguradora en la estabilización de las secuelas, pero debería ser despejado cualquier atisbo de duda al respecto, sustentado en la fecha del informe de alta de rehabilitación del Hospital Nacional de Parapléjicos de Toledo (si se tomara dicha fecha como dies a quo la acción no habría prescrito), reclamando nuevamente el parecer de la Inspección Médica, que permita corroborar el periodo de estabilización de las secuelas propuesto para desestimar la reclamación por prescripción. Téngase en cuenta, como se ha señalado en otros Dictámenes (núm. 78/2012), que en los casos en los que existe duda es fácil observar una clara tendencia de la jurisprudencia del Tribunal Supremo y de la doctrina del Consejo de Estado y de este Órgano Consultivo favorable a interpretar de manera flexible el requisito de orden temporal exigible para que prospere una reclamación de daños y perjuicios dirigida contra la Administración, interpretación antiformalista que se inspira en el principio *in dubio pro actione*".

Tras la realización de la actuación instructora complementaria aconsejada por aquel Dictamen, la Inspección Médica ha aclarado la cuestión de la estabilización de las secuelas en los siguientes términos en su informe de 26 de junio de 2013:

"Evidentemente en todo momento nos referiremos a las secuelas del ictus, que el vasoespasmo causó en la paciente, ya que las derivadas de la compresión medular no son objeto de reclamación."

Para poder establecer adecuadamente el momento de estabilización de las secuelas, debemos conocer el mecanismo fisiopatológico y la evolución natural de ictus isquémico (infarto cerebral), que sufrió la paciente como consecuencia del vasoespasmo que presentó el día 4 de octubre de 2009.

El infarto cerebral es la muerte celular causada por la falta de riego en una determinada zona del cerebro.

Cuando se produce un infarto cerebral, en la parte central de la lesión la isquemia es profunda e irreversible, constituyendo un daño estructural a los pocos minutos, en cambio en la periferia de la zona de isquemia se preserva la integridad estructural durante más tiempo (horas).

Es por esto que en la fase aguda del infarto existe una ventana temporal durante la cual las intervenciones terapéuticas pueden modificar el curso evolutivo y mejorar la sintomatología.

En pacientes con recuperación favorable de sus déficits se observa habitualmente que la mejoría transcurre al inicio.

Esta mejoría precoz se debe fundamentalmente a dos causas:

1. A la recuperación del tejido de la periferia del área isquémica.
2. A la resolución de la diásquisis, definida como una alteración en la función y metabolismo de áreas distantes al foco lesionado debida a una interrupción de las vías aferentes desde dicho foco hasta esas áreas lejanas. La diásquisis puede durar minutos, horas o días, y suele ser reversible, aunque no necesariamente de manera absoluta. En algunos casos puede llegar a ser definitiva.

En la segunda fase subaguda puede existir una mejoría a medio y largo plazo. Esta mejoría se atribuye a la plasticidad neuronal: las neuronas sanas pueden aprender funciones de las neuronas afectadas, pudiendo sustituir a éstas al menos parcialmente. Existe una reorganización cerebral que puede ser modulada por técnicas de rehabilitación a través del fenómeno de plasticidad neuronal.

Raramente la recuperación será del 100%, y es imposible prever el grado de recuperación que alcanzará un paciente en concreto.

Respecto al tiempo de estabilización del cuadro, y por consiguiente de estabilización de las secuelas, es reiteradamente citado el estudio Copenhagen Stroke Study que analizó de forma prospectiva la evolución de los déficits neurológicos y funcionales de 1.195 pacientes tratados en una unidad de ictus, desde su inicio hasta el alta del tratamiento rehabilitador.

Según este estudio:

- En el 95% de los ictus se completa la recuperación funcional hacia la semana 13 de evolución, aunque esta fecha es diferente según la gravedad inicial del ictus.
- La puntuación más alta en AVD (Actividades de la Vida Diaria) se alcanzó hacia los dos meses en ictus leves, a los tres meses en ictus moderados, a los 4 meses en los graves y a los 5 meses en los muy graves.
- Despues de los 5-6 meses resulta difícil conseguir mejoras en las escalas que valoran las AVD.

En términos generales nos encontramos con que:

- El 95% de la recuperación se habrá logrado hacia el tercer mes, siendo el primer mes y medio la recuperación más rápida (el 85%).

- Entre el cuarto y sexto mes la recuperación es leve, casi en meseta.

- A partir del sexto mes apenas se objetiva una mejoría palpable.

Por razones antedichas es el sexto mes tras producirse el ictus el momento en que se suele dar por estabilizado el cuadro.

Por tanto en el caso que nos ocupa, teniendo en cuenta que la paciente debuta con sintomatología neurológica propia de ictus el 4 de octubre, confirmándose el vasospasmo angiográficamente el día 5, podemos fijar la fecha del infarto cerebral entre el 4 y el 5 de octubre de 2009, por lo que las secuelas se pueden considerar estabilizadas en fecha 5 de abril de 2010".

Lo anterior nos conduce a que deba tomarse como *dies a quo* la Resolución del IMAS de 27 de abril de 2010, reconociendo a la reclamante, con efectos desde el 27 de enero de 2010, un 79% de discapacidad con asistencia de terceros, grado de incapacidad que no consta que posteriormente hubiera variado, ni tampoco la reclamante ha acreditado que recibiera dicha Resolución más de dos meses después, ni ha aportado documentación posterior acreditativa de que se hubiera modificado tal situación para tomar en consideración otras fechas distintas. A mayor abundamiento, cabe señalar que el informe que elaboró la Dra. x, médica adjunta del Servicio de Rehabilitación del Hospital Nacional de Parapléjicos de Toledo, de fecha 13 de enero de 2010, a petición de la interesada para entregarlo a los Servicios Sociales, contiene el mismo diagnóstico sobre las lesiones isquémicas en relación con el vasospasmo que el evacuado meses después (el 24 de junio siguiente), señalando ambos (folios 118 y 129):

"(...) Lesiones isquémicas en territorio de ambas arterias cerebrales posteriores, de predominio derecho, en relación con el vasoespasmo. Hipertensión arterial. Poliquistosis renal. Vejiga Neurógena. Intestino Neurógeno". Asimismo son coincidentes en las limitaciones para su vida diaria, de ahí que los peritos de la Compañía Aseguradora sostengan, en cuanto a la estabilización de las secuelas, el mes de enero de 2010, coincidente con la fecha de reconocimiento de la discapacidad por la Resolución del IMAS de 27 de abril de 2010.

En consecuencia, en atención al *dies a quo* expresado anteriormente por la Inspección Médica, la reclamación ejercitada el 15 de junio de 2011 (fecha de certificación en la Oficina de Correos) sería extemporánea.

No obstante lo anterior, también se considera acertado que el órgano instructor haya entrado en la última propuesta elevada a considerar la concurrencia de los restantes requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial, valorando la *praxis médica* en atención a las consideraciones médicas de los peritos de la Compañía Aseguradora a las que se hacía referencia en nuestro Dictamen núm. 18/2013 y que debían ser contrastadas con la Inspección Médica.

CUARTA.- Sobre los restantes requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial. La praxis médica.

Como reiteradamente ha señalado este Consejo Jurídico, los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son recogidos por los artículos 139 y siguientes de la LPAC y desarrollados por abundante jurisprudencia:

- La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.
- Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una adecuada relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.
- Que los daños no se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos.
- Ausencia de fuerza mayor.
- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

Pero además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos no es una prestación de resultado, sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los

posibles para la curación del paciente, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico.

La actuación de éste ha de regirse por la denominada "*lex artis ad hoc*", o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla (Dictámenes números 49/01 y 97/03 de este Consejo Jurídico). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de un daño, sino que es preciso acudir al criterio de la "*lex artis*" como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente (SSTS, Sala 3^a, de 22 de diciembre de 2001 y de 23 de marzo de 2011).

Pues bien, en relación con la *praxis* médica seguida con la paciente señalamos en nuestro Dictamen núm. 18/2013, que la Inspección Médica, además de considerar el momento de la estabilización de las secuelas a efectos de determinar la prescripción o no de la acción ejercitada, asunto ya aclarado en la Consideración anterior, debía valorar concretos aspectos controvertidos de la *praxis* médica seguida con la paciente por el HUVA, puesto que los peritos de la compañía aseguradora afirman:

"una de las complicaciones más frecuentes y graves de la hemorragia subaracnoidea es el vasoespasmo, que da lugar a una alta morbilidad y mortalidad (...) Existe un tratamiento, tanto preventivo como terapéutico del vasoespasmo que es el nimodipino, que inhibe las contracciones del músculo liso vascular. Existen diferentes tendencias en cuanto al momento de la administración; hay quien prefiere administrarlo desde el inicio del tratamiento como forma de prevenir el vasoespasmo y quien prefiere esperar hasta que se inicien los primeros signos y síntomas de la existencia de dicho vasoespasmo. En el presente caso, si bien es discutible que se utilizara en un primer momento ya que se trataba de una hemorragia medular (y no cerebral) y que la vasodilatación en un postoperatorio hubiera aumentado el riesgo de sangrado, lo cierto es que debió emplearse desde el momento en que se sospechó la existencia de un vasoespasmo, es decir, tras sufrir la paciente el día 2-10-09 un cuadro en el que se encontraba balbuceante y adormilada, toda vez que el propio neurólogo atribuyó estos signos a un vasoespasmo (...) En resumen, ante la sospecha de un vasoespasmo tras una hemorragia subaracnoidea debió administrarse tratamiento con nimodipino. Este tratamiento, muy probablemente, hubiera disminuido tanto la intensidad del vasoespasmo como las secuelas neurológicas producidas por éste".

También se indicó en el Dictamen núm. 18/2013 que frente a dicha opinión pericial el Jefe de Servicio de Neurocirugía (folio 137 y ss.) del Hospital Virgen de la Arrixaca señala que *"la vasodilatación y la hipertensión inducida que podrían ayudar a prevenir el vasoespasmo en este caso eran de indicación cuestionable dado el origen de la HSA en una malformación vascular medular recién operada, ya que ambos podrían originar nueva hemorragia. En un caso como el que nos ocupa lo que podía ser bueno para una cosa (prevención de la isquemia) podría ser perjudicial para la otra (aumento de riesgo de hemorragia)".*

Por lo que se concluía en aquel Dictamen que sobre este aspecto de la *praxis* médica, que tiene relación con las secuelas neurológicas reclamadas, se dispone de opiniones dispares por parte de los médicos actuantes y de los peritos de la compañía aseguradora, lo que evidencia la necesidad de contar con el parecer de la Inspección, cuyo informe reúne las notas de imparcialidad y objetividad que lo dotan de un especial valor probatorio y que permiten al órgano competente para resolver efectuar el juicio determinante de la decisión del procedimiento, que no es otro que establecer si se ha incurrido o no en mala *praxis*.

En su valoración, el informe de la Inspección Médica de 26 de junio de 2013 da respuesta a esta cuestión, extrayéndose del mismo los siguientes juicios:

"Es el día 2 de octubre y a raíz del comentario que figura en las hojas de enfermería cuando los peritos de la compañía fijan el inicio de la "sospecha de vasoespasio" y por tanto indican que es a partir de este momento cuando se debió iniciar el tratamiento con nimodipino.

El inspector informante no comparte este criterio ya que:

1. *Los síntomas referidos, en las condiciones en que se encontraba la paciente, los puede haber producido un vasoespasio pero no en exclusiva un vasoespasio.*
2. *No hay ningún registro médico sobre el incidente a pesar de que el neurólogo acudió a valorar a la paciente.*
3. *Desde ese momento hasta el día cuatro de octubre la paciente no manifiesta ningún déficit neurológico compatible con manifestaciones clínicas del vasoespasio.*

Cuando el día 4 a las 18 horas la paciente debuta con una crisis epiléptica generalizada se inicia una secuencia consistente en:

- *Tratamiento anticomicial.*
- *TAC urgente (informado sin signos radiológicos detectables de ACV agudo).*

La paciente es trasladada a UCI, sobre las 19,15 donde:

- *Ante la presencia de clínica compatible con ACV (hemiparesia izquierda) se instaura tratamiento con nimodipino, y medidas tendentes al control de la volemia.*
- *Se realiza Doppler de troncos supraaórticos que confirma la presencia de vasoespasio (de la documentación analizada no es posible deducir la secuencia temporal entre la administración del nimodipino y la realización del Doppler).*
- *Se realiza arteriografía por sustracción digital que permite confirmar el vasoespasio angiográfico (día 5 de octubre), y que se continúa con angioplastia intracraneal con balón en sifón y ACM derecha y con infusión de papaverina en carótida izquierda.*

- A la vuelta a la UCI se añade sulfato de magnesio al nimodipino, manteniéndose el control de la volemia.
- Ante la no mejoría de la paciente, el día 6 se repite la angiografía cerebral y la angioplastia intracraneal.

Es decir se adoptan de forma secuencial las medidas adecuadas para el tratamiento del vasoespasmo desde el momento en que se establece la presunción diagnóstica, el día 4.

Estas medidas consisten no sólo tratamiento médico sino también endovascular, lo que sólo está al alcance de hospitales de primer nivel como el H. U. Virgen de la Arrixaca".

Por éstas y otras razones expresadas en su informe concluye que la asistencia fue acorde con la *lex artis*, tanto en la atención inicial de la comprensión medular y la hemorragia subaracnoidea, como en la asistencia al vasoespasmo e ictus isquémico que presentó con posterioridad.

En consecuencia, al no existir otros elementos de juicio aportados por la reclamante -a quienes corresponde la carga de la prueba de sus imputaciones ex artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil-, que lleven a la convicción de que los servicios sanitarios no actuaron conforme al estándar de atención médica exigible a las circunstancias del caso, este Órgano Consultivo dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria.

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución que desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial por ser extemporánea y por no concurrir los restantes requisitos determinantes de la misma.

No obstante, V.E. resolverá.