



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 7 / 2 0 1 9

(Sección 1ª)

La Laguna, a 9 de enero de 2019.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 576/2018 IDS)\**.

## F U N D A M E N T O S

### I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado el 17 de noviembre de 2017 a instancia de (...), por los daños padecidos como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida en dependencias del Servicio Canario de la Salud.

2. La reclamante solicita en escrito complementario a su reclamación inicial por los daños sufridos una indemnización de 8.000 euros, cantidad que determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del titular de la Consejería para solicitarlo, según los arts. 11.1.D, e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

También son de aplicación las Leyes 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público; 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; 41/2002, de 14 de noviembre,

---

\* Ponente: Sra. de Haro Brito.

reguladora de la Autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica; así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva y no extemporaneidad de la reclamación.

4. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, aún expirado este, y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

5. El órgano competente para resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

A la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud le corresponde la incoación y tramitación de los procedimientos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario conforme a la Resolución de 23 de diciembre de 2014, de la Directora, por la que se deja sin efecto la Resolución de 22 de abril de 2004, y se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos de este Servicio.

6. No se aprecia que se haya incurrido en deficiencias formales en la tramitación del procedimiento que, por producir indefensión a la interesada, impidan un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada.

## II

1. La interesada expone, como fundamento de su pretensión, la siguiente sucesión de hechos:

Con fecha 14 de octubre de 2017 comienza a sentirse mal, notando que pierde fuerza en el brazo izquierdo y posteriormente en la pierna del mismo lado. También nota que no puede hablar con normalidad y no controla los músculos de la boca. Tiene incontinencia de orina y heces. Acude al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC) donde se le practica un TAC craneal, analítica y EKG.

Tras el examen se procede a darle el alta sin haber remitido los síntomas. Se le indica acudir a su Centro de Salud para tratar la ansiedad y los nervios.

Acude a consulta de especialista en Neurología quien procede a realizar diversas pruebas como RMN cerebral, entre otras. A la vista de las mismas emite como juicio diagnóstico: Ictus isquémico en el territorio de las arterias lenticulo-estriadas derechas y en eje silvano derecho.

La interesada reclama por el error diagnóstico que pudiera haber desencadenado un infarto cerebral, teniendo en cuenta que el abordaje precoz es vital y que reduce la mortalidad y las secuelas.

2. Por su parte, el SIP relata la siguiente sucesión cronológica de los hechos:

- La paciente, de 40 años, con antecedentes de Trastorno de ansiedad con somatizaciones frecuentes; Episodios transitorios de hemiparesia (debilidad) del lado izquierdo del cuerpo, en situaciones de estrés por la que había sido estudiada por Neurología y bajo el diagnóstico de Episodios transitorios de perfil psicógeno versus comicial (menos probable), recibía tratamiento con Trankimazin (ansiolítico) a demanda.

- Desde el 112 avisan por Código Ictus a la 01:30 horas del día 14/10/17, llegando la paciente a Urgencias de HUNSC, a las 2:25 horas, siendo valorada por primera vez a las 02:30 horas por el Servicio de Neurología, tras haberse activado el correspondiente Código Ictus.

- En el informe de Urgencias se recoge que, la paciente es diestra, con sobrepeso, parto hace 9 meses, presentó Diabetes Gestacional, parálisis facial periférica en 2014, crisis de ansiedad en tratamiento con Trankimazin. La paciente se acuesta a las 12:30 en contexto de situación ansiosa (preocupada por su hermano), y tras llamada telefónica comienza con cuadro de sensación opresiva, falta de aire, debilidad en miembro superior derecho (MSD) y posteriormente en miembro superior izquierdo (MSI) y miembro inferior izquierdo (MII), que se acompaña de disartria (dificultad para articular palabras). La paciente avisa al Servicio 112 que decide trasladar y activar Código Ictus. A la llegada a Urgencias la paciente manifiesta encontrarse muy nerviosa porque su padre fue intervenido hace una semana, así como el fallecimiento de una tía hace un año, situación laboral estresante.

- A la exploración en urgencias está consciente, orientada, presenta buen estado general, normocoloreada, normohidratada, eupneica, afebril. A la auscultación cardiopulmonar, los ruidos cardíacos son rítmicos, taquicárdicos, sin soplos y el murmullo vesicular está conservado. Según la exploración realizada por Neurología

está estable hemodinámicamente, con disartria leve, debilidad proximal de MSI, con balance muscular BM: 1/5, así como distal, BM: 3/5, que mejora con maniobras de distracción. Claudicación en maniobras de Barré y Mingazzin con corrección de la caída del brazo. BM a la exploración por grupos en Miembros inferiores (MMII) de 3/5 que mejora con maniobras de distracción. No trastorno sensitivo, reflejo cutáneo plantar (RCP) flexores (normal). Poca colaboración para valoración de disimetrías. Marcha no explorada. La paciente queda en observación bajo vigilancia neurológica, monitorizada y se le administra ansiolítico Tranxilium 15 mg.

- Se le realizan estudio analítico (hemograma, bioquímica y coagulación sin hallazgos significativos; electrocardiograma con trazado en ritmo sinusal a 92 lpm, sin trastornos de la repolarización (no signos de isquemia); TAC de cráneo realizado a las 03:08 horas, para descartar ictus, no muestra datos de sangrado o isquemia aguda y concluye: ASPECTS 10, es decir, normal. No se realiza estudio vascular por no ser candidata en este momento a trombectomía mecánica.

- En base a la clínica y estudios complementarios se emite juicio diagnóstico de trastorno motor sugestivo de funcionalidad.

- Luego de haber estado bajo observación en Urgencias, dado los antecedentes (situación estresante), clínica sugestiva de funcionalidad, normalidad de las pruebas complementarias y progresiva mejoría del cuadro, que no impresiona de patología neurológica aguda subsidiaria de ingreso hospitalario. Se da el alta a la paciente con prescripción de Lexatin (tranquilizante) y la recomendación de valoración por su Médico de Atención Primaria para control de su sintomatología ansiosa.

- Luego del alta hospitalaria no acude nuevamente a urgencias ni a su Médico de Atención Primaria por la aparición de nuevos síntomas ni empeoramiento del cuadro. Visita a su Médico de Familia el 16/10/2017 aportando el informe de Urgencias (14/10/16). En dicha consulta la paciente expresa tristeza, baja autoestima, labilidad emocional si está sola, apatía, disartria (se le traba la lengua al hablar). Refiere tener más fuerza en el MII. A la exploración se puede poner de pie y camina con ayuda; mueve el brazo izquierdo e intenta apretar la mano aunque con baja fuerza (3/5); lenguaje coherente y memoria conservada. Bajo el diagnóstico de Trastornos mixtos como reacción al estrés + trastorno motor sugestivo de funcionalidad le indica mantener tratamiento con Tranxilium, le prescribe Cymbalta (estabilizador del estado de ánimo). Emite baja laboral y seguir evolución.

- El día 19/10/17 acude por libre decisión a neuróloga privada, en el informe se recogen los datos ya conocidos hasta aquí. La paciente refiere estado de ansiedad en

relación a situaciones familiares con empeoramiento de la sintomatología en los últimos 10 meses (desde el nacimiento de su hijo), motivo por lo que hace 3 días su médico de cabecera le prescribió ansiolíticos con dosis en pauta ascendente (Tranxilium y Cymbalta).

- A la exploración los ruidos cardíacos son rítmicos y sin soplos, no auscultado soplos carotídeos. Los pares craneales y fondo de ambos ojos están dentro de límites normales. Fuerza muscular conservada en miembros derechos y en miembro inferior izquierdo (MII).

Maniobras de Mingazzini: claudica en menos de 10". Paresia en miembro superior izquierdo (3/5). Reflejos de estiramiento muscular todos presentes y simétricos. Reflejos cutáneos plantares indiferentes (normales). Sensibilidad, conservada en todas las modalidades.

Maniobras cerebelosas, negativas. No se objetivan signos de patología extrapiramidal. Romberg negativo. Marcha normal. Neurovascular, anodino.

- Se le recomienda realizar analítica que es realizada previa petición de su Médico de Familia (20/10/17) con resultado dentro de la normalidad (hemograma, vitamina B12, ácido fólico y bioquímica), salvo por elevación de cifras de colesterol total 267 mg/dl y triglicéridos: 621 mg/dl.

- También como parte del estudio le es realizado (de forma privada) el 26/10/17, Resonancia Magnética cerebral que muestra infarto isquémico con carácter reciente en la región capsular de hemisferio derecho con afectación del núcleo lenticular y una pequeña área de carácter isquémico en el eje silviano derecho. También se le realiza según informe de neuróloga privada estudio Doppler transcraneal dentro de la normalidad y Doppler carotídeovertebral que mostró unos parámetros morfológicos y hemodinámicos sin hallazgos significativos, salvo pico sistólico de 145 cm/s. a nivel de arteria carótida común derecha.

- En fecha 23/10/17 su médico de familia describe a la exploración de Miembro superior izquierdo: ya vence parcialmente la resistencia y tiene más fuerza, además ya agarra. Sigue comentando alteraciones del estado de ánimo (irritabilidad, tristeza, trastorno del sueño, labilidad emocional, y crisis de ansiedad frecuentes).

- En fecha 31/10/17 su médico de familia describe: algo mejor la movilidad del miembro superior izquierdo, pero aún no completa. Prescribe tratamiento con Atozet para control de hiperlipidemia mixta, a lo que añade el 06/11/17, una vez aportado

el informe de Neurología y resultado de RlvÍN, Adiro 100 mg (antiagregante plaquetario).

- En fecha 20/11/17 acude a su Médico de familia refiriendo haber realizado 3 sesiones de rehabilitación, estar bastante mejor, durmiendo mejor, menos crisis de ansiedad y mejor movilidad, aunque con mayor lentitud en lado izquierdo. Aporta informe de Cardiología que describe: paciente cardiológicamente estable, constantes vitales normales. Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad. No soplos. Electrocardiograma dentro de la normalidad. IMC: 32 (Obesidad). Bajo los diagnósticos de Ictus isquémico y obesidad, recomienda dejar de fumar y realizar ecocardiograma y estudio holter (...), que le fueron realizados posteriormente con resultados dentro de la normalidad. Su médico de familia le reajusta tratamiento ansiolítico.

- Asimismo, en informe de rehabilitación privado (21/11/17) la paciente a la exploración física se mantiene orientada temperoespacialmente; no muestra alteraciones del equilibrio y deambula independiente con leve arrastre de pie izquierdo, habiendo mejorado fuerza del miembro superior izquierdo 3+15, con presencia de espasticidad moderada. Se le recomienda continuar con tratamiento rehabilitador y valoración por Psicología.

- En fecha 18/12/17 en control con su médico de familia, refiere que tendrá cita con Psicología (a través de su Empresa). Aporta resultado analítico de Neurología privada, con glucemia basal < 126 (no criterios de Diabetes), pero diabetes gestacional y triglicéridos elevados (289 mg/dl). Se inicia tratamiento con metformina. Su médico de familia, además, describe informe de Neurología luego de los estudios realizados detalla: Ictus isquémico cápsulotalámico derecho de etiología indeterminada con hemisíndrome sensitivo-motor izquierdo leve residual. Fallos de memoria, nerviosismo; por lo que recomienda Adiro 300, atorvastatina (hipolipemiente), así como el control de los factores de riesgo cardiovascular [control de peso, tabaquismo (...)].

- Seguidamente continúa controles con su médico de familia, Neurología y Rehabilitación de la Seguridad Social. En consulta de su médico de familia de fecha 17/04/18, se detalla información de interconsulta realizada a Neurología (12/04/18) en donde consta que, no existe afectación de pares craneales, debilidad de miembro inferior izquierdo (MII) 4+15; marcha con leve arrastre de MII, leve tendencia a la lateropulsión a la izquierda. Resto de la exploración anodina. Se indica estudio de trombofilia a través de interconsulta a hematología y Angio TAC de TSA y cerebral. Se

incrementa dosis de atorvastatina a 40 mg por ateromatosis carotídea bilateral. Próxima cita con Neurología en fecha 18/10/18. Por otra parte, la interconsulta realizada a la Rehabilitación (6/3/18) informa de hemiparesia izquierda leve para lo cual recomiendan terapia física con ejercicios de potenciación muscular de miembros inferiores. Reeducar patrón de la marcha, rampas, escaleras, equilibrio dinámico. Se emite alta laboral con fecha 17/04/18.

- Posteriormente no constan consultas a Atención Primaria por problemas de salud, salvo para repetición de recetas.

Ante esta sucesión de hechos, el SIP realiza las siguientes consideraciones:

- Las enfermedades cerebrovasculares son alteraciones transitorias o definitivas del funcionamiento de una o varias zonas del encéfalo, que aparecen como consecuencia de un trastorno de la circulación sanguínea cerebral. En función de la naturaleza de la lesión estas enfermedades se dividen en isquemia o hemorragia cerebral, estando englobados los ataques isquémicos transitorios, dentro de los ictus isquémicos, pero siendo estos episodios breves, cuyos síntomas clínicos se resuelven típicamente en menos de una hora de forma natural.

- El ictus es una urgencia neurológica que precisa un diagnóstico precoz, basado en anamnesis, exploración física y pruebas complementarias, para llevar a cabo un tratamiento específico que minimice el daño neuronal. En este sentido, se ha mostrado útil la implantación del llamado Código Ictus, para coordinar los servicios extrahospitalarios de transporte urgente con los servicios hospitalarios (urgencias y neurología) y conseguir, por tanto, que el paciente sea estabilizado y trasladado en el menor tiempo posible a un centro adecuado.

- Así vemos que, una vez fue avisado el 112, se activó el Código Ictus e inmediatamente la paciente fue trasladada a un hospital de tercer nivel, que dispone de procedimientos diagnósticos de imagen y capacidad para instaurar el tratamiento oportuno, considerando como punto importante desde que se activó, la posibilidad de garantizar un intervalo inferior a 4 y 2 horas desde la aparición de los síntomas, y la instauración del tratamiento revascularizador, si este es requerido.

- La recepción de la paciente fue organizada de manera activa, siendo rápidamente atendida a su llegada al Hospital por el Servicio de Urgencias y cinco minutos más tarde por Neurología.

- Para el diagnóstico se tuvieron en cuenta dentro de la anamnesis, antecedentes vasculares previos, factores de riesgo, forma de instauración, hora de inicio. En este caso vemos que la paciente con antecedentes de trastorno de ansiedad y en el contexto de situación estresante, había iniciado los síntomas (sensación opresiva, falta de aire, debilidad hemicorporal y disartria) sobre la 01:30 horas, tras ser despertada por una llamada telefónica. Una hora después, a las 02:30 horas ya estaba siendo examinada por Neurología. No tenía antecedentes de enfermedad vascular previa, ni consanguinidad. No tenía antecedentes personales relevantes, salvo un parto hacía 9 meses de un embarazo con Diabetes gestacional. Luego del parto no tenía criterios de Diabetes Mellitus. A su llegada a Urgencias la misma paciente manifiesta encontrarse muy nerviosa debido a situaciones personales.

- En la exploración física general se tuvo en cuenta que, la paciente se mantuvo con buen estado general, sin dificultad respiratoria, afebril, hemodinámicamente y con signos vitales estables, la auscultación cardiopulmonar fue normal, sin la presencia de soplos. No se describen signos de hipertensión intracraneal (cefalea, vómitos, diplopia, ni alteraciones del estado de conciencia). En la exploración física neurológica se objetiva una disartria leve, debilidad proximal de MSI, con balance muscular (BM): 1/5, así como distal, BM: 3/5, que mejora con maniobras de distracción. Claudicación en maniobras de Barré y Mingattini con corrección de la caída del brazo. BM a la exploración por grupos en ambos miembros inferiores (MMII) de 3/5 que mejora con maniobras de distracción. No trastorno sensitivo, reflejo cutáneo plantar (RCP) flexores (normal).

- Tras anamnesis y examen físico realizados, en una paciente con trastorno de ansiedad conocido y vigente, estando la misma con buen estado general, consciente y estable hemodinámicamente, se le administra fármaco ansiolítico, y estando en observación y monitorizada, se le indican las pruebas complementarias que según su situación se realizan de forma protocolaria; en su caso le son realizadas estudio analítico (hemograma, leucograma, coagulación, y parámetros bioquímicos: glucosa, urea, creatinina, iones sodio y potasio, osmolalidad y proteína C reactiva), a lo que se añade TAC craneal, a menos de tres horas de iniciado el proceso.

- El TAC craneal es una herramienta diagnóstica de gran valor por su disponibilidad, rapidez y porque no precisa de la administración de contraste intravenoso. Su realización es la prueba indicada según protocolos actuales, ante la sospecha de ictus, y sus imágenes nos permiten identificar la presencia de hemorragia, así como de signos precoces de isquemialinfarto.



- El resultado analítico realizado fue prácticamente normal, no arroja ningún dato significativo en relación con la clínica de la paciente, el electrocardiograma no muestra alteraciones; también le es realizado TAC craneal para descartar ictus, que resultó ser normal (ASPECTS 10), sin signos de isquemia ni de hemorragia, ni datos precoces que hicieran sospechar tales signos.

- La paciente que continuaba en observación y monitorizada, no mostró ningún otro síntoma o signo válido para hacer otro tipo de pruebas, por ejemplo, si hubiese tenido fiebre, sospecha de infección o signos meníngeos hubiera sido candidata a punción lumbar, pero no lo era, de la misma manera que tras la normalidad de las pruebas realizadas, la no progresión de los síntomas, no requería según el protocolo actual de la Sociedad Española de Neurología, repetición del TAC ni realización de ninguna otra prueba de imagen dado que, no había progresión de síntomas neurológicos, no había sospecha de hemorragia cerebral ni tampoco era candidata para recibir tratamiento de anticoagulación.

- Tras haber puesto al alcance de la paciente todos los medios y cuidados en su asistencia como si padeciera un ictus, con la consiguiente monitorización cardíaca, respiratoria, control de cifras tensionales, temperatura, glucemia y vigilancia neurológica en las siguientes horas, y tras mejoría clínica y no siendo subsidiaria de tratamiento invasivo/fibrinolítico, se decidió no ingresar a la paciente en el Servicio de Neurología.

- El empleo de terapia trombolítica, puede tener efectos colaterales graves, como por ejemplo la hemorragia cerebral, por lo que la instauración de dicho tratamiento debe seguir unos criterios concretos, que no se daban en esta paciente.

- Bajo el juicio clínico de trastorno motor sugestivo de funcionalidad y tenido en cuenta los antecedentes (situación estresante), clínica subjetiva de funcionalidad (la paciente tenía más movilidad cuando estaba distraída), normalidad de las pruebas complementarias, y progresiva mejoría del cuadro, que no impresionaba de patología neurológica aguda subsidiaria de ingreso hospitalario, la paciente fue dada de alta.

- Al alta se le recomendó valoración por su médico de Atención Primaria para control de la sintomatología ansiosa, referida por la misma paciente desde que se inicia su atención.

- Luego del alta hospitalaria no acude nuevamente a urgencias ni a su médico de Atención Primaria por la aparición de nuevos síntomas ni empeoramiento del cuadro.

Visita a su Médico de Familia el 16/10/2017 aportando el informe de Urgencias (14/10/16). En dicha consulta la paciente expresa tristeza, baja autoestima, labilidad emocional si está sola, apatía, disartria (se le traba la lengua al hablar). Refiere tener más fuerza en el MII. A la exploración se puede poner de pie y camina con ayuda; mueve el brazo izquierdo e intenta apretar la mano aunque con baja fuerza (3/5): lenguaje coherente y memoria conservada. Bajo el diagnóstico de Trastornos mixtos como reacción al estrés + trastorno motor sugestivo de funcionalidad le indica mantener tratamiento con tranxilium, le prescribe cymbalta (estabilizador del estado de ánimo). Emite baja laboral y seguir evolución.

- El hecho de no haber regresado a Urgencias, ni consultado ningún otro médico, a lo que se añade que, a la exploración hay más fuerza en MII lo que le permite caminar con ayuda, y mueve el brazo izquierdo y aprieta la mano con baja fuerza (3/5), nos lleva a pensar que no había existido un empeoramiento clínico del cuadro, sino lo contrario, la paciente presentaba mejoría.

- Cinco días después, en fecha 19/10/17, no acude a ningún centro hospitalario público, ni solicita volver a ser valorada por Neurología, sino que decide libremente, acudir a un Neurólogo privado. Realizada la historia clínica que ya conocemos, consta en la exploración que existe paresia en MSI con BM 3/5, siendo las pruebas de equilibrio y la marcha normales.

Aunque es evidente que de haber existido un ictus este no había progresado y la mejoría evolutiva era obvia, la Neuróloga decidió indicar otras pruebas complementarias (distintas de las que se requieren ante la urgencia), ya evolucionado el proceso, para descartar que un proceso isquémico hubiese ocurrido.

- El estudio de Resonancia Magnética con contraste cerebral realizado el 26/10/17 mostró un infarto isquémico con carácter reciente en la región capsular del hemisferio derecho y una pequeña área de carácter isquémico en el eje silviano derecho. El estudio analítico presentó aumento de lípidos séricos (colesterol y triglicéridos). El resto de pruebas realizadas resultaron normales. La paciente fue diagnosticada de ictus isquémico en el territorio de las arterias lenticulo-estriadas derechas y en eje silviano. El tratamiento prescrito una vez tenido el diagnóstico consistió en un fármaco hipolipemiante (Atozet) y un antiagregante plaquetario-anticoagulante (Adiro). Medicación esta, adecuadamente indicada en este momento para la prevención secundaria.

- El resto de pruebas realizadas posteriormente resultaron dentro de la normalidad por lo que la etiología del evento isquémico padecido sigue siendo

indeterminado. Ha recibido tratamiento rehabilitador, y su evolución ha seguido siendo satisfactoria. En última consulta de Neurología (12/4/18) consta ligera debilidad de miembro inferior izquierdo 4+15, con leve arrastre de dicho miembro al caminar. Su alta fue emitida por su Médico de Familia el 17/04/2018, para su incorporación al trabajo; no constando posteriormente consultas por procesos relacionados. La paciente actualmente continúa su estudio y seguimiento por Neurología de la Seguridad social.

El SIP llega a las siguientes conclusiones:

«1. El servicio público actuó en todo instante, conforme a la mejor práctica, a tenor de la evidencia médica actual, no siendo factible exigir a aquél, una acción que supere la mejor praxis sanitaria existente, siendo ésta el resultado de aplicar conocimientos científicos actualizados: Los diagnósticos, pruebas complementarias, tratamientos, el uso de medios y actuaciones adoptadas, se realizaron de forma adecuada, de acuerdo a los requerimientos y situación del paciente, siguiendo criterios, normas y protocolos actuales.

2. El manejo clínico de la paciente fue individualizado, y conforme a la *lex artis*, tanto en los tiempos de actuación como el tipo de actuación en sí, poniéndose en marcha el llamado Código Ictus, precozmente, ante la sospecha, y aún, no teniendo un diagnóstico de Ictus isquémico en Urgencias, se le trató como si lo fuera, practicándose todos los exámenes diagnósticos que de forma protocolaria están descritos, y decidiéndose en base a criterios objetivos el tratamiento a seguir y el no empleo de terapia antitrombótica.

3. Su alta también fue emitida, siguiendo los mismos criterios objetivos: mejoría clínica, no subsidiaria de tratamiento invasivo/fibrinolítico, con pruebas diagnósticas dentro de la normalidad. Por otro lado, se remite a la paciente a su médico de Atención Primaria para control de la sintomatología ansiosa, que ella misma refería tener; como así se hizo, según consta en la historia clínica.

4. La paciente según datos de informes médicos e historia clínica, no sufrió ningún tipo de empeoramiento tras su alta (recupera fuerza progresivamente). Aún así, y tras no haber vuelto a la normalidad, cinco días después, consulta por libre decisión, a un neurólogo privado, que, tras la historia ya evolucionada, en un segundo tiempo, decide realizar nuevos estudios en este momento indicados, y que constataron la presencia de un Ictus isquémico reciente, que por otra parte dada su evolución natural, tanto inicial como en el tiempo, nunca precisó de tratamiento trombolítico.

5. En este contexto procede señalar que, cuando un paciente por libre decisión acude a otro servicio sanitario privado, sin recomendación, ni autorización del Sistema Nacional de Salud, y sin ser una urgencia vital, no procede reintegro de gastos según la normativa vigente.

6. Por todo lo anterior, y aunque en Urgencias no se llegara a conocer el diagnóstico de la paciente, y tras aplicar el protocolo de este tipo de casos decidiera el alta, su evolución, el tratamiento seguido y las recomendaciones facilitadas fueron adecuadas y no influyeron en la evolución posterior de la paciente que como queda reflejada en su historia clínica fue siempre y progresivamente hacia la mejoría. Siendo dada de alta para su incorporación laboral el 17/04/18.

7. Razonable es mencionar que, incluso en una buena práctica asistencial, la Administración sanitaria no puede tomarse en una entidad de curación asegurada en todo procedimiento asistencial, ni ser señalada como la causante de todo daño que se produzca en el transcurso de cualquiera de sus correctas actuaciones, limitándose la medicina, en la actualidad, a proporcionar los medios para intentar la prevención, paliación o curación de las patologías, sin pretender que el resultado de un procedimiento sanitario sea siempre el esperado y sin garantizar resultados exitosos en lo que a recuperación de la salud, se refiere.

8. Por tanto, con respecto a lo reclamado, no encontramos relación con mala praxis, inasistencia o asistencia inadecuada, sino que hubo atención tanto de cuidados como de medios, adaptados a los que el caso clínico requería».

3. En período probatorio, la interesada presenta las pruebas diagnósticas realizadas en el ámbito privado.

4. Dado preceptivo trámite de audiencia la reclamante no presenta alegaciones.

5. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación formulada por no concurrir los requisitos necesarios para declarar responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud.

### III

1. A los efectos de analizar la adecuación a Derecho de la Propuesta de Resolución, tal y como la doctrina de este Consejo ha venido manteniendo de manera reiterada y constante (por todos, Dictamen 303/2018, de 29 de junio), procede tener en cuenta que a la Administración no le es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente.

Se hace preciso, por consiguiente, determinar un parámetro que permita valorar el funcionamiento del servicio y, por tanto, la procedencia o no de la actuación médica causante o conectada a la lesión existente; es decir, que permita diferenciar

aqueles supuestos en que los resultados dañosos se pueden imputar a la actividad administrativa, incluyendo el tratamiento o asistencia efectuada o la falta de uno u otra, y aquellos otros en los que se ha debido a la evolución natural de la enfermedad y al hecho de la imposibilidad de que los medios de exigible disponibilidad, en función del nivel técnico y científico alcanzado, garanticen la cura en todos los casos o completamente.

Este criterio básico, utilizado comúnmente por la jurisprudencia contencioso-administrativa, es el de la *lex artis*, sin perjuicio de la aplicabilidad de las normas reguladoras de la prestación del servicio público sanitario, incluyendo los derechos de los pacientes. Así, lo esencial, básicamente, desde una perspectiva asistencial y para la Administración gestora, es la obligación de prestar la debida asistencia médica, con el uso de los medios pertinentes en la forma y momento adecuados, con las limitaciones y riesgos inherentes a ellos, conocidos por los pacientes (SSTS de 16 de marzo de 2005, 7 y 20 de marzo de 2007, 12 de julio de 2007, y 25 de septiembre de 2007, entre otras).

Por lo tanto, el criterio de la *lex artis* determina la normalidad de los actos médicos e impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, de modo que la existencia de responsabilidad exige tanto la producción de la lesión como la infracción de la referida *lex artis*, en relación, en particular, con el estado de los conocimientos y de la técnica sanitaria (art. 34.1 LRJSP).

2. En el caso que nos ocupa, la interesada reclama por un error de diagnóstico pues según reseña, no se le detectó el ictus que padeció, pero no objetiva ningún daño derivado de ese supuesto error.

De la documentación obrante en el expediente se desprende que, como señala la Propuesta de Resolución que se analiza, no concurren los elementos requeridos para que se aprecie la relación de causalidad precisa entre el daño producido y el actuar de la Administración sanitaria, puesto que se desprende del expediente que se atendió adecuadamente a la interesada cuando llegó a Urgencias, donde ya se había activado el protocolo de Código Ictus, realizándose anamnesis, exploración neurológica, hemograma, bioquímica, coagulación y TAC de cráneo. Se tuvieron en cuenta los antecedentes vasculares previos, factores de riesgo, forma de instauración, hora de inicio, etc. Estas pruebas complementarias se realizaron en menos de tres horas de iniciado el proceso.

Durante su estancia en observación, no presentó ningún signo ni síntoma que indicara otro tipo de pruebas. Tras la normalidad de las pruebas complementarias, los síntomas neurológicos iniciales no progresaron, por lo que según el protocolo actual de la Sociedad Española de Neurología, no requería repetición del TAC ni realización de ninguna otra prueba de imagen. Tampoco era candidata para recibir tratamiento de anticoagulación.

El SIP explica que el empleo de terapia antitrombótica puede tener efectos colaterales graves como por ejemplo la hemorragia cerebral, por lo que la instauración de este tratamiento debe seguir unos criterios concretos que no se daban en la interesada.

Tras mejoría clínica y no siendo subsidiaria de tratamiento invasivo/fibrinolítico, y puesto que las pruebas complementarias realizadas fueron normales, se decidió no ingresar a la paciente, pero sí se le remite a su médico de AP para control de la sintomatología ansiosa que ella misma refirió a su llegada.

En definitiva, a la paciente se le atendió adecuadamente en todo momento, siendo las pruebas, tratamientos, el uso de medios y actuaciones adoptadas realizados de acuerdo a los requerimientos y situación de la paciente, siguiendo criterios, normas y protocolos actuales; esto es, de acuerdo a la *lex artis ad hoc*.

La paciente, según datos de informes médicos e historia clínica, no sufrió ningún tipo de empeoramiento tras su alta (recupera fuerza progresivamente), por lo que no se aprecia la existencia de daño derivado de la asistencia sanitaria recibida, sino la propia de la patología sufrida. Como, por lo demás, no se constató empeoramiento posterior en su estado de salud, tampoco cabe formular reproche alguno al alta médica.

Por todo ello se ha de concluir que no concurren los requisitos para que nazca la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, de lo que se desprende que la Propuesta de Resolución, que desestima la pretensión resarcitoria, es conforme a Derecho.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, desestimatoria de la reclamación formulada por la interesada, se considera conforme a Derecho.