



Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 2ª)

La Laguna, a 9 de enero de 2020.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera 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 la representación de (...), en su propio nombre y representación y en el de (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 458/2019 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por la Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud, iniciado el 28 de septiembre de 2018 a instancia de la representación de (...), que comparece en su propio nombre y derecho, así como en el de tutor legal de su esposa (...), incapacitada judicialmente, por los daños sufridos por esta como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida en dependencias del Servicio Canario de la Salud.

2. El interesado cuantifica la indemnización reclamada en 500.000 euros, lo 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).

* Ponente: Sra. Marrero Sánchez.

También son de aplicación las Leyes 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP); la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, 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. Se cumple el requisito de legitimación activa, teniendo el reclamante la condición de interesado al haber sufrido un daño derivado -a su juicio- de la prestación del servicio público sanitario [art. 4.1, apartado a) LPACAP].

Por otro lado, corresponde a la Administración autonómica la legitimación pasiva, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

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 instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la 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 los interesados, impidan un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada.

7. Concurren los requisitos legalmente establecidos para hacer efectivo el ejercicio del derecho indemnizatorio previsto en el art. 106.2 de la Constitución (arts. 32 y ss. LRJSP).

II

1. La sucesión de hechos que han motivado la reclamación, según el interesado, es la siguiente:

En junio de 2016, la esposa del reclamante acudió a su médico de cabecera por sufrir fuertes dolores de cabeza y mareos. El facultativo que la atiende le indica que tales dolores tienen su origen en la menopausia, indicándole un análisis de sangre y medicación para regular las menstruaciones. A la vista del resultado de los análisis de sangre, el facultativo se reafirma en su inicial diagnóstico, considerando que tales dolores eran debidos a un desequilibrio hormonal entre tiroides y el hipotálamo.

El 3 de agosto de 2016, la paciente acude a consulta con el Servicio de Ginecología.

A pesar de su insistencia en los dolores de cabeza, cada vez más intensos y frecuentes, el médico de atención primaria no realizó exploración y anamnesis en profundidad ni solicitó interconsulta al Servicio de Neurología.

El 16 de septiembre de 2016 se le pauta nuevo tratamiento dirigido a problemas hormonales y se le facilitó un volante para consulta con el Servicio de Endocrinología con carácter preferente.

Con fecha de 7 de octubre de 2016, es llevada en ambulancia al Servicio de Urgencias del Hospital donde ingresó con un cuadro de hipertensión con infartos lacunares crónicos y edema cerebral con un posterior deterioro neuronal progresivo que condujo a una situación de coma.

Tras estancia en la UMI, es pasada a planta con una situación de deterioro neuronal irreversible, con pérdida total de memoria, capacidad de entendimiento y con un cuadro de tetraplejia espástica con dependencia total durante las 24 horas del día.

Tras recibir el alta a domicilio, ha sido sometida a tratamientos rehabilitadores.

Con fecha 15 de enero de 2018, se le ha reconocido un grado de discapacidad del 87%.

Alega que las severas secuelas que padece su esposa fueron consecuencia de la deficiente asistencia sanitaria prestada por los facultativos del Servicio Canario de la Salud, pues la misma fue deficientemente explorada a la vista de la sintomatología

presentada, no se tuvieron en cuenta sus antecedentes clínicos y no se efectuó interconsulta al Servicio de Neurología.

2. Con fecha 9 de octubre de 2018, se requiere al reclamante a fin de que mejore la reclamación presentada aportándose, con fecha 16 de octubre de 2018 la documentación requerida.

3. Con fecha 7 de noviembre de 2018 se admite a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial.

4. Con fecha 11 de junio de 2019 por parte del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), a la luz de la documentación obrante en el expediente (informes médicos e historia clínica), emite informe en el que relata la siguiente sucesión cronológica de los hechos:

«1.- La paciente de 47 años, sin antecedentes de riesgo cardiovascular, según historia clínica, fue atendida en Atención Primaria en las fechas indicadas y por los motivos siguientes:

2.- En fecha 17/06/2016 fue atendida por Onicomosis (infección producida por hongos que afecta las uñas). Se le prescribe Ciclopirox (antifúngico de uso externo).

3.- En fecha 27/06/16 acude a realizarse extracción de sangre indicada por su Médico de Familia en el contexto de actividades de prevención y seguimiento.

4.- En fecha 05/07/2016 tras valorar analítica de control solicitada con anterioridad se recogen en historia clínica los diagnósticos de Hipotiroidismo no especificado (hipotiroidismo subclínico con hormona TSH elevada y T4 normal), Ferropenia (déficit de hierro sin anemia), Nefropatía crónica estadio III, es decir estadio inicial (disminución del filtrado glomerular) ya conocido. Se le prescribe Ferplex (suplemento de hierro).

5.- En fecha 15/07/2016 la paciente consulta por metrorragia (sangrado entre ciclos menstruales) en el contexto de reglas irregulares, es decir, trastornos presentes en la perimenopausia. La exploración física se describe como normal. Se le solicita interconsulta a Ginecología.

6.- En fecha 28/07/16 acude a Servicio de Urgencias Hospitalario por presentar metrorragia de un mes de evolución. Refiere ha consultado Ginecólogo privado, y, presenta quiste binucleado en ovario izquierdo y derecho. Presenta buen estado general, bien hidratada, bien perfundida, normocoloreada, eupneica y afebril. La tensión arterial es de 120/80 (normal).

Frecuencia cardíaca es de 75 lpm (normal). La analítica realizada está dentro de límites normales. Se habla con Ginecólogo de Guardia que indica remitir a Consultas Externas de

forma preferente. Estando la paciente clínica y hemodinámicamente estable, se da el alta con el diagnóstico de metrorragia a estudio.

7.- En fecha 03/08/16 es atendida en Consultas Externas de Ginecología por Sangrado genital mayor que regla de un mes de evolución, es decir metrorragia o hiperpolimenorrea*, la paciente no refiere otros antecedentes patológicos. A la exploración de genitales y vagina no hay presencia de restos hemáticos. La ecografía realizada muestra en anejo derecho formación redondeada de 8x15 mm sugestiva de formación quística funcional. Dependiente de anejo izquierdo presenta formación bilobulada con polo sólido inferior. Se solicitan nuevos estudios para el control de las formaciones anexiales, se indica control de sangrado vaginal + calendario menstrual. Se prescribe Amchafibrin (para tratamiento de hemorragias) a dosis pautadas y control analítico por su Médico de Atención Primaria (perfil tiroideo y hemograma), además de nuevo control por Ginecología en 3-4 meses.

8.- * Hiperpolimenorrea se refiere a sangrado frecuente, abundante y/o prolongado, sin patrón cíclico menstrual, es decir disfuncional.

9.- En fecha 09/08/2016 tras visita a Ginecología, acude a su Médico de Atención Primaria.

Con el diagnóstico de metrorragia se describe el informe de Ginecología donde se aprecia en Ecografía realizada anejo derecho con formación redondeada, sugestiva de quiste, por la que se le recomienda control posterior en 3-4 meses. Se le indica analítica de control.

10.- En fecha 05/09/16 se realiza extracción de analítica.

11.- En fecha 16/09/16 acude a valoración de resultados analíticos por Médico de Atención Primaria, siendo atendida por Médico de Familia distinto del habitual. En el contexto de analítica de control realizado de parámetros tiroideos, con el diagnóstico de hipotiroidismo (subclínico), se le solicita interconsulta a Endocrinología (preferente, es decir, no urgente). Se describe presenta insomnio transitorio, para lo cual se prescribe ansiolítico (bromazepam).

12.- En fecha 07/10/2016 es traída en Ambulancia de Soporte Vital Básico (SVB) al Servicio de Urgencias Hospitalario figurando en el motivo de consulta: cefalea e hipertensión arterial (HTA). En la anamnesis se describe a las 03:52 horas, que acude tras presentar cuadro de desorientación con bradipsiquia (lentitud del pensamiento) y bradilalia (lentitud al hablar) desde las 21:00 horas. Su familiar acompañante (marido), refiere que la paciente lleva unos días con malestar general y cefalea, y, que hace dos días presentó mientras daban un paseo cefalea intensa y desviación de la comisura bucal autolimitada. Este cuadro lo ha vuelto a presentar esta noche sobre las 22:00 horas, con aumento de la intensidad de la cefalea y desorientación temporo-espacial, con disartria (dificultad para articular palabras). A la llegada de la ambulancia a su domicilio se detecta tensión arterial (TA) de 276/170 mmHg

(muy elevada). También refiere cefaleas intermitentes de cinco meses de evolución que achacaban a alteraciones hormonales de la perimenopausia e hipertensión diagnosticada (datos estos que no se describen ni constan en las distintas consultas a diferentes médicos del servicio sanitario público, realizadas por la paciente desde el mes de junio de 2016).

13.- A su llegada al hospital presenta TA de 280/180 mm/Hg (muy elevada); frecuencia cardíaca (FC) 70 lpm; saturación de O₂ 100%.

14.- A la exploración física general presenta aceptable estado general, consciente y colaboradora pero con desorientación temporo-espacial, bradipsiquia y bradilalia. Pupilas isocóricas y normorreactivas (PINR), motilidad ocular extrínseca (MOT) conservada. No disimetrías faciales, ni déficit motor, con fuerza 5/5 en extremidades. Reflejo cutáneo plantar (RCP) flexor derecho e izquierdo indiferente. Sensibilidad conservada. Buena hidratación de piel y mucosas; normocoloreada y eupneica. Auscultación cardiopulmonar y exploración abdominal se describen normales. Pulsos femorales presentes y simétricos. No edemas de miembros inferiores (MMII). No signos de trombosis venosa profunda. Electrocardiograma muestra trazados con T negativas en derivaciones II, III y aVF, y, descenso de ST de 1 mm de V4 a V6. Tras la clínica presentada se considera el diagnóstico de Emergencia Hipertensiva.

15.- Se le realiza TAC craneal sin y con contraste con hallazgos compatibles con encefalopatía hipertensiva (edema cerebral) e infartos lacunares crónicos. Durante su estancia en Urgencias se le continuaron realizando pruebas (analíticas, Rx de Tórax, electrocardiograma) y se le administra tratamiento antihipertensivo, valorado y ajustado por Medicina Intensiva; ingresando en UCI por persistencia de cifras elevadas de tensión arterial y edema cerebral, presentando tras 12 horas de ingreso persistencia del edema cerebral, y empeoramiento clínico, con deterioro del nivel de conciencia y persistencia de hipertensión, debido a lo cual se le practicó intubación y medicación agresiva antihipertensiva, hasta lograr control tensional con disminución progresiva de dicha medicación 48 horas después. Tras control de tensión en fecha 08/10/16 se retira sedación, permaneciendo la paciente en estado de coma con escala de Glasgow 5 (apertura ocular espontánea de forma esporádica, M1, V1) y episodios de rigidez generalizada con postura de decorticación. 72 horas después del ingreso se repite TAC craneal que muestra nuevos infartos isquémicos agudos, y edema en sustancia blanca por encefalopatía aterosclerótica. Dada la situación estacionaria de la paciente y pronóstico incierto, en fecha 18/10/16 tras consentimiento informado se realiza traqueostomía, avanzando en días posteriores a nivel respiratorio hasta la desconexión de la ventilación mecánica invasiva. En fecha 21/10/16 la paciente está consciente, lográndose contactar con ella por momentos. En días posteriores tiene contacto con el entorno. Se indica comenzar con rehabilitación. Durante su ingreso en UCI ha recibido antibioterapia tras cultivos positivos, con buena respuesta, y al ingreso presentó reagudización de insuficiencia renal con progresión hacia la mejoría.

16.- La Ecografía abdominal realizada en fecha 07/10/16 es normal, no identificando alteraciones renales y el TAC toraco- abdomino- pélvico resultó normal, salvo por marcada hipertrofia de las paredes del ventrículo izquierdo, también recogido en Ecocardiograma transtorácico (14/10/16), que mostró que dicha hipertrofia es moderada, con un ventrículo izquierdo de tamaño y función sistólica global normales. En fecha 10/10/16 (72 horas después del ingreso) se realiza TAC evolutivo con resultado de hallazgos correspondientes a infartos isquémicos agudos (lesiones vasculares isquémicas) parietales posteriores en forma bilateral y de hemisferio cerebeloso izquierdo. Edema en sustancia blanca por encefalopatía aterosclerótica. Infartos isquémicos crónicos en sustancia blanca. No presencia de lesiones hemorrágicas. Ese mismo día el Electroencefalograma muestra registro patológico con lentificación global del ritmo de fondo y asimetría hemisférica izquierda de probable origen estructural. En RMN realizada en fecha 13/10/16 se describen alteraciones compatibles con Encefalopatía (imágenes que sugieren lesiones vasculares agudas/subagudas y microsangrados con depósito de hemosiderina), sin lesiones de otra naturaleza.

17.- Tras no precisar soporte hemodinámico, respiratorio ni neurológico es dada de alta para su traslado al Servicio de Nefrología en fecha 25/10/16, con los diagnósticos de Emergencia hipertensiva con encefalopatía con daño cerebral; Coma de origen estructural secundario; Edema cerebral difuso; Infartos isquémicos agudos parietales bilaterales y de hemisferio cerebeloso izquierdo; Infartos lacunares crónicos; Tendencia a la espasticidad; Hipertensión; Insuficiencia renal crónica reagudizada, Hipotiroidismo a estudio.

18.- En fecha 11/10/16 Neurología describe en evolutivos de su historia clínica que, revisados los dos estudios de imagen cerebral (TAC realizados los días 7 y 10/10/16), se trata de una Encefalopatía severa en el contexto de un Síndrome de PRES secundario a la emergencia hipertensiva.

19.- En fecha 12/10/16 Nefrología describe que, se han realizado estudios de despistaje de causa secundaria, con registro Doppler de arterias renales normales y no asimetría en tamaño de siluetas renales, que descarta de forma razonable hipertensión renovascular. También la función renal estable y sedimento urinario normal descartan Glomerulonefritis crónica progresiva o Hipertensión arterial (HTA) maligna, sugiriendo daño renal previo por Nefroangioesclerosis (NAE) y Vasculitis sistémica extrarenal (pendiente de resultado de estudio inmunológico). En TAC realizado no hay evidencia de patología en suprarrenales, tampoco origen tóxico, ni en alteraciones tiroideas. Se sospecha probable hipertensión crónica de base, sin tratamiento. Emergencia hipertensiva con focalidad neurológica (en estudio si es de causa secundaria). Hipertensión de componente central por la gran afectación neurológica.

20.- Tras la emergencia hipertensiva y pese al tratamiento administrado, la paciente manifestó secundariamente una encefalopatía hipertensiva severa, con gran afectación

nerológica, con presencia de Tetraplejía espástica, con mayor afectación de hemicuerpo izquierdo y poca reactividad ante los estímulos por lo que es valorada por rehabilitación en fecha 19/10/16 e inicia fisioterapia.

21.- En fecha 23/01/17 Neurología emite informe en el que describe mejoría progresiva de su estado neurológico, aunque con déficit neurológico severo. Importante afectación con secuelas cognitivas severas; tetraparesia severa con actitud distónica con dependencia para todas las actividades básicas de la vida diaria, precisando de cuidados permanentes. En los sucesivos estudios de imagen realizados (TAC y RMN) se aprecian múltiples lesiones isquémicas (ya descritas previamente). Con respecto al pronóstico se señala cierto margen de mejoría, pero probablemente poco significativo, sin que el mismo pueda mejorar su grado de dependencia, que es absoluto.

22.- En fecha 24/02/17 Endocrinología describe la presencia de hormona tiroidea TSH elevada y T4 normal con Anticuerpos anti TPO positivos, por lo que, con el diagnóstico de Hipotiroidismo primario autoinmune subclínico (que cursa sin síntomas apreciables) se inicia tratamiento con eutirox 50. Tratamiento y controles analíticos posteriores se realizarían al alta por Consultas Externas de Endocrinología.

23.- En fecha 14/03/17 se cursa solicitud de ambulancia para alta con hospitalización a domicilio, con los diagnósticos principales de Emergencia hipertensiva; Encefalopatía secundaria a emergencia hipertensiva; Hipertensión arterial esencial (sin causa identificable), Cardiopatía hipertensiva; Enfermedad renal crónica, Hipertensión arterial. Diagnóstico diferencial con hipertensión maligna asociada a microangiopatía trombótica. Enfermedad renal crónica (ERC) estadio 3A-B sin microalbuminuria. Otros diagnósticos: Anemia asociada a ferropenia; Déficit leve de ácido fólico; Hipotiroidismo primario autoinmune subclínico con indicación de tratamiento hormonal sustitutivo; Infección del tracto urinario (ITU) tratado con antibioterapia. Al alta se dan las recomendaciones sobre tratamientos, fisioterapia, medidas a seguir en casa, así como los controles que debe tener.

24.- Posteriormente la paciente continúa con sus controles por rehabilitación, Endocrinología, Neurología, Nefrología y Atención Primaria.

25.- En fecha 16/10/17 en consulta de Nefrología se describe en anamnesis que no controla esfínteres. A la exploración la TA es de 87/68 (algo baja), y la FC es de 82 lpm (normal). Está consciente y orientada en espacio y persona. La auscultación cardiopulmonar es normal. Los miembros inferiores son simétricos sin signos de trombosis venosa profunda ni edemas.

Se valora control analítico de seguimiento. Se le prescribe disminuir dosis de antihipertensivo, resto del tratamiento sin cambios, recomendando continuar con dieta baja en sal y seguimiento ambulatorio de la tensión arterial. Se le solicita interconsulta a Neurología para continuar con su seguimiento, y se programa próximo control con Nefrología.

26.- En fecha 31/10/17 en Consulta de Neurología se describe que tolera sedestación en silla, tiene dificultad para mantener la cabeza. No emite lenguaje espontáneo. Sabe que está en el hospital. Reconoce a su marido. Desde el punto de vista motor presenta discreta mejoría, mejorando la espasticidad y ganado movilidad en extremidad superior derecha, todo ello bajo supervisión de rehabilitación. Con el juicio clínico de Demencia secundaria a daño cerebral extenso en el contexto de emergencia hipertensiva, se le indica estimulación cognitiva en domicilio y seguir control en Consultas de Neurología.

27.- En fecha 27/04/18 en Consulta de Endocrinología se describe que presenta tetraplejía y disfagia orofaríngea que precisa suplementación nutricional oral. Se le realiza control de analítica y de tratamiento. Se le da el alta de Consultas Externas de Endocrinología para continuar con seguimiento básico hormonal por su Médico de Atención Primaria.

28.- En consulta de Rehabilitación de fechas 03/04/18 y 04/05/18 se describe que clínicamente no presenta cambios, con espasticidad marcada grado II-III en miembros superiores y sobre todo en miembro inferior izquierdo con pie equinovaro casi irreductible (uso de férulas pasivas antiequino). Mucha dificultad para la movilización de las caderas. Se continúa con seguimiento periódico, recomendando fisioterapia de mantenimiento e infiltraciones de toxina botulínica.

29.- Continúa con seguimiento periódico en consultas de Nefrología. En fecha 24/07/18 se valora analítica de control y se describe estudio genético de Microangiopatías tromboticas cuyo resultado no ha encontrado variantes patogénicas en los genes estudiados, aunque se han detectado variantes de riesgo (haplotipo H3 en homocigosis haplotipo en MCP en heterosigosis), por lo que dichos resultados no descartan un Síndrome hemolítico urémico (SHUa), ya que sólo es posible identificar mutaciones o anticuerpos antifactorH en aproximadamente un 50% de los pacientes. A la exploración se describe limitación funcional importante. Las mediciones de tensión arterial ambulatorias son normales. Se reajusta tratamiento y se dan las recomendaciones sobre control ambulatorio de tensión arterial y planificación de siguiente cita".

El SIP realiza las siguientes consideraciones:

"- Según datos de la historia clínica, la paciente no tenía antecedentes de riesgo cardiovascular (no tabaquismo, no Diabetes Mellitus, no Hipertensión arterial). En el mes de junio la paciente acudió en dos ocasiones al Centro de Salud, una de las veces, en fecha 17/06/2016, motivada por lesión en un dedo del pie, siendo el diagnóstico de Onicomiosis, para lo cual se le prescribió un antifúngico tópico, y, se le indicó analítica de control en el contexto de actividades de prevención y seguimiento, la cual fue realizada el 27/06/16.

- En fecha 05/07/2016 la paciente acude a recoger los resultados de analítica de control realizado: En dicha analítica se observa parámetros analíticos nuevos de hipotiroidismo subclínico, y ferropenia sin anemia, tras lo cual se prescribe suplementos de hierro.

- Así vemos que, durante las asistencias a consulta en el mes de junio no se describe por parte de la paciente la presencia de dolores de cabeza ni mareos. La paciente fue atendida por un proceso dermatológico (Onicomiosis), prescribiéndose el tratamiento adecuado y solicitándose una analítica de control en el contexto de actividades de prevención y seguimiento. Tampoco en la consulta en la que se le informa de los resultados analíticos, la paciente describe dolores de cabeza, mareos, tensión alta, o cualquier otro síntoma; por lo que la actuación médica fue adecuada y coherente con la clínica mostrada, en este caso déficit de hierro, para lo cual se le prescribe el tratamiento de elección, en este caso suplementos de hierro.

- En fecha 15/07/2016 la paciente consulta por metrorragia (sangrado entre ciclos menstruales) en el contexto de reglas irregulares, es decir, trastornos presentes en la perimenopausia. La exploración física se describe como normal. Se le solicita interconsulta a Ginecología. Tampoco el motivo de esta consulta es dolor de cabeza, ni tensión alta, ni ningún otro problema neurológico que motivara solicitar interconsulta a Neurología. La derivación para valoración por Ginecología era la adecuada según la clínica mostrada por la paciente, en este caso: reglas irregulares, metrorragias.

- Posteriormente, en fecha 28/07/16, acude a Servicio de Urgencias Hospitalario por presentar metrorragia de un mes de evolución. El examen físico realizado es normal, así como también lo es la tensión arterial (120/80) y la frecuencia cardíaca (75 lpm). Refiere ha consultado Ginecólogo privado y presenta quiste binucleado en ovario izquierdo y derecho.

Estando la paciente clínica y hemodinámica estable se le da alta con el diagnóstico de metrorragia a estudio y cita preferente con Ginecología. Así vemos que tampoco esta vez hubo mención de dolor de cabeza, mareos o cualquier otro síntoma que hiciese sospechar patología neurológica; destacando que la tensión arterial, de la cual nunca la paciente había manifestado tener problemas, en esta asistencia consta que es normal.

- En fecha 03/08/16, es valorada por Ginecología. La paciente describe sangrado genital mayor que regla de un mes de evolución. La exploración ginecológica es normal. La ecografía muestra formaciones quísticas en anejos, bilateralmente. Se le prescribe tratamiento, medidas a seguir, nuevos estudios para su seguimiento, y nuevo control analítico de perfil tiroideo y hemograma, a controlar por su Médico de familia. Tampoco esta vez, hay ninguna referencia a dolor de cabeza, mareos, alteraciones de la tensión arterial o cualquier otro síntoma o signo.

- En fecha 09/08/2016 tras visita a Ginecología, acude a su Médico de Atención Primaria, recogándose los datos de dicha consulta, indicándose analítica de control recomendada por Ginecología. Tampoco en esta consulta hay mención de dolores de cabeza, y mucho menos, que estos sean cada vez más intensos y frecuentes.

- En fecha 16/09/16 acude a recoger los resultados de la analítica realizada. Es atendida por un Médico de Familia distinto del habitual. En esta ocasión se recoge como único síntoma

nuevo, la presencia de insomnio transitorio. Se le prescribe un fármaco ansiolítico, y, dado los resultados de los parámetros tiroideos, en el contexto de hipotiroidismo subclínico se le solicita interconsulta preferente con Endocrinología. Consulta que, según su historia clínica se programó para el 11/11/16, período razonable, dado que no era una patología que requiriese atención urgente. Tampoco esta vez, se hace mención a alteraciones de tensión arterial, dolor de cabeza u otro síntoma de carácter neurológico. La actuación realizada es coherente con la clínica manifestada por la paciente.

- La paciente no vuelve a consulta ni al Servicio de Urgencias hasta el día 07/10/2016, fecha en que es traída en Ambulancia de SVB al Servicio de Urgencias Hospitalario, por cefalea y cifras de tensión arterial elevadas. En la anamnesis se describe a las 03:52 horas, que acude tras presentar cuadro de desorientación con bradipsiquia (lentitud del pensamiento) y bradilalia (lentitud al hablar) desde las 21:00 horas. Su familiar acompañante (marido), refiere que la paciente lleva unos días con malestar general y cefalea, y, que hace dos días presentó mientras daban un paseo cefalea intensa y desviación de la comisura bucal autolimitada. Este cuadro lo ha vuelto a presentar esta noche sobre las 22:00 horas, con aumento de la intensidad de la cefalea y desorientación temporo-espacial, con disartria (dificultad para articular palabras).

- De la información anterior se desprende que la paciente desde días atrás presentaba malestar general y cefalea, síntomas que no se recogen con anterioridad en su historia clínica. También se describe, que hace dos días presentó cefalea intensa y desviación de la comisura bucal autolimitada, es decir estaba presentando signos de alteración cerebrovascular, pero tampoco por ello acudió a valoración médica. Es en la noche del día 07/10/16, que tras presentar bradipsiquia, bradilalia, aumento de la intensidad de la cefalea y desorientación temporo-espacial, con disartria, deciden que la paciente debe ser valorada por un Médico, pero la paciente desde que es atendida por los técnicos de la ambulancia ya presenta cifras tensionales de 276/170, es decir cifras tensionales muy elevadas, que representan una emergencia hipertensiva, cifras estas que muy probablemente tenía elevadas desde días atrás, en correspondencia con los síntomas y signos descritos (cefalea intensa, desviación de comisura bucal) y por los que no había acudido a valoración médica, siendo esta la causa que desencadena la encefalopatía hipertensiva, el coma, los infartos isquémicos agudos y las secuelas, independientemente de que con anterioridad hubiera tenido episodios de hipertensión o cefalea por las que no había consultado.

- Pese al tratamiento intensivo y adecuado para controlar la emergencia hipertensiva, la paciente presentó secundariamente a la misma una encefalopatía, infartos isquémicos agudos y coma (proceso agudo que no guarda relación con infartos lacunares crónicos), con daño cerebral, causante de las secuelas severas incapacitantes, tanto físicas como cognitivas que presenta.

- Durante su hospitalización la paciente se le realizaron todos los estudios diagnósticos requeridos según la clínica manifestada, recibió los tratamientos, procedimientos y cuidados tanto en UCI como en Planta de Nefrología adecuados a las patologías que presentaba, siendo su alta dada cuando su estado clínico y social lo permitió. Posteriormente al alta ha continuado con su seguimiento adaptado a sus circunstancias clínicas y sociales.

- Las emergencias hipertensivas se definen por la elevación aguda de la tensión arterial, asociadas con daño agudo de órgano diana (cardiovascular, cerebrovascular o renal).

- La evaluación inicial del paciente con elevación aguda de la tensión arterial está encaminada a confirmar el aumento de ésta y a descartar la existencia de lesión en un órgano diana.

- El manejo de las emergencias hipertensivas habitualmente suele requerir el ingreso en unidades de Cuidados Intensivos, descenso rápido y parcial de la tensión arterial hasta niveles considerados seguros, con tratamiento por vía parenteral y monitorización intensiva de la tensión arterial, y la lesión del órgano diana.

- En caso de tratarse de una emergencia hipertensiva, y de acuerdo con la presentación clínica, se deben solicitar, aparte de las pruebas complementarias habituales: analítica, electrocardiograma, Rx de tórax, otras exploraciones, como ecocardiograma, tomografía axial computarizada (TAC) o resonancia magnética nuclear (RMN) cerebral, ecografía abdominal o TAC o RMN tóraco-abdominal.

- La encefalopatía hipertensiva es un cuadro clínico caracterizado por la presencia de elevación aguda de la tensión arterial, cefalea intensa y progresiva, náuseas, vómitos y alteraciones visuales, parálisis facial periférica (desviación de la comisura bucal), que aparecen cuando los mecanismos de autorregulación de la perfusión cerebral no son capaces de ajustar el flujo sanguíneo. Además, el paciente puede desarrollar rápidamente confusión, alteraciones de la conciencia y convulsiones focales o generalizadas, entre otros síntomas y signos, que aparecen progresivamente en las primeras 24-48 horas”.

El SIP concluye como sigue:

“1.- En ninguna de las consultas realizadas a diferentes médicos, la paciente manifestó tener dolores de cabeza, mareos, ni ningún otro síntoma neurológico, por lo que no había motivos para solicitar interconsulta a Neurología. Los análisis indicados eran los adecuados para el seguimiento de la paciente.

2.- En fecha 16/09/16, tras conocerse los nuevos resultados del perfil tiroideo, y con el diagnóstico de Hipotiroidismo (subclínico), se le solicita interconsulta preferente al Servicio de Endocrinología para valoración de tratamiento a seguir. Consulta que, según su historia clínica se programó para el 11/11/16, período razonable, dado que no era una patología que requiriese atención urgente. Tampoco esta patología estuvo relacionada con su clínica posterior.

3.- De la información recogida en la historia clínica se sabe que la paciente desde días atrás presentaba malestar general y cefalea, síntomas que no se recogen en las consultas realizadas en los meses anteriores. También se describe, que hace dos días presentó cefalea intensa y desviación de la comisura bucal autolimitada, es decir estaba presentando signos de alteración cerebrovascular, pero tampoco por ello acudió a valoración médica. Es en la noche del día 07/10/16, tras presentar bradipsiquia, bradilalia, aumento de la intensidad de la cefalea y desorientación temporo-espacial, con disartria, que deciden que la paciente debe ser valorada por un Médico, pero la paciente desde que es atendida por los técnicos de la ambulancia ya presenta cifras tensionales de 276/170, es decir cifras tensionales muy elevadas, que representan una emergencia hipertensiva, cifras estas que muy probablemente tenía elevadas desde días atrás, en correspondencia con los síntomas y signos descritos (cefalea intensa, desviación de comisura bucal) y por los que no había acudido a valoración médica, siendo esta la causa que desencadena la encefalopatía hipertensiva, el coma, los infartos isquémicos agudos y, las secuelas presentadas por la paciente, independientemente de que con anterioridad hubiera tenido episodios de hipertensión o cefalea por las que no había consultado.

4.- Durante su hospitalización la paciente se le realizaron todos los estudios diagnósticos requeridos según la clínica manifestada, recibió los tratamientos, procedimientos y cuidados tanto en UCI como en Planta de hospitalización, adecuados a las patologías que presentaba, siendo su alta dada cuando su estado clínico y social lo permitió, siendo igualmente adecuado su seguimiento posterior, adaptado a sus circunstancias clínicas y sociales.

- 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, información y medidas adoptadas, se realizaron de forma adecuada, de acuerdo a los requerimientos y situación del paciente, siguiendo criterios, normas y protocolos actuales.

- 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 en cada momento».

5. Con fecha 10 de julio de 2019, a solicitud de la Instrucción del procedimiento, el SIP se pronuncia sobre la eventual prescripción del derecho a reclamar de la siguiente manera:

«- En fecha 07/10/2016, la paciente es hospitalizada con el diagnóstico de Emergencia Hipertensiva, que derivó en una Encefalopatía Hipertensiva, con daño cerebral; Coma de origen estructural secundario; Edema cerebral difuso; Infartos isquémicos agudos parietales bilaterales y de hemisferio cerebeloso izquierdo.

- Tras la encefalopatía hipertensiva la paciente manifiesta un severo daño cerebral, con gran afectación neurológica y presencia de Tetraplejía espástica, con mayor afectación de hemicuerpo izquierdo y poca reactividad ante los estímulos, iniciando fisioterapia en fecha 19/10/16.

- En fecha 23/01/17, Neurología emite informe sobre situación neurológica y pronóstico en el que describe mejoría progresiva de su estado neurológico, aunque con déficit neurológico severo. Importante afectación con secuelas cognitivas graves; tetraparesia severa con actitud distónica con dependencia para todas las actividades básicas de la vida diaria, precisando de cuidados permanentes. En los sucesivos estudios de imagen realizados (TAC y RMN) se aprecian múltiples lesiones isquémicas (ya descritas con anterioridad). Con respecto al pronóstico se señala cierto margen de mejoría, pero probablemente poco significativo, sin que el mismo pueda mejorar su grado de dependencia, que es absoluto.

- Posteriormente, la paciente continúa con su seguimiento y asistencia rehabilitadora.

- En fecha 16/10/17, en consulta de Nefrología, se describe en anamnesis, que no controla esfínteres. Está consciente y orientada en espacio y persona.

- En fecha 31/10/17 en Consulta de Neurología se describe que tolera sedestación en silla, tiene dificultad para mantener la cabeza. No emite lenguaje espontáneo. Sabe que está en el hospital. Reconoce a su marido. Desde el punto de vista motor presenta discreta mejoría, mejorando la espasticidad y ganado movilidad en extremidad superior derecha, todo ello bajo supervisión de rehabilitación. Juicio clínico: Demencia secundaria a daño cerebral extenso en el contexto de emergencia hipertensiva.

- En fecha 27/04/18 en Consulta de Endocrinología se describe que presenta tetraplejía y disfagia orofaríngea que precisa suplementación nutricional oral.

- En consulta de Rehabilitación de fechas 03/04/18 y 04/05/18 se describe que clínicamente no presenta cambios, con espasticidad marcada grado II-III en miembros superiores y sobre todo en miembro inferior izquierdo con pie equinovaro casi irreductible y mucha dificultad para la movilización de las caderas.

- En Consulta de Nefrología, de fecha 24/07/18, se describe: limitación funcional importante.

- Por consiguiente, desde fecha 23/01/17, y, con base en la encefalopatía hipertensiva grave padecida, ya es conocido que la enfermedad había dejado secundariamente un severo daño neurológico con dependencia absoluta para todas las actividades básicas de la vida diaria, precisando de cuidados permanentes, por lo que consideramos que el proceso para el ejercicio del derecho a la acción reclamatoria, está prescrito por extemporáneo».

6. Con fecha 19 de julio de 2019 se procede a la apertura del periodo probatorio y al trámite de audiencia, confiriendo al reclamante un plazo de 10 días a fin de que

podiese formular alegaciones, aportar documentación y efectuar las alegaciones que estimase convenientes.

7. Con fecha 2 de agosto de 2019, el reclamante presenta, en trámite de audiencia, escrito de alegaciones en el que alega que la reclamación no está prescrita ya que conforme a la doctrina de la *actio nata* para el cómputo de la prescripción, dicho plazo se inicia cuando la acción pudo nacer y esto se produce cuando su esposa fue declarada incapaz, el 7 de noviembre de 2017, presentándose la reclamación en plazo, esto es, el 28 de septiembre de 2018.

8. Con fecha de 5 de noviembre de 2019, por la Asesoría Jurídica Departamental se emite informe preceptivo, considerando ajustado a derecho la propuesta de resolución remitida.

9. Con fecha 15 de noviembre de 2019 se dicta Propuesta de Resolución, la cual, aunque entra en el fondo de la cuestión planteada, desestima la reclamación formulada por la interesada por haber prescrito el derecho a reclamar.

III

1. La propuesta de resolución desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial al apreciar la prescripción de la acción, por lo que con carácter previo a cualquier pronunciamiento sobre el fondo del asunto, procede analizar si, de acuerdo con el art. 67.1 LPACAP, el derecho a reclamar se ha ejercido dentro del plazo del año de haberse producido el hecho o el acto que motiva la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo; si bien, conforme dispone el propio precepto, 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.

Como hemos expuesto en otras ocasiones, es preciso recordar que la Sentencia del Tribunal Supremo de 18 de enero de 2008, entre otras, dispuso:

«(...) La acción de responsabilidad patrimonial de la Administración debe ejercitarse, por exigencia de lo dispuesto en el apartado 5 del artículo 142 y 4.2, respectivamente, de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común y del Reglamento aprobado por Real Decreto 429/1993, en el plazo de un año computado a partir de que se produzca el hecho o acto lesivo que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. Ello es una consecuencia de la adaptación de la regla general de prescripción de la acción de responsabilidad del artículo 1.902 del Código Civil que ha de computarse, conforme al principio de la "actio nata" recogido en el artículo 1.969 de dicho texto legal, desde el momento en que la acción pudo efectivamente ejercitarse (...).

Por lo tanto el “dies a quo” para el ejercicio de la acción de responsabilidad patrimonial será aquel en que se conozcan definitivamente los efectos del quebranto (Sentencia de 31 de octubre de 2000) o, en otros términos “aquel en que se objetivan las lesiones o los daños con el alcance definitivo” (STS de 14 de febrero de 2006).

Esa jurisprudencia consolida el criterio de que el plazo de prescripción no comienza a computarse, según el principio de la actio nata, sino a partir del momento en que la determinación de los daños es posible, y esta circunstancia sólo se perfecciona cuando se tiene cabal conocimiento del daño y, en general, de los elementos de orden fáctico y jurídico cuyo conocimiento es necesario para el ejercicio de la acción».

Por su parte, las sentencias del TS de 18 de enero y 1 de diciembre de 2008 y 14 de julio de 2009, distinguen entre daños continuados, que como tales no permiten conocer aún los efectos definitivos de una lesión y en los que, por tanto, el *dies a quo* será aquél en que ese conocimiento se alcance; y daños permanentes, que aluden a lesiones irreversibles e incurables aunque no intratables, cuyas secuelas resultan previsibles en su evolución y en su determinación, siendo por tanto cuantificables, por lo que los tratamientos paliativos o de rehabilitación ulteriores o encaminados a obtener una mejor calidad de vida, o a evitar eventuales complicaciones en la salud, o a obstaculizar la progresión de la enfermedad, no enervan la realidad de que el daño ya se manifestó con todo su alcance.

2. En el presente caso, se reclama por las supuestas secuelas ocasionadas por una deficiente atención recibida entre junio y septiembre de 2016, lo que desembocó en el hecho de que en octubre de 2016 la interesada ingresara con un diagnóstico de Emergencia Hipertensiva, que derivó en una Encefalopatía Hipertensiva, con daño cerebral; Coma de origen estructural secundario; Edema cerebral difuso; Infartos isquémicos agudos parietales bilaterales y de hemisferio cerebeloso izquierdo.

Según el SIP desde el 23 de enero de 2017, y, con base en la encefalopatía hipertensiva grave padecida, ya es conocido que la enfermedad había dejado secundariamente un severo daño neurológico con dependencia absoluta para todas las actividades básicas de la vida diaria, precisando de cuidados permanentes.

Es por tanto, esa fecha, el *dies a quo* para el ejercicio de la acción de responsabilidad, porque, como se dijo, según el principio de la actio nata, es a partir de ese momento en que la determinación de los daños es posible. En el presente caso, desde el 23 de enero de 2017 ya se conocía la existencia de un severo daño neurológico con dependencia absoluta, precisando cuidados permanentes de por vida, considerándose tal momento como *dies a quo* a partir del cual se puede

reclamar, ya que se conocen todos los elementos de orden fáctico y jurídico para el ejercicio de la acción.

3. El interesado, en su escrito de reclamación, manifiesta que la acción no ha prescrito porque conforme a la doctrina de la *actio nata* para el cómputo de la prescripción, dicho plazo se inicia cuando la acción pudo nacer y esto se produce cuando su esposa fue declarada incapaz, el 7 de noviembre de 2017, presentándose la reclamación en plazo, esto es, el 28 de septiembre de 2018.

Sin embargo, este Consejo Consultivo ha venido manifestando de forma reiterada y constante (ver por todos el Dictamen 159/2019, de 9 de mayo), que desde la STS de 28 de junio de 2011, el criterio jurisprudencial es el que sigue:

«En estos últimos casos ha afirmado, efectivamente, esta Sala que si del hecho originador de la responsabilidad se infieren perjuicios o daños que no pueden ser determinados en su alcance o cuantía en el momento de ocurrir el acontecimiento dañoso, el plazo de prescripción no comienza a computarse sino a partir del momento en que dicha determinación es posible, aceptando igualmente que en aquellas enfermedades excepcionales de imprevisible evolución, el daño pueda ser reclamado, como continuado, en cualquier momento.

(...)

Lo que tampoco supone que el plazo quede abierto de manera indefinida, sino que ha de estar al momento en el que se concreta el alcance de las secuelas, pues el carácter crónico o continuado de la enfermedad no impide conocer en un determinado momento de su evolución su alcance y secuelas definitivas o al menos de aquellas cuya concreta reparación se pretende (Sentencias de 12 de diciembre de 2009, 15 de diciembre de 2010 y 26 de enero de 2011 -recursos 3425/2005, 6323/2008 y 2799/2009), ni siquiera al albur que la situación ya determinada fuera sobrevenidamente reconocida a efectos laborales y de Seguridad Social, lo que constituye una mera paradoja de la tramitación coetánea de los distintos procedimientos administrativos y sociales consecuencia de un mismo resultado lesivo, insusceptible de reabrir la reclamación por la secuela definitivamente determinada en el momento anterior, como vemos a continuación es lo acaecido en el supuesto de autos, en el que la reclamación trae causa de la asistencia sanitaria recibida los días 4 y 27 de julio de 2002, de la que recibió el alta médica el 5 de agosto de 2002 con informe que diagnostica tanto la trombosis venosa profunda en miembro inferior izquierdo con afectación de la vena iliaca, como la sugerencia de síndrome compartimental por aumento de la presión, posiblemente secundaria a su trombosis venosa, esto último recogiendo a su vez el informe de 31 de julio de 2002 tras la prueba R.M. vascular de miembros inferiores. Padecimiento que daría lugar a controles ambulatorios, nuevos informes emitidos a instancia de la Inspección Médica y al Dictamen

propuesta de 8 de junio de 2004 del Equipo de Valoración de Incapacidades del Instituto Nacional de la Seguridad Social que describe el cuadro clínico anteriormente constatado, siendo de esta manera que la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada en fecha 3 de diciembre de 2004 viene referida bien a unos daños somáticos cuya determinación se concretó en la fecha del alta médica y desde entonces cuantificables, que aún no estabilizados en dicho momento son previsibles conforme una evolución patológica ya conocida, bien a un posterior trastorno adaptativo por la situación económica y laboral resultante, que si bien consecuente con las limitaciones funcionales de la dolencia no puede considerarse estrictamente como “secuela” de la trombosis venosa, ni por tanto hacer renacer el plazo de prescripción que se dejó transcurrir desde aquella determinación, tal como fue apreciado en la Sentencia de instancia que desestimó el recurso contencioso administrativo por extemporaneidad, que hace innecesario el análisis del restante motivo del recurso de casación».

De esta interpretación se desprende, pues, que la fecha de inicio del plazo de prescripción es el 23 de enero de 2017, cuando se diagnostica la encefalopatía hipertensiva grave padecida y es conocido que la enfermedad había dejado graves e irreparables secuelas, momento a partir del cual se pudo ejercer, conforme a la jurisprudencia citada, su derecho a reclamar, no teniendo relevancia las fechas de posteriores tratamientos rehabilitadores o paliativos, ni de reconocimientos de situaciones de incapacidad.

Siendo, por tanto, la fecha de la determinación del alcance de las secuelas el 23 de enero de 2017 y habiéndose presentado la reclamación el 28 de septiembre de 2018, es evidente que se ha superado el plazo de prescripción de un año establecido en el art. 67.1 LPACAP.

4. Por todo lo anteriormente expuesto, estando prescrita la acción para reclamar, no procede que por este Consejo se entre en el fondo del asunto, considerando que la Propuesta de Resolución es conforme a Derecho.

C O N C L U S I Ó N

Se considera conforme a Derecho la desestimación de la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por el interesado, pues su derecho a reclamar ya había prescrito, no procediendo, en consecuencia, entrar en el fondo de la cuestión planteada.