



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 2 6 7 / 2 0 2 0

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 1 de julio de 2020.

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. 227/2020 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. El presente dictamen tiene por objeto examinar la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud, como consecuencia de la presentación de una reclamación en materia de responsabilidad patrimonial extracontractual derivada del funcionamiento del servicio público sanitario. La solicitud de dictamen, de 8 de junio de 2020, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo el 10 de junio de 2020.

2. La cuantía de la indemnización solicitada (50.000 euros, determina que la solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) 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). Está legitimado para solicitarlo el Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 de la citada ley, si bien en este caso se hace por sustitución, por el Sr. Consejero de Administraciones públicas, Justicia y Seguridad, en virtud de Decreto 33/2020, de 25 de marzo, del Presidente (BOC n.º 60, de 26 de marzo de 2020).

* Ponente: Sr. Suay Rincón.

3. 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, apartado n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

No obstante, en virtud de la Resolución de 23 de diciembre de 2014 (BOC, n.º 4, de 8 de enero de 2015) de la Dirección del Servicio Canario de la Salud, se delega en la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud. De esta manera, la resolución que ponga fin a este procedimiento debe ser propuesta por la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con los arts. 10.3 y 16.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

4. Se cumple el requisito de legitimación activa del interesado, pues los daños sufridos por el presunto funcionamiento del servicio público sanitario se entienden irrogados en su persona [art. 4.1.a) LPACAP].

5. La legitimación pasiva le corresponde a la Administración autonómica, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

6. Se cumple el requisito de no extemporaneidad, ya que la acción se ha ejercitado por el interesado en el plazo de un año legalmente previsto en el art. 67 LPACAP, pues la reclamación se presentó el 1 de agosto de 2018 respecto de un daño cuyo alcance quedó determinado tras el alta hospitalaria recibida el 29 de agosto de 2017.

II

1. El reclamante promueve la incoación de procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, presuntamente, por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud (SCS), con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue prestada, en virtud de los siguientes hechos, según el tenor de su escrito de reclamación:

«PRIMERO.- El dicente acudió en fecha 31-07-2017 a las 14:06 horas al servicio de urgencias del C.S. de Cuevas Torres por presentar "tontura, mareos, náuseas, vómitos, sudoración fría y sensación de acorchamiento en hemicara derecha con visión borrosa en ojo ipsilateral".

El facultativo que le atiende en dicho servicio le administra Metoclopramida 10 mg vía intravenosa, no obstante, al continuar con los mismos síntomas adopta la decisión de alta por traslado a Centro hospitalario a las 15:47 horas, derivándolo al Servicio de Urgencias del Hospital de Gran Canaria Doctor Negrín con diagnóstico: Ictus transitorio.

SEGUNDO.- Sobre las 16:31 horas el dicente llega al Servicio de Urgencias del Hospital de Gran Canaria Doctor Negrín y tras ser atendido por el facultativo correspondiente este emite informe médico con Juicio clínico: Vértigo periférico y remisión a su domicilio.

(...)

TERCERO.- En fecha 01-08-2017 el dicente regresa nuevamente al Servicio de Urgencias del Hospital de Gran Canaria Doctor Negrín presentado Ictus isquémico, en relación a la sintomatología que el día anterior justificó su comparecencia en los distintos servicios médicos precedentemente expuestos, permaneciendo ingresado en el servicio de neurología hasta el 29-08-2017 que se emite informe médico con previsión de revisiones periódicas y con el siguiente Juicio diagnóstico: "Ictus isquémico cerebelosos derecho de origen aterotrombótico. Neumonía broncoaspirática en su contexto. Hipertensión arterial esencial. Dislipenia".

CUARTO.- El solicitante ha seguido con revisiones periódicas en el servicio de neurología y ha recibido tratamiento rehabilitador y fisioterapéutico público y privado, con evolución lenta y escaso resultado, presentando secuelas motoras y neurológicas severas que le impiden la marcha y bipedestación independiente, el habla, la deglución, persistiendo la falta de equilibrio y coordinación, déficit de fuerza muscular bilateral, dolor generalizado (...), todo ello como consecuencia directa del Ictus padecido.

Asimismo, el solicitante se encuentra afecto a un trastorno adaptativo reactivo a la situación clínica y funcional que presenta.

QUINTO.- Entiende el solicitante que en la actuación médica dispensada por los servicios públicos sanitarios, en particular el servicio de urgencias del Hospital Dr. Negrín el 31-07-2017, no se adoptaron las medidas terapéuticas adecuadas, incurriendo en dejación de sus obligaciones en la asistencia sanitaria prestada al solicitante, con la infracción de la Lex Artis y pérdida de oportunidad. (...).».

Se aporta diversa documentación médica y se solicita indemnización que, en el trascurso del procedimiento, se cuantifica en «una cantidad igual o superior a 50.000 euros».

Se proponen como medios de prueba que se recabe su historia clínica de los distintos centros asistenciales en los que fue atendido, así como el preceptivo

informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), solicitando, asimismo la aportación, en el momento oportuno, de informe pericial de parte.

Asimismo, el reclamante autoriza expresamente el acceso a su historia clínica.

2. En cuanto a la tramitación del procedimiento, si bien no se ha incurrido en irregularidades formales que obsten a un dictamen de fondo, se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme al art. 91.3 LPACAP. No obstante, aun fuera de plazo, y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, la Administración debe resolver expresamente (arts. 21.1 y 6 LPACAP).

Constan practicadas en este procedimiento las siguientes actuaciones:

- El 30 de agosto de 2018 se identifica el procedimiento y se insta al interesado a que mejore su reclamación, no habiendo recibido notificación por haber sido devuelta por «*dirección incorrecta*».

- Por Resolución de 30 de agosto de 2018, del Director del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación, siendo nuevamente devuelta la notificación por igual motivo. Por ello, consta diligencia de 24 de septiembre de 2018 que señala que se comunicó telefónicamente con la familia remitiendo nuevamente la notificación por correos, que consta recibida el 2 de octubre de 2018.

- El 31 de agosto de 2018 se solicitó informe del SIP, que lo emite el 16 de mayo de 2019, tras haber recabado la documentación oportuna.

- El 14 de marzo de 2019 el interesado presenta escrito instando el impulso del procedimiento, informando al respecto la Administración el 22 de marzo de 2019 estar a la espera del informe del SIP.

- El 10 de junio de 2019 se dicta acuerdo probatorio en el que se declara la pertinencia de las pruebas propuestas por el interesado y se incorpora la documentación clínica recabada durante la instrucción y el informe del SIP.

- El 17 de julio de 2019 se insta al reclamante a que aporte la pericial propuesta, confiriéndole un plazo a tal fin.

- Consta diligencia de 25 de julio de 2019 en la que se indica que el interesado comparece por medio de representante acreditado a fin de que se le facilite copia del expediente, que se le entrega en el acto. No obstante, el 31 de julio de 2019 se solicita informe del SIP al faltar en la documental recibida, solicitando ampliación del plazo para aportar pericial. Tal documento se le remite el 9 de octubre de 2019,

concediendo la ampliación solicitada, de lo que se recibe notificación el 22 de octubre de 2019.

- Mediante escrito presentado el 2 de diciembre de 2019 el interesado renuncia a la aportación de la pericial dada su imposibilidad de traslado de su domicilio a efectos de someterse a la prueba.

- El 4 de marzo de 2020 se acuerda la apertura del trámite de vista y audiencia, de lo que recibe notificación el reclamante el 11 de marzo de 2020, sin que conste presentación de alegaciones.

- El 4 de marzo de 2020, con notificación también el 11 de marzo de 2020 se insta al interesado a que cuantifique la reclamación, viniendo a aportar escrito el 14 de mayo de 2020 donde solicita cantidad igual o superior a 50.000 euros.

- El 20 de mayo de 2020 se dicta Propuesta de Resolución desestimatoria de la pretensión del interesado, y, en igual sentido, Borrador de Resolución del Director del SCS, lo que es informado favorablemente por el Servicio Jurídico el 26 de mayo de 2020, emitiéndose Propuesta de Resolución definitiva el 1 de junio de 2020.

III

1. La Propuesta de Resolución desestima la pretensión del reclamante con fundamento en los informes recabados en la tramitación del procedimiento, en especial, el del SIP.

2. Antes de entrar en el fondo del asunto es conveniente señalar los antecedentes que, según el citado informe, constan en la historia clínica del interesado, en relación con la asistencia que nos ocupa. En aquél se hace constar:

«1.- El paciente de 72 años cuenta con antecedentes en su historia clínica de Obesidad, Poliartrrosis y espondiloartrrosis; Vértigo periférico en tratamiento habitual con betahistina (serc); Dislipemia, Hipertensión arterial e Hiperplasia benigna de próstata en tratamiento. Le han intervenido quirúrgicamente de Fisura anal y le han realizado Microdiscectomía L4-L5 y L5-S1 izquierda, con foraminotomía. Independiente para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. En tratamiento con estabilizador del estado de ánimo: duloxetina.

2.- En fecha 31/07/17 acude al Servicio de Urgencias del Centro de Salud de Cuevas Torres donde es atendido a las 14:06 horas por presentar cuadro de "tontura" seguido de náuseas y vómitos. Tras administración de antiemético (metoclopramida) continúa con vómitos, y sudoración fría profusa, refiriendo sensación de acorchamiento en hemicara

derecha con visión borrosa ipsilateral. A la exploración física está consciente y orientado, y el resto de la exploración neurológica se describe normal. Se le realiza Electrocardiograma (ECG) que no presenta signos de isquemia. Tras sospechar Ictus Transitorio se le remite al Servicio de Urgencias hospitalarias para nueva valoración.

3.- A las 16:31 horas es atendido en el Servicio de Urgencias del HUGCDN recogándose en el motivo de consulta: vértigos. Se recoge en la historia de la enfermedad actual que el paciente acude por vértigos, con giro de objetos, náuseas y vómitos, para lo cual en el Centro de Salud le administraron Primperan (metoclopramida) intravenoso. No presenta dolor torácico ni disnea.

4.- Al examen físico los signos vitales son normales, presenta buen estado general, sudoroso. Auscultación cardiopulmonar: murmullo vesicular conservado (mvc), y ruidos cardíacos rítmicos (normal). A la exploración neurológica está consciente y orientado sin signos de focalidad neurológica. El paciente no refiere otros síntomas. Le es realizado electrocardiograma que mantiene ritmo sinusal y glucemia, ambas pruebas no muestran hallazgos significativos.

5.- Ante el cuadro de Vértigo Periférico diagnosticado le es administrado Dogmatil, quedando en observación durante aproximadamente 4 horas, con mejoría. Se le prescribe tratamiento con serc 16 cada 8 horas, y sin otros síntomas ni criterios para sospechar cualquier otra patología el paciente es dado de alta por el Urgenciólogo: Dr. (...), con la recomendación de estudio posterior por Otorrino.

6.- En fecha 01/08/17 a las 08:07h es atendido, en el Servicio de Urgencias del HUGCDN por presentar cuadro de vértigo desde ayer (al levantarse por la mañana, como si estuviera en la cubierta de un barco, modificable con los cambios de posición), asociado a náuseas y vómitos, y sin otra sintomatología (según se describe en interconsulta realizada a Neurología). Hoy amaneció con disartria (dificultad para articular palabras) e imposibilidad para caminar al no poder mantenerse en pie (síntomas que no tenía ayer).

7.- A la exploración física general y neurológica, la tensión arterial (TA) está elevada 191/99, administrándose capoten sublingual; la frecuencia cardíaca es normal (66 lpm); las funciones superiores conservadas, estando alerta, orientado, con lenguaje sin elementos afásicos ni disartria, pares craneales: campimetría por confrontación dentro de la normalidad, MOIs (oculomotor), MOEs (motor ocular externo), V, VII y pares bajos normales. Balance muscular (fuerza) global 5/5 (normal); ROTs ++/++++ (hiporreflexia), reflejos cutáneo plantares flexores (normal); sensibilidad táctil conservada en las 4 extremidades; coordinación (leve dismetría) en maniobra dedo nariz en miembro superior derecho; no disdiacocinesia (puede realizar movimientos rápidamente alternantes, ejemplo pronosupinación de muñecas); estación o bipedestación: muy inestable, con gran aumento de la base de sustentación, tendencia a la retropulsión y lateralización derecha, con imposibilidad para la marcha.

8.- Se le realiza analítica con hemograma, bioquímica y coagulación sin alteraciones significativas, electrocardiograma que se permanece en ritmo sinusal normal y TAC craneal en el no se objetivan lesiones hemorrágicas agudas, así como tampoco claras lesiones isquémicas agudas ni imágenes sugestivas de lesiones ocupantes de espacios (LOEs) en el parénquima cerebral. Muestra pequeña lesión hipodensa en núcleo lenticular derecho compatible con isquemia lacunar crónica en territorio de la arteria cerebral media (ACM) derecha.

9.- Según la valoración realizada por Neurología, dada la edad del paciente, la presencia de factores de riesgo cardiovascular, hay que descartar posible etiología aterotrombótica o cardioembólica y dada la historia de vértigos periféricos previos con clínica de inicio brusco de vértigo de características mixtas que asocia importante inestabilidad para la marcha, con patrón atáxico; analítica y TAC dentro de la normalidad, aunque sin descartar el vértigo periférico se piensa en vértigo de origen central (probable ictus vertebrobasilar) como primera posibilidad, y debido a que el cuadro es superior a 24h, se cursa ingreso en planta de Neurología y se prescribe adiro 100 (antiagregante plaquetario y atorvastatina (para la dislipemia).

10.- En esta segunda visita al Servicio de Urgencias hospitalario el paciente presenta síntomas muy distintos a los del día anterior, ahora no sólo presenta vértigos sino que, se han añadido episodios de disartria e importante inestabilidad para la marcha (ataxia). Aunque las pruebas diagnósticas incluida la TAC realizada no han revelado alteraciones que justifiquen el cuadro clínico que presenta el paciente, es debido a los síntomas que presenta ahora (inestabilidad corporal, episodios de disartria y disimetría derecha), que se sospecha que la clínica puede estar en relación con un ictus isquémico en el hemisfero cerebeloso derecho (en territorio vertebrobasilar), y es por ello que se ingresa para continuar con su estudio y tratamiento.

11.- En fecha 02/08/2017, estando hospitalizado presenta empeoramiento clínico, con desaturación de oxígeno, hipertensión arterial y deterioro del nivel de conciencia con tendencia al sueño; también presenta disartria severa; cefalea hemicraneal derecha, moviliza las cuatro extremidades aunque de forma más débil en el lado derecho. Presenta disnea, taquipnea, y la auscultación respiratoria presenta roncós (secreciones respiratorias). Con el juicio clínico de probable broncoaspiración (Neumonía broncoaspirativa) se le aspiran secreciones, se le administra Atrovent inhalado, mejorando la saturación, Nolotil intravenoso y antihipertensivo resultando efectivos. Tras presentar fiebre de 38°C se recogen muestras para hemocultivo (con resultado negativo), exudado nasal (negativo), cultivo de esputo (positivo para flora comensal, serratia marcescens, enterobacter aerogenes, staphylococcus aureus), se le administra oxigenoterapia y antibioterapia, se le coloca sonda nasogástrica, y se le realiza Rx de tórax sin apreciarse condensaciones (neumonía), ni derrames (ángulos

costofrénicos libres). El control analítico muestra leucocitosis a predominio de neutrófilos y dímero D 1,1 mcg/ml (ligeramente elevado).

12.- En fecha 03/08/17 refiere mejoría del proceso respiratorio y ausencia de náuseas. Se mantiene estable hemodinámicamente, afebril, con buen estado general. Presenta discreta taquipnea y secreciones de vías respiratorias altas audibles sin y con fonendoscopio, con crepitantes a la auscultación. El abdomen es normal y no hay edema ni signos de trombosis venosa profunda en MMII. En la exploración neurológica, que está estable, destaca disartria moderada; MOEs sin restricciones con nistagmo horizonte-rotatorio con la mirada arriba y a la derecha; reflejo nauseoso hipoactivo bilateral. ROTs disminuidos; coordinación: dismetría en miembro superior derecho (MSD) y miembro inferior derecho (MID). Estación y marcha no explorados por inestabilidad.

13.- En fecha 04/08/17 continúa estable, con buen nivel de conciencia y disartria marcada. Sin nuevos problemas respiratorios aunque con abundantes secreciones. Se ajusta tratamiento antihipertensivo por tendencia a la hipertensión. Se indica fisioterapia respiratoria e inicio de tolerancia oral. En la Rx de tórax de control realizado se objetiva silueta cardiaca agrandada o cardiomegalia (antecedente conocido en la historia clínica); destacando infiltrados pulmonares bibasales, imagen de mayor consolidación en la base pulmonar izquierda y atelectasia laminar en base pulmonar derecha; pequeño derrame pleural bilateral.

14.- En fecha 5-6/08/17 permanece neurológicamente estable, sin picos febriles. La Rx de tórax de control es similar a previas, si bien hay mejoría del infiltrado basal izquierdo y hay desaparición de la atelectasia laminar basal derecha. Ha tenido cuadros de agitación en las noches y precisó aumento de oxigenoterapia por insuficiencia respiratoria con acidosis respiratoria compensada, alcanzando buenas saturaciones de oxígeno.

15.- En fecha 07/08/17 presenta mejoría de la clínica respiratoria y del cuadro de agitación, afebril, con signos vitales estables y buena saturación de oxígeno. Neurológicamente está consciente, con disartria leve moderada y dismetría derecha. Se le realiza control analítica y se reajusta medicación. Está pendiente de realización de Resonancia Magnética Nuclear (RMN), Holter y Ecografía transtorácica (EcoTT).

16.- En fecha 08/08/17 presenta mejoría respiratoria con menos secreciones y buena saturación de oxígeno 98% con gafas nasales. Neurológicamente persiste con dismetría derecha, disfagia (dificultad para tragar) e hipo hoy, por lo que se le pauta Largactil. Sigue pendiente de completar estudios.

17.- En fecha 09/08/17 sigue fisioterapia respiratoria. Presenta mejoría clínica del cuadro respiratorio y confusional presentado. Está negativista, con ánimo bajo. Buen nivel de conciencia, alerta. Persiste dismetría derecha marcada. Continúa pendiente de evolución, de completar estudios y terminar pauta antibiótica.

18.- En fecha 10/08/17 permanece estable, en mejoría. Buen nivel de consciencia con discreta somnolencia. Persiste disimetría derecha marcada. Se le realiza estudio Holsler a destacar extrasístoles ventriculares (EV) aislados y rachas de taquicardia auricular no sostenida de máximo 3 latidos sin pausas significativas. No otras alteraciones. Se le retira Largactil (indicado por hipo). Se le indica iniciar deambulación.

19.- En fecha 11/08/17 se mantiene estable con disimetría derecha severa, disartria y disfagia. Pendiente de evolución y de completar estudios.

20.- En fecha 13/08/17 presenta dolor torácico no típico (punzante en hemitórax derecho, a punta de dedo) por el que se le realizan electrocardiograma y enzimas cardíacas seriadas, descartando origen de tipo isquémico cardíaco.

21.- En fecha 14/08/17 mantiene buen nivel de consciencia, con discreta somnolencia; afebril. Neurológicamente sin cambios. Sigue con fisioterapia. Se trabaja el control del tronco en sedestación y se pone de pie con apoyo y ayuda.

22.- En fecha 16/08/17 permanece estable. La RM angiocerebral realizada es compatible y confirma la lesión isquémica subaguda en el territorio de la arteria cerebelosa superior derecha infarto cerebeloso derecho), con imagen sugestiva de contenido hemorrágico en la lesión y con cambios ateromatosos en ambos sífonos carotídeos, de predominio izquierdo. También destacan lesiones isquémicas crónicas: múltiples lesiones hiperintensas de pequeño tamaño en sustancia blanca bihemisférica, y en ganglios basales, así como infarto lacunar crónico en núcleo lenticular derecho.

23.- En fecha 17/08/17 está mejor, estable, con buen nivel de consciencia. Se prueba tolerancia oral y deglute sin problemas. Afebril, hemodinámicamente estable, sin ruidos patológicos a la auscultación cardiopulmonar y asintomáticos desde el punto de vista respiratorio. Antibioterapia terminada. Se realiza Ecocardiograma transtorácico con resultado de buen ventrículo izquierdo sin datos de organicidad, sin trombos ni derrames (normal). Continúa en tratamiento fisioterápico con muy buen control motor de los MMSS y MMII.

24.- En fecha 18/08/17 continúa en mejoría, estable. Pendiente de evolución de deglución y marcha para dar el alta.

25.- En fecha 19/08/17 tolera dieta vía oral y se retira sonda nasogástrica. Presenta episodios de desconexión breve del medio en relación temporal con cambios posturales, con desviación de la mirada, sin postcrítico, por lo que se ajusta pauta antihipertensiva y de solicita Electroencefalograma.

26.- En fecha 21/08/17 refiere adormecimiento del lado derecho de la cara, sin otros síntomas. Signos vitales estables, eupneico (respira bien). Neurológicamente: lenguaje

coherente sin elementos afásicos ni disártricos; déficit leve facial derecho, trigémino derecho; disimetría de MSD y temblor de reposo a dicho nivel. Se mantiene igual tratamiento.

27.- En fecha 22/08/17 se mantiene con buen estado general y neurológicamente estable. En el Electroencefalograma realizado no se registra actividad epileptiforme, asimetrías, ni episodios paroxísticos. Se ajusta tratamiento antihipertensivo. Se mantiene pendiente de evolución clínica y recuperación funcional.

28.- En fecha 23/08/17 presenta buena evolución clínica, está estable y afebril. Pasea por el pasillo en silla de ruedas. Se intenta deambulación pero aún no tolera bipedestación. Está animado, colaborador, y tolera bien la dieta vía oral.

29.- En fecha 24/08/17 se describe que ha tenido tendencia a la hipotensión en los últimos días por lo que se suspende tratamiento antihipertensivo y Siladosina (fármaco para la hiperplasia prostática). Neurológicamente presenta fuerza muscular 5/5, persiste tendencia a la lateropulsión derecha, con gran dificultad para la bipedestación, que si puede realizar con ayuda. Ahora refiere cefalea hemicraneal derecha que había tenido en días previos al ingreso actual. Continúa con espasmos hemicorporales derechos frecuentes, sobre todo en relación con el esfuerzo. Se solicita TAC craneal de control. Se plantea alta próxima si no surgen complicaciones. Continúa con fisioterapia motora.

30.- En fecha 28/08/17 permanece estable con algia hemicraneal derecha, sin otra clínica acompañante, que no interrumpe el descanso nocturno y para lo que se pauta analgesia (Nolotil). Neurológicamente destaca temblor de reposo/postural en MSD, autolimitado, no rigidez. Tendencia a la lateropulsión derecha y gran dificultad en la bipedestación. Fisioterapeuta observa mejoría gradual, con deambulación en el fin de semana. Es capaz de realizar transferencias cama-silla de ruedas con ayuda. El TAC craneal de control respecto del anterior realizado en fecha 01/08/17, muestra una lesión hipodensa en el hemisferio cerebeloso derecho, mínimamente expansiva, compatible con lesión isquémica subaguda en el territorio de la cerebelosa superior de ese lado. No hay signos de transformación hemorrágica actual. No otros cambios significativos respecto del estudio anterior.

31.- En fecha 30/08/17 dada su estabilidad clínica, se decide alta a domicilio. Al alta con juicio clínico de Ictus isquémico cerebeloso derecho de origen aterotrombótico. Neumonía brocoaspirativa en su contexto. Hipertensión arterial esencial y Dislipemia (ya conocidas), se le dan las recomendaciones sobre tratamiento, medidas a tener en cuenta y seguimiento posterior.

32.- El seguimiento posterior es realizado en Consultas externas de Neurología y por su Médico de Familia, también sigue tratamiento rehabilitador dada la hemiparesia derecha. En informe de fisioterapia facilitado por el paciente, fechado 30/07/18, se refleja que camina, sube y baja escaleras con ayuda. Presenta inestabilidad debido a la falta de equilibrio. Su fuerza muscular en hemicuerpo derecho es de 4/5. Tiene dificultad en la expresión oral

(habla atípica, no escándida), con buena comprensión. Debido a ello, y para conseguir máxima independencia funcional continúa realizando rehabilitación tanto de movilidad como de ganancia de fuerza muscular y de equilibrio».

3. 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, el Dictamen 407/2019, de 14 de noviembre), 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 aquellos 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 *lex artis*, en relación, en particular, con el estado de los conocimientos y de la técnica sanitaria (art. 34.1 LRJSP).

4. Pues bien, consta en el expediente informe del SIP, del que, una vez analizada la historia clínica del reclamante, y en virtud de los informes evacuados durante el presente procedimiento, cabe realizar las siguientes consideraciones:

1) En primer lugar, el informe del Coordinador del Servicio de Urgencias del HUGCDN, realizado el 14 de septiembre de 2018, indica que el paciente acude a urgencias del HUGCDN por cefaleas, sin embargo, ello no es lo que consta en el informe de ingreso, donde se indica que el paciente, remitido desde el CS Las Cuevas Torres: *«A las 16:31 horas (del día 31 de julio de 2017) es atendido en el Servicio de Urgencias del HUGCDN recogándose en el motivo de consulta: vértigos. Se recoge en la historia de la enfermedad actual que el paciente acude por vértigos, con giro de objetos, náuseas y vómitos».*

Asimismo, el informe de alta de Neurología hace constar: *«Varón 72 años que acudió a urgencias el 31/8/17 por cuadro de mareo con sensación de inestabilidad, náuseas y vómitos. Refiere que el cuadro es distinto a su vértigo habitual».*

2) Procede también señalar que el informe del SIP realiza sus consideraciones y conclusiones obviando el diagnóstico de ictus transitorio que le fue realizado en su Centro de Salud (CS) al paciente, y que lo llevó en dos ocasiones más, inmediatamente ese día 31 de julio de 2017 y nuevamente el día 1 de agosto de 2017 al Servicio de Urgencias del HUGCSN.

Así, tras explicar las características del vértigo (a pesar de constar en su historia clínica que no era de las características habituales sufridas por el paciente en otras ocasiones, amén de venir acompañado de otros síntomas, descritos en la historia clínica del CS, como veremos), el SIP se centra en la atención dispensada en urgencias del HUGCDN el mismo día 31 de julio de 2017, desvinculándola de la proveniente del CS, donde había sido diagnosticado previamente de ictus transitorio.

A tal efecto, el informe del SIP justifica el diagnóstico de vértigo y la ausencia de realización de TAC en ese momento al señalar: *«En la primera consulta realizada en fecha 31/07/17, al Servicio de Urgencias Hospitalario, el paciente estaba completamente consciente, sin ningún déficit neurológico, ni signos que hicieran sospechar ictus (no confusión, no déficit visual ni debilidad/adormecimiento, ni dificultad para hablar, entender, ni con la marcha o la coordinación) y se encontraba estable, respirando normalmente y sin dolor torácico, se le había realizado ECG, en el que no se habían visualizado alteraciones que sugirieran lesión isquémica. Dada su estabilidad y en ausencia de sintomatología que requiriese tratamiento médico o quirúrgico de urgencia el paciente fue dado de alta con tratamiento específico para la clínica vertiginosa manifestada y la*

indicación de seguimiento por Otorrino. Proceder ajustado a la clínica manifestada por el paciente».

No es compatible la afirmación de la inexistencia de sospecha de ictus, con el hecho de que con la misma sintomatología se le diagnosticó precisamente ictus transitorio en el CS, remitiéndolo por ello a urgencias hospitalarias, tras haberse realizado también ECG. Sin embargo, modifica el diagnóstico el centro hospitalario sin realizar diferentes y adicionales pruebas, que es la finalidad con la que el paciente acudió al hospital: su valoración, por medios de pruebas diagnósticas (TAC) y tratamientos terapéuticos inaccesibles en asistencia de Atención Primaria.

De hecho, el propio SIP señala, precisamente, que *«El diagnóstico precoz del ictus está basado en la anamnesis, exploración física y pruebas complementarias para llevar a cabo un tratamiento específico que minimice el daño neuronal.*

La exploración neurológica es la que confirma la sospecha de focalidad neurológica, dando la orientación topográfica (territorio afectado), en el que además se incluye la puntuación en la escala NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale) en caso de código ictus.

El TAC craneal es una herramienta diagnóstica de gran valor por su disponibilidad y rapidez, que permite identificar la presencia de hemorragia así como de signos precoces de infarto (isquemia). En el caso de que existieran criterios para realizar tratamiento con fibrinólisis, es prioritario».

Hubieron de agravarse los síntomas del paciente, con un notable deterioro neurológico, para que se le realizara tal prueba el 1 de agosto de 2017, así como procediendo a su ingreso para su estudio, confirmándose el ictus padecido por aquél. Lo justifica el SIP señalando que en ese momento ya presentaba sintomatología compatible con ictus, pero lo cierto es que desde el día 31 de julio de 2017 así lo consideró el facultativo del CS, siendo lo siguiente un progresivo deterioro neurológico del paciente como consecuencia de la ausencia de diagnóstico y tratamiento del ictus cuyos síntomas apreció desde su primera asistencia al CS el facultativo del mismo y por lo que fue remitido al HUGCDN, donde se diagnosticó de vértigo lo que al día siguiente se confirmó como ictus.

Cierto es que el TAC del día 1 de agosto de 2017 no evidenció, según informe radiológico de tal fecha, lesiones hemorrágicas agudas, ni *«claras»* lesiones isquémicas agudas, lo que llevaría a descartar éstas, y sí se observó *«pequeña lesión*

hipodensa en núcleo lenticular derecho compatible con evento isquémico lacunar crónico en el territorio de la ACM derecha».

Junto con la sintomatología presentada desde el 31 de julio de 2017, el diagnóstico del que procedía en el CS y los antecedentes del paciente, debió ello llevar a una actitud que no se adoptó, no poniendo a su disposición todos los medios diagnósticos al alcance del paciente para lograr dar lo antes posible con el diagnóstico ictus, dada la gravedad del mismo por su mortalidad y secuelas.

Al respecto, no pueden obviarse las consideraciones contenidas en el informe de alta del Servicio de Neurología, de 29 de agosto de 2017, donde consta que se reconocen como factores de riesgo vascular, además de la edad del paciente, sus antecedentes de hipertensión arterial y dislipemia (*«Se trata de un varón de 72 años con hipertensión arterial y dislipenia como factores de riesgo vascular»*).

Lejos estuvieron de ponerse en conexión las diversas circunstancias concurrentes en el presente caso: antecedentes, sintomatología (náuseas, vómitos, tonturas), en relación con el tipo de vértigos de características distintas de los que había sufrido antes, acorchamiento en hemicara derecha con visión borrosa ipsilateral y diagnóstico de ictus transitorio en su Centro de Salud; conduciendo todo ello a un retraso en el diagnóstico del paciente, cuando ya la gravedad de la sintomatología conduciría a un empeoramiento que llevaría al padecimiento de las secuelas que aún padece.

Por ello ha de entenderse que la actuación de los servicios asistenciales no fue conforme a la *lex artis ad hoc* el 31 de julio de 2107 en el Servicio de Urgencias del HUGCDN, al no poner a disposición del paciente todos los medios diagnósticos y terapéuticos existentes según el estado de la ciencia en aquel momento.

Por su parte, en cuanto a la valoración de la indemnización resulta adecuada la solicitada por el reclamante, que lo hace con fundamento en la pérdida de oportunidades de mejor pronóstico, solicitando la cantidad de 50.000 euros, cuantía que habrá de actualizarse de conformidad con lo previsto en el art. 34.3 LRJSP, que hace referencia a la actualización de la cuantía de la indemnización señalando que se realizará a la fecha que ponga fin al procedimiento de responsabilidad patrimonial con arreglo al Índice de Garantía de la Competitividad fijado por el Instituto Nacional de Estadística.

5. Por las razones expuestas, concurriendo los elementos requeridos para la determinación de responsabilidad patrimonial de la Administración, procede estimar la reclamación formulada por el interesado.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta Resolución no es conforme a Derecho, debiendo estimarse la reclamación del interesado.