



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 4 2 5 / 2 0 2 2

(Sección 2.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 3 de noviembre de 2022.

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 conjuntamente por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 387/2022 IDS)\**.

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

### I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el 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 28 de mayo de 2018, a instancia de (...), como consecuencia de las lesiones sufridas por la asistencia sanitaria recibida en dependencias del Servicio Canario de la Salud.

2. No se cuantifica la indemnización reclamada, pero de estimarse la reclamación superaría los 6.000 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; la 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la 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

---

\* Ponente: Sr. Belda Quintana.

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 de la reclamación.

En lo que se refiere a la legitimación activa, el reclamante ostenta la condición de interesado en el procedimiento al haber sufrido supuestamente un daño como consecuencia del funcionamiento sanitario [art. 4.1, letra a) LPACAP, en relación con el art. 32 LRJSP].

Consta en el expediente la intervención del interesado mediante representante debidamente acreditado (art. 5.1 y 3 LPACAP).

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.

4. El órgano competente para instruir y 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.

5. Se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación de responsabilidad patrimonial, pues ésta se presentó el 25 de mayo de 2018 en el registro administrativo de la Comunidad de Madrid, en relación con la asistencia prestada el 14 de junio de 2017, produciéndose el alta hospitalaria el 18 de enero de 2018. La reclamación se interpone, por tanto, dentro del plazo del año a que se refiere el art. 67.1 LPACAP.

6. Este Consejo ya tuvo oportunidad de pronunciarse sobre este procedimiento en el Dictamen 121/2020, de 21 de mayo, en el que concluíamos que se debía retrotraer el procedimiento necesario para poder entrar a conocer del fondo del asunto, y que por parte del SCS es preciso que el SIP emita, previos informes complementarios de los Servicios de Urgencias y de Neurología del HGLP, en los términos referidos, un informe complementario sobre todas las cuestiones planteadas por el interesado, en particular:

- Si el HGLP contaba con unidad de Ictus.

- De tenerla, cuál fue la razón por la que no se consideró instaurar el tratamiento fibrinolítico en el HGLP, si no habían transcurrido 6 horas desde el segundo episodio cardiovascular.

- Si de haber instaurado el tratamiento fibrinolítico hubiese mejorado el cuadro del paciente. Es decir, si ha existido pérdida de oportunidad, que se caracteriza por la incertidumbre acerca de que la actuación médica omitida pudiera haber evitado o mejorado el deficiente estado de salud del paciente.

Una vez emitidos los informes complementarios citados, y dado nuevo trámite de vista y audiencia al reclamante, de acuerdo con el art. 82.5 LPACAP, nada impide que se emita el preceptivo Dictamen sobre la Propuesta de Resolución remitida a este Consejo.

## II

La sucesión de hechos por los que se reclama, según el interesado, es la siguiente:

- Con fecha 14 de junio de 2017 el reclamante, con antecedentes de Diabetes Mellitus tipo II e hipertensión fue trasladado en ambulancia al Centro de Salud de Los Llanos de Aridane a las 19:15h por un cuadro de disartria y desviación de la comisura labial. Tras realización de exploración y ECG es dado de alta con el diagnóstico de ICTUS transitorio y una supuesta "buena evolución" a las 20:38h. No se confirma si persisten o no dichos signos neurológicos de ICTUS.

Se recomienda control por Médico de Familia y valorar derivación a Neurología.

- Apenas una hora y media después de recibir el alta (a las 22:00h), el paciente acude de nuevo a Urgencias con disartria y desviación de la comisura labial, acompañado de hemiparesia izquierda, disminución visual, confusión y pérdida de control de esfínteres.

A las 23:21h el facultativo de urgencias (el mismo que lo atendió en la primera asistencia), exploró al paciente, confirmando la desviación de la comisura labial y la disminución de la sensibilidad en hemicuerpo izquierdo. Se realiza nuevo ECG y se administra insulina rápida a las 23:47 h. Este facultativo hizo constar que se había producido una recuperación completa de los signos tras la primera asistencia

sanitaria, por lo que esta segunda asistencia está relacionada con un nuevo episodio de los mismos signos neurológicos.

Se diagnostica de Accidente Cerebrovascular Agudo mal definido y se solicita interconsulta urgente con Hospital de La Palma.

- El paciente llega al Hospital a las 1:30 h del día 15 de junio, es decir, 3 horas y 50 minutos después de acudir a las urgencias del Centro de Salud con signos evidentes de ICTUS, no siendo posible recibir un tratamiento con fibrinolíticos por el transcurso del tiempo y no estar ya dentro de la ventana terapéutica.

Se realiza TAC craneal a la 1:35h, evidenciándose infarto isquémico temporo-parietal. Ingresa en UCI a las 2:50 h.

Permaneció en UCI durante 11 días, presentando empeoramiento neurológico en relación con fuerza motora en extremidades izquierdas. Es valorado por Rehabilitación y se pauta tratamiento.

- Con fecha 26 de junio es trasladado a planta de Neurología, con el diagnóstico de Ictus isquémico de la ACM derecha en evolución. Permaneció hasta el día 3 de agosto de 2017.

- Al alta, el paciente se encuentra en situación de total dependencia, con el diagnóstico principal de Infarto hemisférico derecho de probable etiología aterotrombótica. Antes del episodio de ICTUS, (...) era totalmente autónomo, independiente para todas las actividades de la vida diaria.

El interesado reclama por la clara negligencia sufrida durante la asistencia sanitaria en el Centro de Salud, debido a:

1.- Ambulancia: por no activar el código ICTUS extrahospitalario, cuando trasladó al paciente el día 14 de junio de 2017 con disartria y desviación de la comisura labial a un Centro de Salud y no a un hospital de 3er nivel, con Servicio de Neurología.

Lo mismo ocurrió durante la segunda asistencia sanitaria. Fue trasladado de nuevo al Centro de Salud, con empeoramiento de la sintomatología.

2.- Primera consulta en Centro de Salud: No consta exploración sobre los signos neurológicos, ni al ingreso ni al alta en la primera consulta. Debíó confirmar si dichos signos de ICTUS se mantenían o no a su llegada a urgencias, a fin de activar el código ICTUS o bien tratarlo como un Accidente Isquémico Transitorio, sobre todo ante los factores de riesgo que presentaba el paciente (DMNID e HTA).

Le dio el alta al paciente en vez de derivarlo a un Neurólogo, tal y como establece el protocolo de ICTUS.

3.- Segunda consulta en Centro de Salud: a pesar de objetivar en la exploración realizada la presencia de signos de ICTUS, no activó de forma inmediata el código ICTUS extrahospitalario, que obliga al traslado del paciente a un centro hospitalario con unidad de ICTUS.

En lugar de ello, se produjo una demora en este traslado de 3:30 h desde su llegada, imposibilitando el tratamiento con fibrinolíticos por estar fuera de la ventana terapéutica.

### III

1. Los principales trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial han sido los siguientes:

- La tramitación del procedimiento comenzó a través de la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, acompañada de diversa documentación médica, efectuado el día 28 de mayo de 2018, en el registro administrativo de la Comunidad de Madrid, teniendo entrada en el registro del SCS el 5 de junio de 2018.

- Admitida a trámite la reclamación, se recaba informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), que, tras recabar los informes de los Servicios de Urgencias hospitalarios y extrahospitalarios que atendieron al interesado, del Centro de Salud donde fue atendido inicialmente, así como su historia clínica, se emite el 18 de octubre de 2019.

- Con fecha 20 de noviembre de 2019 se dicta Acuerdo Probatorio y, con la misma fecha, Trámite de Audiencia, que se notifican al interesado, tras lo cual este aporta escrito de alegaciones, presentado el 16 de diciembre de 2019.

- Ante esas alegaciones se solicita al SIP informe complementario en el que se valore las mismas, emitiéndose dicho informe el 5 de marzo de 2020.

- Traslado dicho informe al interesado, reitera sus alegaciones del trámite de audiencia.

- La primera Propuesta de Resolución, de fecha 27 de abril de 2020, desestima la reclamación formulada el interesado, en solicitud de indemnización por la asistencia sanitaria que le fue prestada, al no concurrir los requisitos exigibles que conforman

la responsabilidad patrimonial de la Administración, considerando que no se ha acreditado lesión alguna derivada del SCS, ni mala praxis en la atención recibida.

- Emitido el citado Dictamen 121/2020, de 21 de mayo, solicitando la práctica de nuevas actuaciones, se emiten nuevos Informes. Concretamente, se emite informe complementario del SIP, de 28 de marzo de 2021, informe del Servicio de Neurología del HGLP, de 19 de marzo de 2021, informe del Servicio de Urgencias del HGLP, de 20 de octubre de 2020, se efectúan alegaciones por Gestión de Servicios para la Salud y Seguridad en Canarias (...), en fechas 28 de mayo de 2021 y 22 de septiembre de 2022, y nuevo informe complementario del SIP, de 23 de agosto de 2022.

- Se concede nuevo plazo de vista de informes de los Servicios de Neurología, de Urgencias del HGLP y del SIP, por no haber sido aportados al expediente con anterioridad. (...) presenta alegaciones, exponiendo que no es responsable en el presente caso, mientras que, si bien sí se reciben alegaciones del interesado respecto de los dos primeros informes, no así una vez remitido el del SIP.

- La Propuesta de Resolución definitiva, de 28 de septiembre de 2022, vuelve a desestimar la reclamación formulada por el interesado, en solicitud de indemnización por la asistencia sanitaria que le fue prestada, al no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

2. 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).

## IV

1. El SIP, en su informe de 18 de octubre de 2019, a la luz de la documentación obrante en el expediente (informes médicos e historia clínica), relata la siguiente sucesión cronológica de los hechos:

*«1.- El 14 de junio de 2017 llega al Servicio de Urgencias del Centro de Salud de Los Llanos de Aridane el paciente, de 70 años, es atendido por el médico del Servicio sobre las 19:15 horas de dicho día.*

*El paciente presenta como AP de DMNID, EPOC, HTA, en esta misma semana revisión Cardiólogo con Ateromatosis coronaria de carácter bajo riesgo, HVI, anota el médico de urgencias tras realizar la anamnesis.*

*La ambulancia que lleva al paciente al Servicio de Urgencias es avisada a las 18:35 horas.*

*El paciente acude en ambulancia por un probable episodio de disartria (dificultad para articular sonidos y palabras) y desviación de comisura labial, estando en la calle, y con recuperación completa posterior.*

*Cuando lo recoge la ambulancia ya no presenta disartria ni desviación de la comisura de la boca, ligera pérdida de fuerza en extremidad superior e inferior izquierda. La ambulancia lo lleva al Centro de Salud.*

*El paciente acude a urgencias sin sintomatología, consciente, desorientación leve, no recuerda lo sucedido, exploración neurológica detallada normal.*

*Tras dicha valoración, EKG sin signos de isquemia aguda, y toma de ctes, glucemia a las 19:15 horas es de 100mg, se demuestra HTA moderada como único signo de patología y a las 19:36 horas se instaura tto. con Captopril sublingual.*

*Queda en observación en el Servicio con buena evolución. Llegada sobre las 19 horas y alta sobre las 20:39 horas. Diagnóstico: Ictus transitorio, lo que es un AIT: Accidente Isquémico Transitorio.*

*Se le da el alta a domicilio, con recomendaciones. Control mañana por médico de Atención Primaria, valorar derivación a neurólogo. Si no mejora y/o empeora vuelva a acudir al servicio.*

*2.- El paciente vuelve a las 2 horas y media, después al Servicio de Urgencias, sobre las 23 horas, en ambulancia desde el domicilio con sintomatología de déficit neurológico: "está consciente, desorientación, no recuerda lo sucedido, pupilas isocóricas y normoreactivas, desviación de la comisura labial, fuerza en extremidades conservada, pero sensibilidad disminuida en hemicuerpo izquierdo, relajación de esfínteres en casa, EKG sin signos isquémicos agudos, se administra oxígeno y 5 u de Insulina, la glucemia a 240mg/dl."*

*Se activa el código Ictus, acude ambulancia y traslado, a las 00:33 horas. Se remite al Hospital General de La Palma para valoración neurológica.*

*3.- El paciente llega al Servicio de Urgencias del Hospital General de La Palma el día 15 de junio de 2017 a las 01.23 horas, consciente, desorientado en tiempo, sin disartria, desviación de comisura bucal hacia la izquierda, hemiparesia de hemicuerpo izquierdo (...), se realiza TAC craneal, exploración general, toma de ctes, EKG, Rx tórax, analítica (...).*

*Se solicita TAC craneal el día 15 por el Servicio de Urgencias, con diagnóstico de probable Infarto isquémico cerebral derecho, se valora al paciente y se ingresa en la UCI.*

*No se instaura tratamiento fibrinolítico porque ha pasado el tiempo determinado desde el inicio de la clínica hasta que llega al hospital, más de 6 horas, según refieren en el HGP.*

*Se trata con Aspirina y Clopidogrel.*

*El día 16 solicita nuevo TAC craneal de control, el Servicio de Medicina Intensiva, el resultado es infarto frontoparietotemporal derecho con cierto efecto compresivo sobre el asta frontal y el cuerpo ventricular derecho.*

*Isquemia cerebral progresiva en territorio de la arteria cerebral media derecha, tratamiento pertinente, igualmente tratamiento fisioterápico, nuevo TAC el 21 de junio de 2016 que confirma lo previo.*

*El paciente recibe Rehabilitación prácticamente a diario.*

*4.- El 26 de junio es trasladado desde UMI, valorado por Medicina Interna y se traslada planta de Neurología.*

*El diagnóstico en estos momentos es: Ictus isquémico de la arteria cerebral media derecha, sdr confusional agudo e ITU por Enterococcus faecalis.*

*Tal proceso de dolor torácico, se intenta realizar TAC con Angiografía el día 13 de julio, por inquietud del paciente no se puede realizar, este se puede realizar el 14 de julio de 2017, en el lado derecho se observa estenosis importante en toda la arteria carótida interna, y proveniente desde la rama derecha, incluso a nivel intracraneal. Pendiente de valoración por Cirugía Vascul.*

*Se mantiene doble antiagregación (Aspirina y Clopidogrel).*

*Sigue Rehabilitación en planta de Neurología.*

*Diagnóstico principal por el Servicio de Neurología: infarto hemisférico derecho de probable etiología aterotrombótica, sDr. confusional agudo, infección del tracto urinario inferior, y los previos: fumador, obesidad, diabetes, HTA, dislipemia, EPOC, (...) Alta administrativa el 25 de julio de 2017. Pendiente cita con Cirugía Vascul. Pendiente de traslado a (...), centro de recuperación funcional.*

*El 29 de septiembre el Servicio de Neurología escribe en informe: "el paciente ha presentado una mejoría importante de su déficit neurológico desde el ingreso hasta el día de hoy 29 de septiembre, por la colaboración del mismo y la evolución es un paciente candidato y que se beneficiaría de ser hospitalizado en una Unidad de Recuperación Funcional".*

*5.- El 25 de agosto la hija del paciente plantea problemática familiar y la imposibilidad de garantizar los cuidados en el domicilio habitual, mientras tanto sigue en el hospital, problemática entre las dos hijas, una desea llevárselo y la otra no, entre ellas no hay acuerdo.*

*Ello se expone en la historia clínica, con la negativa al alta. Por tanto el alta es un alta administrativa pero sigue el paciente en el HGP hasta traslado.*

*Así va gestionándose los trámites de dependencia y trato con Servicios Sociales del ayuntamiento correspondiente.*

*El 2 de agosto se anota en historia clínica que la hija no ha terminado de aportar la documentación ni ha acudido a cita para gestionar dependencia y solicitud de ingreso en centro a pesar de que se le ha informado desde hace varios días. El 10 de agosto igual situación. En curso hospitalización en (...).*

*El 22 de agosto de 2017 desde la Unidad de Trabajo Social del HGP solicitud de ingreso en (...), entre otros recursos, realizan informe pertinente.*

*El 8 de septiembre la doctora escribe en historial de traslado que el paciente tiene cita a final de septiembre en el HUC en cirugía vascular pero que no lo llevaran, pues tras su salida del HGP tendrían que llevárselo a casa y no pueden, de acuerdo las dos hermanas hijas del paciente.*

*El 18 de enero de 2018, se informa que al día siguiente puede tener lugar el traslado al (...), se informa a las dos hijas, al médico responsable, al paciente y a planta, y se traslada en ambulancia.*

*Al alta del HGP el 18 de enero de 2018 se emite informe por el Servicio de Neurología: "tras permanecer ingresado en el Servicio de Neurología y haberse realizado las pruebas complementarias, instaurado el tratamiento e iniciado el proceso de rehabilitación, a fecha de alta la situación del paciente es la siguiente: paciente dependiente para las actividades de la vida diaria, hemiparesia izquierda, no hipoestesia, marcha autónoma, hemiparética (...) .el paciente ha presentado una mejoría importante de su déficit neurológico desde el ingreso, (...) por la colaboración del mismo y la evolución es un paciente candidato y que se beneficiaría de ser hospitalizado en una Unidad de Recuperación Funcional". Cita con Neurología el 29 de enero de 2018.*

*El 29 de enero de 2018 acude a revisión neurológica desde el (...) de recuperación familiar, "refiriendo que ha mejorado mucho, camina de forma autónoma, aunque con algo de dificultad, sin otras quejas específicas, cita en 6 meses, valorar estudio neurosonológico de control"».*

2. En este informe, el SIP llega a las siguientes conclusiones:

*«1.- Al contrario de lo expuesto en la reclamación efectuada, el médico del Servicio de Urgencias realiza una valoración general y neurológica la primera vez que acude al Servicio de Urgencias.*

*En la primera visita al Servicio de Urgencias, cuando llega el paciente, no observa alteración neurológica deficitaria, la exploración del paciente a la llegada se efectúa sobre las 19:14 horas del día 14 de junio de 2017.*

*Lo que la familia refiere que ocurre anteriormente no se observa al llegar al centro, la clínica que exponen, sufrida previamente, antes de acceso al Servicio de Urgencias, de disartria y desviación de comisura labial, la refiere el médico que le atiende como probable*

porque él no lo confirma cuando llega el paciente al Servicio de Urgencias de los Llanos. No la confirma porque no la presenta en el momento que lo explora y hasta el alta del servicio.

*Se mantuvo más de una hora en observación, sin cambios patológicos.*

*Aunque se hubiera derivado el paciente en estas circunstancias, el mismo estaría en observación, si presentara clínica posterior se actuaría y si no se remite a casa.*

*El paciente (según informe del médico de familia que le asiste en el Servicio de Urgencias del Centro de Salud de los Llanos de Aridane), no quería ser atendido, quería ir a casa, no quería ser derivado, negaba enfermedad. Así y todo el médico lo deja tiempo en observación, el único dato es una HTA moderada que trata con Captoril.*

*Alta para domicilio del paciente a las 20:39 horas.*

*De lo expresado se deduce en esta primera visita que:*

*1. Sí, si se confirma en urgencias que los signos de Ictus no se localizan ni al llegar ni al alta.*

*Sería un AIT, un accidente isquémico transitorio, por la rapidez de la desaparición de los síntomas, y porque no deja secuelas. El diagnóstico de AIT es clínico. Los síntomas de AIT, a su vez, no se observan al llegar al médico.*

*2. Al alta el médico explica buena evolución del paciente en el curso de su estancia en el servicio, y el deseo del mismo de ir a su domicilio.*

*3. El médico del Servicio de Urgencias tras esta primera visita y vista evolución remite al día siguiente a su médico y le aconseja Neurólogo. Como está indicado en estos casos.*

*Por tanto si el paciente llega con déficits neurológico al servicio de urgencias se considera un ICTUS, se activará automáticamente el código Ictus.*

*Otra cuestión es cuando no se objetiva en urgencias, el médico no lo observa, y además la probable clínica que se produce con anterioridad dura por tanto muy poco tiempo y no deja huella, es un AIT, pudiendo ser derivado al Neurólogo en las próximas 24 horas.*

*2.- El AIT se define como un déficit neurológico focal, isquemia cerebral focal, de corta duración, con recuperación del mismo en un espacio de tiempo inferior de 24 horas, la mayoría de los AIT duran menos de 1 hora.*

*El cuadro se interpreta como debido a un déficit de irrigación en un área cerebral que ocasiona la pérdida de la función que le es propia, produce episodios neurológicos transitorios y no se acompaña de infarto cerebral permanente.*

*En caso de duda razonable se debe activar el código Ictus para estudio como si lo fuera. Pero es que cuando llega el paciente al Servicio de Urgencias de los Llanos no presenta ni la disartria ni tampoco la desviación de la comisura de la boca que referían tuvo fuera de su domicilio antes de avisar a la ambulancia.*

*Cuando llega un paciente con un proceso neurológico deficitario a un servicio médico, y en el momento que se observa es objetivada la clínica, si hay que activar el código Ictus con las medidas protocolizadas y establecidas y ya se observa la evolución mientras se estudia. Esto está protocolizado.*

*El Código Ictus es un sistema de alerta que permite la rápida identificación, notificación y traslado de los pacientes con Ictus a los servicios de urgencias hospitalarios y el tratamiento y estudio pertinente. Se basa en la consideración de Ictus como una emergencia, la activación del CI es útil en la fase aguda del Ictus, sobre todo en las primeras 6 horas tras el inicio de los síntomas de ICTUS.*

*Otro problema es un proceso deficitario ocurrido antes de acudir a los servicios médicos de duración menor de una hora, que desaparece, y cuando llega al servicio no es objetivado, ello es un AIT, deben ser remitidos a valoración por Neurología a un hospital en menos de 24 horas. También protocolizado.*

*Todo paciente que haya sufrido un Ictus isquémico no cardioembólico o un AIT deberá recibir, salvo contraindicación, tratamiento antiagregante con Aspirina (50-325mg/día) en las primeras 48 horas.*

*El paciente ya está tomando Aspirina, 100mg, cuando acude a urgencias, por tanto ya tiene el tratamiento antiagregante aconsejado.*

*Tampoco se ha mostrado beneficioso el incremento de dosis de Aspirina cuando se produce un Ictus en un individuo que ya la estaba tomando previamente.*

*Tras valoración de los datos de la historia clínica y el análisis de la patología causante de esta reclamación, valoramos:*

*El paciente llega a Urgencias del Centro de Salud de los Llanos de Aridane y no presenta clínica neurológica, la exploración neurológica efectuada refiere normalidad, la exploración general da como único dato una elevación moderada de la tensión arterial que se trata en el Servicio de Urgencias.*

*En el espacio de tiempo que el paciente está en urgencias no presenta datos de aparición de patología neurológica. Cuando es dado de alta al domicilio el paciente se encuentra bien, estable, y desea irse a casa.*

*Hasta ahora lo que se observa es la presencia de un caso de probable AIT no observado en el Servicio de Urgencias a su llegada como tal.*

*El paciente ya estaba en tratamiento con Aspirina en dosis de tratamiento.*

*Por tanto lo único que falta en este proceso es que lo vea el Neurólogo en el espacio de tiempo de 24 horas, según protocolos existentes sobre el Ictus.*

*Lo que refiere al alta el médico del Servicio de Urgencias es que vaya mañana al médico de cabecera y que sea visto por Neurólogo.*

*Además, insiste que cualquier problema volver al Servicio de Urgencias.*

*Lo que podría ser perjudicial, siguiendo lo protocolizado para estos casos y con las características definidas en esta su primera visita al Servicio de Urgencias, sería que el Neurólogo no valorara al paciente en las próximas 24 horas.*

*Pero ya ello no depende de nuestra valoración puesto que es un supuesto que no llega a realizarse.*

*3.- A las 2 horas y media, aproximadamente, vuelve el paciente en ambulancia del SCS, a urgencias.*

*El paciente, estando en su domicilio, lo encuentra la familia desorientado y avisan a la ambulancia. Avisada la ambulancia a las 10:12 horas del día 14 de junio de 2017.*

*Es trasladado al Servicio de Urgencias de Los Llanos donde llega a las 23 horas aproximadamente.*

*El médico del Servicio de Urgencia observa y explora, valora patología neurológica observada, destacable, avisa ambulancia para traslado urgente al Hospital General de La Palma.*

*Se instauro tratamiento para hiperglucemia con Insulina, vía iv, Oxígeno y traslado.*

*A las 23:15 horas aproximadamente se avisa a ambulancia para traslado al Hospital General de La Palma, mientras se está valorando al paciente.*

*4.- Sobre la 01:30 horas del día 15 llegada del paciente al Servicio de Urgencias del Hospital General de La Palma.*

*No consideraron tratamiento fibrinolítico, por la duración del proceso.*

*Tras TAC se observa la presencia proceso isquémico cerebral en evolución, no hemorragias por lo que añaden a la Aspirina el Clopidogrel, otro fármaco antiagregante utilizado en estos casos.*

*En enero de 2018 tras tratamiento médico y en rehabilitación ya el paciente presenta gran mejoría pudiendo caminar de forma autónoma.*

*La clínica presentada al llegar en junio de 2017 al Hospital General de La Palma y la que presenta en la hospitalización comparada con la que presenta posteriormente, en enero de 2018 refleja que ha mejorado sustancialmente y sigue rehabilitándose, caminando ya de forma autónoma. Por tanto, el tratamiento médico con la doble antiagregación y la rehabilitación realizada fue efectivo. Seguirá mejorando.*

*No sabemos si el tratamiento fibrinolítico hubiera cambiado el resultado.*

5.- En la reclamación se critica el tiempo que tarda desde que llega el paciente al Servicio de Urgencias de La Palma, sobre las 11 horas de la noche, que el médico tarda mucho en valorar y estabilizar al paciente para su remisión y que la ambulancia a su vez tarda mucho en acudir para traslado al hospital.

Sobre el primer dato sobre el médico el Servicio de Urgencias de los Llanos no nos parece en absoluto erróneos los tiempos desde que llega hasta que avisa a la ambulancia, en todo caso hubo rapidez en sus acciones.

En cuanto al retraso de la ambulancia se explica en informe de la Directora Territorial del SUC, que lo ocurrido tras la solicitud del médico a las 23:15 y la activación de la ambulancia a las 0:33 horas, ello ocurre por no poder remitir el transporte ya que solo existía una ambulancia que cubriría cualquier problema surgido, la otra ambulancia disponible estaba cubriendo un servicio al Hospital General De La Palma, y esta se puede activar por ello a las 00:33 horas, es lo que se hizo».

3. El interesado, en su escrito de alegaciones, presentado el 16 de diciembre de 2019, manifiesta, en esencia, que en la historia clínica no consta que en la primera asistencia en el Servicio de Urgencias del Centro de Salud se hubieran practicado exploración neurológica al interesado; que se tardó mucho en decidir el traslado a un Hospital y se hizo a uno que no contaba con unidad de Ictus; y se demoró en el traslado al Hospital de La Palma.

Por su parte, el SIP, en el informe complementario de 5 de marzo de 2020, respondiendo a estas alegaciones, señala lo siguiente:

«1. Con respecto a las alegaciones vertidas sobre el ERP descrito valoramos de nuevo lo que ya manifestamos al respecto:

Así el 14 de junio de 2017 llega al Servicio de Urgencias del Centro de Salud de Los Llanos de Aridane el paciente (...), es atendido por el médico del Servicio sobre las 19:15 horas de dicho día.

El paciente presenta como AP de DMNID, EPOC, HTA, en esta misma semana revisión Cardiólogo con Ateromatosis coronaria de carácter bajo riesgo, HVI, anota el médico de urgencias tras realizar la anamnesis.

El paciente acude en ambulancia por un probable episodio de disartria (dificultad para articular sonidos y palabras) y desviación de comisura labial, estando en la calle, y con recuperación completa posterior.

Cuando lo recoge la ambulancia ya no presenta disartria ni desviación de la comisura de la boca, ligera pérdida de fuerza en extremidad superior e inferior izquierda. La ambulancia lo lleva al Centro de Salud.

*El paciente acude a urgencias sin sintomatología, consciente, desorientación leve, no recuerda lo sucedido, exploración neurológica detallada normal. La exploración neurológica se realiza a la llegada al servicio de urgencias, informe que el mismo reclamante expone en su reclamación, refiere que “estaba consciente, desorientación leve no recuerda lo sucedido, PICNR que quiere decir: Pupilas isocóricas en el caso de que ambas presentan el mismo tamaño. Si la pupila reacciona a la luz disminuyendo de tamaño se habla de pupila normorreactiva, o sea Pupilas Isocóricas Normoreactivas, y ello implica integridad del III, IV y VI par craneal. Hay un total de doce pares de nervios, los llamados pares craneales, cuyo recorrido va directamente desde el encéfalo hasta diversos puntos de la cabeza, el cuello y el tronco. Algunos de estos nervios están relacionados con las funciones sensoriales, es decir, con los sentidos (como la vista, el oído y el gusto), mientras que otros de ellos tienen como función el control de los músculos de la cara o la regulación de ciertas glándulas. Los pares de nervios craneales se designan mediante nombres y números (siguiendo su orden de localización, desde la zona frontal del encéfalo hacia la parte posterior del mismo).*

*Cuando hay exploración neurológica estos nervios son explorados, pues datan sus posible alteraciones problemas cerebrales de distinto origen, entre ellos el accidente cerebrovascular.*

*Consta por escrito que estaban dentro de lo normal y que la fuerza muscular en las extremidades estaba conservada.*

*El que fuera o no somera dicha exploración, como refieren los reclamantes, no tenemos datos para afirmar tal cosa, parece correcta según lo observado.*

*Se le realiza además exploración cardiovascular abdominal y respiratoria.*

*Si no hay cambios en el periodo en que el paciente estuvo en urgencias en observación, se encontraba bien, y ya había sido explorado convenientemente, no había por tanto cambios neurológicos, de haber sido así se hubieran constatado y no se lo habrían llevado a casa la familia. El informe refiere: “se le mantiene en observación con buena evolución (...)”. Tras dicha valoración, EKG sin signos de isquemia aguda, y toma de ctes, glucemia a las 19:15 horas es de 100mg, se demuestra HTA moderada como único signo de patología y a las 19:36 horas se instaura tto. Con Captopril sublingual. Queda en observación en el Servicio con buena evolución. Llegada sobre las 19 horas y alta sobre las 20:39 horas. Diagnóstico: Ictus transitorio, lo que es un AIT: Accidente Isquémico Transitorio.*

*Se le da el alta a domicilio, con recomendaciones. Control mañana por médico de Atención Primaria, valorar derivación a neurólogo. Si no mejora y/o empeora vuelva a acudir al servicio.*

*El paciente se va con tratamiento médico antiagregante que es el adecuado, en estos momentos, e indicaciones para casa.*

2.- Posteriormente, tras el alta, a las 2 horas y media llega el paciente a urgencias del centro de salud "con clínica neurológica" clínica que además permanece, se le trata y valora por la sintomatología presente, se deriva al hospital, lo que antes es un AIT o accidente isquémico transitorio, ahora es un accidente cerebrovascular, ACV o ICTUS.

Aun cuando en el hospital no se considera instaurar tratamiento fibrinolítico por el tiempo transcurrido desde el inicio de la sintomatología, el tratamiento que adoptan es de aspirina que ya estaba tomando más el clopidogrel otro antiagregante plaquetario.

El paciente no empeora de su proceso isquémico, todo lo contrario, va mejorando paulatinamente, por lo que el tratamiento instaurado fue efectivo.

Con respecto al transporte en ambulancias ya hemos comentado al respecto en las conclusiones previas».

4. Emitido Dictamen solicitando la práctica de nuevas actuaciones, se emiten los nuevos Informes ya citados con anterioridad, siendo determinante el complementario del SIP, de 23 de agosto de 2022, que, por su importancia, se transcribe:

«1. Periodo ventana

Consta que:

Después del evento AIT acaecido a las 17:30 horas y en relación al episodio ACV, por el que es derivado al centro hospitalario, inició síntomas a las 22 horas del día 14 de junio de 2017.

Acude al Servicio de Urgencias del Hospital General de La Palma a las 01:30 horas del día 15 de junio de 2017.

Se realiza TAC craneal a las 01:36 horas del 15 de junio de 2017.

Por tanto, el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas, 22:00 horas, hasta la realización del TAC fue de 3 horas 35 minutos y por ello se considera dentro del periodo ventana de 4 horas y medias para, en su caso, tener la oportunidad de realizarse tratamiento fibrinolítico intravenoso.

La confusión creada al reclamante y a este Servicio derivó del informe del Servicio de Medicina Intensiva que menciona que se había superado el periodo ventana pero contabilizando desde el episodio anterior AIT.

2. Encontrándose el paciente en el periodo ventana del episodio neurológico iniciado a las 22:00 horas del 14 de junio de 2017 se hace preciso aclarar el motivo por el cual se consideró que no era candidato a tratamiento de fibrinólisis intravenosa.

El TAC craneal realizado a las 01:36 horas del 15 de junio de 2017 informa de "Infarto isquémico temporo-parietal y periventricular derechos": "área hipodensa superficial

*temporo-parietal derecha y periventricular derecha que impresiona en probable relación con infarto isquémico (...). No se identifican imágenes evaluables indicativas de hemorragia intra o extra-axiales”.*

*Consta en el expediente informes de los Servicios Urgencias y Neurología que afirman que el paciente no era candidato a fibrinolisis iv.*

*En el informe del Servicio de Urgencias se expresa que “aunque no había transcurrido 4,5 horas del segundo evento vascular, ya se observaba , en el TAC realizado, infarto isquémico temporo-parietal y periventricular derecho establecido, no estando indicado el tratamiento fibrinolítico en este caso”. “En este caso en concreto, una vez llegado el paciente al hospital, si se hubiera realizado el tratamiento fibrinolítico, habría existido altas probabilidades de sangrado cerebral, empeorando, por consiguiente, el cuadro”.*

*Por su parte, en el informe del Servicio de Neurología se recoge, entre otros, “Al paciente no se le pudo efectuar tratamiento de su ictus isquémico agudo hemisférico derecho mediante fibrinolisis intravenosa, debido a que ya en el TC cerebral inicial se objetivaron signos de infarto isquémico cerebral en el territorio de la arteria cerebral media, que es un criterio de contraindicación absoluta para esta terapia, a pesar de que por el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas (22:00 horas) el paciente aún se encontraba dentro de la ventana terapéutica que son 4 horas y media (llevaba 3 horas y 36 minutos de evolución de los síntomas en el momento de realización del TC)”.*

*No obstante, a pesar de esta información, en el escrito de alegaciones y considerando que en TAC craneal se evidenciaba infarto isquémico y que el propio reclamante resalta el diagnóstico de “infarto hemisférico derecho de probable etiología aterotrombótica” afirma que “precisamente la presencia de infarto cerebral indicaba la fibrinolisis” y que este hecho “no se encuentra entre las exclusiones de los candidatos a la técnica”.*

*Ante esta afirmación se hace necesario realizar algunas aclaraciones en especial la diferencia entre la situación inicial de isquemia y el posible resultado de ésta es decir infarto en el contexto de un ACV.*

*En el ictus isquémico o accidente cerebrovascular isquémico tanto trombotico como embólico se produce un bloqueo de la irrigación cerebral por la oclusión repentina de un vaso intracraneal y, como consecuencia, se produce una reducción del riego sanguíneo a un área determinada del cerebro con la consecuente isquemia, que conduce a la privación de oxígeno y glucosa, y en última instancia infarto, necrosis o muerte del tejido cerebral. Así, la isquemia es un término fisiológico que indica un flujo sanguíneo insuficiente para el normal funcionamiento celular y el infarto un término patológico que indica el daño permanente del tejido producido por la isquemia.*

*En la situación de isquemia del tejido cerebral ya se produce alteración de la función cerebral y de este modo observamos las manifestaciones clínicas propias de un ictus.*

*El objetivo del restablecimiento del flujo en un tiempo relativamente corto (ventana) es recuperar el tejido aún no infartado (daño reversible) de la zona de déficit de riego que sería la potencialmente recuperable. Mientras que el infarto es una lesión definitiva incluso restableciendo el flujo.*

*En la TAC en las primeras horas del ACV los cambios pueden incluir borramiento de los surcos o de la cinta cortical insular, pérdida de la unión sustancia gris-sustancia blanca y un signo de la arteria cerebral media densa. Dentro de las 6 a 12 h de la isquemia, los infartos de tamaño intermedio a grande comienzan a hacerse visibles como zonas hipodensas.*

*La detección mediante observación directa de áreas de hipodensidad se asocia con peor pronóstico posttrombólisis. Esta observación puede explicarse porque dichas áreas representan la porción de parénquima encefálico más gravemente afectado por las condiciones de isquemia tisular: hipoperfusión crítica con infarto consolidado.*

*Por otra parte, la principal complicación del restablecimiento del flujo mediante la trombólisis iv (rt-PA) es la transformación hemorrágica (ictus hemorrágico) con consecuencias devastadoras.*

*En el TAC craneal la presencia de una hipodensidad sugestiva de un infarto subagudo en las primeras 5 horas de evolución de los síntomas se asocia a que un 77% de los pacientes tenga transformación hemorrágica.*

*A mayor territorio vascular comprometido, mayor es el riesgo de transformación hemorrágica.*

*Uno de los criterios de exclusión para el tratamiento fibrinolítico es la observación de afectación de más de  $\frac{1}{3}$  del territorio de la arteria cerebral media, infarto multilobar (hipodensidad en más de un tercio del territorio irrigado por la arteria cerebral media según la TAC). Observar en la TAC sin contraste una hipodensidad del parénquima cerebral que afecta a más de  $\frac{1}{3}$  del territorio de la ACM se relaciona con un infarto extenso en el que el riesgo de transformación hemorrágica es mayor; por lo tanto el tratamiento trombolítico está contraindicado.*

*Posiblemente refleje que la lesión se ha establecido con un límite de tiempo mayor de 3 horas.*

*En el caso que nos ocupa, se describió en el primer TAC realizado a las 01:35 horas del 15 de junio de 2017 "área hipodensa superficial temporoparietal derecha y periventricular derecha que impresiona en probable relación con infarto isquémico."*

*La imagen informaba de la presencia de infarto y de su extensión. De ahí que el Servicio de Neurología informara de criterio que contraindicaba la fibrinólisis intravenosa y el Servicio de Urgencias de su no indicación y que de haberse realizado habrían existido altas probabilidades de sangrado cerebral empeorando el cuadro».*

## V

1. Como hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, el reciente Dictamen 255/2021, de 18 de mayo), según el actual art. 32.1 LRJSP -similar al anterior art. 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común- el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone.

Sobre la Administración recae el *onus probandi* de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración y del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC) que permite trasladar el *onus probandi* a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

Jurisprudencialmente, la Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007 afirma que *«la responsabilidad de la Administración sanitaria no deriva, sin más, de la producción del daño, ya que los servicios médicos públicos están solamente obligados a la aportación de los medios sanitarios en la lucha contra la enfermedad, mas no a conseguir en todos los supuestos un fin reparador, que no resulta en ningún caso exigible, puesto que lo contrario convertiría a la Administración sanitaria en una especie de asegurador universal de toda clase de enfermedades. Es por ello que, en cualquier caso, es preciso que quien solicita el reconocimiento de responsabilidad de la Administración acredite ante todo la existencia de una mala praxis por cuanto que, en otro caso, está obligado a soportar el daño, ya que en la actividad sanitaria no cabe exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, pues la función de la Administración sanitaria pública ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria con empleo de las artes que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, más sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir, en todo caso, una curación»*.

2. En el presente procedimiento la pretensión resarcitoria del reclamante se fundamenta en que interesado reclama por la clara negligencia sufrida durante la asistencia sanitaria en el Centro de Salud, tanto cuando le atendió la ambulancia: por no activar el código ICTUS extrahospitalario, cuando trasladó al paciente el día 14 de junio de 2017 con disartria y desviación de la comisura labial a un Centro de Salud y no a un hospital de 3er nivel, con Servicio de Neurología, como durante la segunda asistencia sanitaria, cuando fue trasladado de nuevo al Centro de Salud, con empeoramiento de la sintomatología

También entiende que fue mal atendido en la primera consulta en Centro de Salud pues no consta exploración sobre los signos neurológicos, ni al ingreso ni al alta en la primera consulta; en cualquier caso, se debió confirmar si dichos signos de ICTUS se mantenían o no a su llegada a urgencias, a fin de activar el código ICTUS o bien tratarlo como un Accidente Isquémico Transitorio, sobre todo ante los factores de riesgo que presentaba el paciente (DMNID e HTA). En vez de eso, se le dio el alta sin derivarlo a un Neurólogo, tal y como establece el protocolo de ICTUS.

Por último, en la segunda consulta en Centro de Salud: a pesar de objetivar en la exploración realizada la presencia de signos de ICTUS, no activó de forma inmediata el código ICTUS extrahospitalario, que obliga al traslado del paciente a un centro hospitalario con unidad de ICTUS.

En lugar de ello, se produjo una demora en este traslado de 3:30 h desde su llegada, imposibilitando el tratamiento con fibrinolíticos por estar fuera de la ventana terapéutica.

3. Sin embargo, sin la constatación de que esos daños fueron consecuencia de la infracción de la *lex artis* es imposible establecer que existe una relación de causalidad entre la asistencia sanitaria prestada por los facultativos del SCS y los supuestos daños por los que reclama. Sin la determinación del nexo causal entre los daños por los que reclama y la actividad administrativa no puede surgir responsabilidad de esta.

La Propuesta de Resolución, con fundamento en los distintos informes y en la historia clínica obrantes en el expediente, refuta las alegaciones del reclamante.

3.1. Así, respecto de los traslados en ambulancia, el paciente de 71 años presentó un cuadro de disartria y desviación de la comisura de la boca, por lo que fue avisada una ambulancia para su primera asistencia.

En esta atención sanitaria, el Centro recibe llamada el 14 de junio de 2017 a las 18:35h, para atender a un paciente, consciente pero que parece tener síntomas de un ACV (accidente cerebro vascular).

Tras hacerle varias preguntas y valorar al paciente la médico informa del estado del paciente, que ha sufrido mareo y sensación de desmayo, con ligera pérdida de fuerza en miembro superior e inferior izquierdo, frecuencia cardíaca de 85 latidos por minuto, saturación de oxígeno del 100%, paciente diabético con glucemia de 97 mg/dl y tensión arterial de 170- 90 mmHg. El Gestor indica al Técnico de la ambulancia trasladar al paciente al servicio de Urgencias del Centro de Salud de Los Llanos.

Sobre las 22.12 horas del mismo día, se recibe una nueva llamada por parte de la hija del reclamante diciendo que su padre acaba de llegar a su domicilio desde el Centro de Salud y que se encuentra peor porque está desorientado y babeando. La llamada se transfiere a la Médico Coordinadora, a quien le explica que en el Centro de Salud se le hizo un ECG y le controlaron la tensión arterial, ambos bien, y un control de glucemia que estaba algo baja. Pero que ahora lo ve mal, desorientado. No está pálido.

La Médico Coordinadora, después de valorar la situación, da instrucciones al familiar para dejarlo acostado hasta que llegue la ambulancia.

El SUC activa a la ASVB que acude al domicilio y valora al paciente. La Técnico informa que ya había sido trasladado por ese recurso esa tarde y que ha sido valorado en el Centro de Salud y dado de alta, y que ahora tiene un cuadro similar con pérdida de fuerza leve en uno de los brazos, está consciente y desorientado. La familia refiere que estuvo durante un periodo de tiempo con desviación de la comisura labial hacia el lado derecho, FC 75, saturación de oxígeno del 100%, tensión arterial de 150-90 mmHg. Desde la Sala de Coordinación se da instrucciones a la Técnico de la ambulancia para trasladar al paciente nuevamente al Centro de Salud de Los Llanos para valoración médica.

A las 23.15 horas llama el Doctor del Centro de Salud de Los Llanos para derivar a (...) al HGLP con diagnóstico de ACV. Se transfiere la llamada al Médico Coordinador del SUC, refiere que el paciente había sido asistido en la tarde en el Centro de Salud por cuadro de confusión y dificultad para hablar y que regresa a urgencias por presentar una repetición de los síntomas con clínica neurológica. Confirma que se puede trasladar en una ambulancia de soporte vital básico.

A las 0:33 horas se activa la ambulancia de SVB que traslada al paciente a urgencias del HGLP, llegando al mismo a la 1:23 horas.

En ambos casos la actuación del SUC ha sido la adecuada, tanto en los tiempos de respuesta, que son los habituales, como en la asistencia realizada.

En el primer traslado, no estaba pautada la activación del protocolo ictus pues el paciente solo se le diagnosticó «*mareo y sensación de desmayo, con ligera pérdida de fuerza en miembro superior e inferior izquierdo*». Con estos datos podría abrirse un abanico de posibles diagnósticos, entre otros el de ACV. Se trataba de un episodio reciente, de pocos minutos de evolución, por eso ante la duda se traslada al CS que se encuentra en el mismo Municipio para que un médico realice un diagnóstico y determine la necesidad de traslado al Hospital.

En el segundo, el paciente había empeorado desde un punto de vista clínico, por lo que, aun sospechando un ACV, lo adecuado era parar unos minutos en el CS para que el médico valorase si estaba en condiciones de continuar hasta el Hospital en la misma ambulancia o requería estabilizarlo previamente.

### 3.2. Respecto a la atención recibida en el Centro de Salud.

En la primera asistencia sanitaria en el Centro de Salud de Los Llanos, es atendido a las 19:15h por facultativo que emite informe con fecha 8 de agosto de 2018, y expone que la hija refería un posible episodio breve de dificultad en el habla y desviación de la comisura labial, que no presentaba a su llegada al centro de salud, encontrándose completamente asintomático, excepto leve confusión al no entender el motivo de su traslado al mismo. Se le atendió de forma inmediata y se realizó exploración completa, ECG y toma de constantes siendo el resultado de todas ellas normal. A pesar de su rechazo a ser atendido se le mantuvo en observación sin manifestar ningún síntoma, expresando el paciente su voluntad de irse a casa por negar estado de enfermedad y rechazar prolongar la observación o ser derivado para estudio.

Aproximadamente a las 2 horas de alta fue traído al Centro de Salud en ambulancia por un segundo episodio de ACV, esta vez establecido con signos manifiestos, siendo atendido y activándose el código ICTUS al 112 inmediatamente los cuales procedieron el traslado al hospital en ambulancia. Esta vez a diferencia del primero, establecido, con síntomas propios del cuadro y el 112 lo trasladó al C.S. donde se le atendió e inmediatamente se activó el código ictus extra hospitalario.

Respecto a la afirmación expuesta por la parte reclamante en relación con la demora en ser activado el código Ictus, explica que no es cierta, cuestión fácilmente comprobable con las grabaciones del 112. También sugiere que se perdió tiempo realizando un ECG al paciente, ignorando que esa labor es realizada en trabajo de equipo por el personal de enfermería a la vez que se le examina sin perder tiempo y es necesaria una valoración mínima para asegurar su traslado.

Una vez activado el código ictus, la rapidez o el medio de traslado no depende del médico de urgencias sino del médico de sala del 112 y la disponibilidad de la ambulancia en ese momento, así como su destino, que al carecer de hospitales de tercer nivel suele ser el Hospital General de La Palma, el único en la isla.

Todo paciente que haya sufrido un Ictus isquémico no cardioembólico o un AIT deberá recibir, salvo contraindicación, tratamiento antiagregante con Aspirina (50-325mg/día) en las primeras 48 horas. El paciente ya está tomando Aspirina, 100mg, cuando acude a urgencias, por tanto, ya tiene el tratamiento antiagregante aconsejado.

### 3.3. Respecto al tratamiento fibrinolítico.

El Dr. (...) manifiesta que en la primera asistencia el paciente se había recuperado del cuadro de posible ACV y, por tanto, no era candidato a este tipo de tratamiento.

La actuación correcta fue la que mantuvo, observación, disminución de factores de riesgo y recomendación de seguimiento por su médico de cabecera para remisión a especialista.

Fue en la segunda asistencia cuando, a pesar de que también se había producido una recuperación del cuadro, persistían algunos síntomas y había otros nuevos. Por este motivo y en este momento es cuando activa inmediatamente el código ictus, y, por tanto, la llegada al HGLP fue dentro del período establecido para iniciar la fibrinólisis.

Está acreditado en el expediente que el paciente empeora al regresar a su domicilio, llamando de nuevo al 112 sobre las 22:13 horas, desde el inicio de estos síntomas hasta su llegada al HGLP pasan menos de 3,5 horas.

En la Guía de Atención al Ictus de la Dirección General de Programas Asistenciales del SCS, se establece que la ventana terapéutica de la que se dispone para el tratamiento trombolítico es de 4.5 horas, o de 6 horas en caso de disponer de

tratamiento intervencionista y terapia de rescate en el hospital de referencia. en este caso, estaría dentro del período ventana.

El SIP considera el comienzo del periodo ventana terapéutica para indicar tratamiento fibrinolítico intravenoso, desde que el paciente comienza con clínica de déficit neurológico continuado, sobre las 22 :00 horas del día 14 de junio de 2017. Se realiza TAC craneal a las 01:36 horas del día 15 de junio.

Distintos informes médicos coinciden en que el tratamiento fibrinolítico intravenoso no se realiza por: *«la existencia en TAC de signos de infarto isquémico, estando en estos casos contraindicado totalmente dicho tratamiento»*. Dicho diagnóstico es corroborado en TAC posterior.

Por tanto, independientemente de la ventana terapéutica, el tratamiento fibrinolítico intravenoso estaba contraindicado.

Ante esta nueva información, el reclamante plantea la contradicción entre la imposibilidad de aplicar el tratamiento fibrinolítico por finalización del período ventana y la existencia de hemorragia cerebral. El SIP emite nuevo informe en el que aclara esta cuestión:

- Después del evento AIT acaecido a las 17:30 horas y en relación con el episodio ACV, por el que es derivado al centro hospitalario, inició síntomas a las 22 horas del día 14 de junio de 2017.

- Acude al Servicio de Urgencias del Hospital General de La Palma a las 01:30 horas del día 15 de junio de 2017.

- Se realiza TAC craneal a las 01:36 horas del 15 de junio de 2017.

Por tanto, el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta la realización del TAC fue de 3 horas 35 minutos y por ello se considera dentro del periodo ventana de 4 horas y medias para, en su caso, tener la oportunidad de realizarse tratamiento fibrinolítico intravenoso.

El TAC craneal realizado a las 01:36 horas del 15 de junio de 2017 informa de "Infarto isquémico temporoparietal y periventricular derechos": No se identifican imágenes evaluables indicativas de hemorragia intra o extra-axiales".

En el informe del Servicio de Urgencias se expresa que, aunque no había transcurrido 4,5 horas del segundo evento vascular, ya se observaba en el TAC realizado la presencia de infarto isquémico, no estando indicado el tratamiento

fibrinolítico en este caso, por la alta probabilidad de sangrado cerebral que hubiera empeorado el cuadro.

Por su parte, en el informe del Servicio de Neurología se recoge que la existencia de infarto isquémico cerebral en el territorio de la arteria cerebral media, supone un criterio de contraindicación absoluta para esta terapia, a pesar de que por el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas (22:00 horas) el paciente aún se encontraba dentro de la ventana terapéutica que son 4 horas y media (llevaba 3 horas y 36 minutos de evolución de los síntomas en el momento de realización del TAC).

Según el SIP, en el Ictus isquémico o accidente cerebrovascular isquémico tanto trombótico como embólico se produce un bloqueo de la irrigación cerebral por la oclusión repentina de un vaso intracraneal y, como consecuencia, se produce una reducción del riego sanguíneo a un área determinada del cerebro con la consecuente isquemia, que conduce a la privación de oxígeno y glucosa, y en última instancia infarto, necrosis o muerte del tejido cerebral. Así, la isquemia es un término fisiológico que indica un flujo sanguíneo insuficiente para el normal funcionamiento celular, y el infarto un término patológico que indica el daño permanente del tejido producido por la isquemia.

En la situación de isquemia del tejido cerebral ya se produce alteración de la función cerebral y de este modo observamos las manifestaciones clínicas propias de un Ictus.

El objetivo del restablecimiento del flujo en un tiempo relativamente corto (ventana) es recuperar el tejido aun no infartado (daño reversible) de la zona de déficit de riego que sería la potencialmente recuperable. Mientras que el infarto es una lesión definitiva incluso restableciendo el flujo.

Por otra parte, la principal complicación del restablecimiento del flujo mediante la trombólisis iv (rt-PA) es la transformación hemorrágica (ictus hemorrágico) con consecuencias devastadoras.

En el caso que nos ocupa, se describió en el primer TAC realizado a las 01:35 horas del 15 de junio de 2017 *«área hipodensa superficial temporo-parietal derecha y periventricular derecha que impresiona en probable relación con infarto isquémico»*.

La imagen informaba de la presencia de infarto y de su extensión. De ahí que el Servicio de Neurología informara de criterio que contraindicaba la fibrinólisis

intravenosa y el Servicio de Urgencias de su no indicación y que de haberse realizado habrían existido altas probabilidades de sangrado cerebral empeorando el cuadro.

La clínica presentada al llegar en junio de 2017 al HGLP y la que presenta en la hospitalización, comparada con la que presenta posteriormente, en enero de 2018, refleja que ha mejorado sustancialmente y sigue rehabilitándose, caminando ya de forma autónoma. Por tanto, el tratamiento médico con la doble antiagregación y la rehabilitación realizada fue efectivo.

#### 4. En suma:

- El paciente llega a Urgencias del Centro de Salud de los Llanos de Aridane y no presenta clínica neurológica, la exploración neurológica efectuada refiere normalidad. En el espacio de tiempo que el paciente está en urgencias no presenta datos de aparición de patología neurológica. Cuando es dado de alta al domicilio el paciente se encuentra bien, estable, y desea irse a casa. Hasta ahora lo que se observa es la presencia de un caso de probable AIT no observado en el Servicio de Urgencias a su llegada como tal.

El paciente ya estaba en tratamiento con Aspirina en dosis de tratamiento.

- A las 2 horas y media vuelve el paciente en ambulancia del SCS. El médico del Servicio de Urgencias valora patología neurológica destacable ya en esta ocasión, y avisa ambulancia para traslado urgente al HGLP donde se observa la presencia de proceso isquémico cerebral en evolución. Los tiempos de actuación son correctos

- No se considera instaurar tratamiento fibrinolítico por estar contraindicado en el infarto cerebral que presentaba

- El paciente no empeora de su proceso isquémico, todo lo contrario, va mejorando paulatinamente, por lo que el tratamiento instaurado fue efectivo.

5. En definitiva, en la Propuesta de Resolución se argumenta adecuadamente, no ya que el reclamante no ha probado lo que alega (negligencia en la asistencia recibida), sino que, de acuerdo con los informes y documentación obrante en el expediente, está acreditado que recibió una asistencia adecuada por múltiples especialistas, realizándose cuantas pruebas eran precisas ante los síntomas que presentaba, por lo que se ha de afirmar que se respetó la *lex artis*.

Esa adecuación de la asistencia sanitaria prestada a la *lex artis* rompe el necesario nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y los

daños por los que se reclama, y, por ende, impide, al ser un requisito esencial para ello, el surgimiento de la responsabilidad de la Administración prestadora del servicio, por lo que se ha de concluir que la Propuesta de Resolución, que desestima la pretensión resarcitoria del reclamante, es conforme a Derecho.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, por la que se desestima la reclamación sanitaria al no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración, se considera conforme a Derecho.