

Expediente: 20/2019

Objeto: Solicitud de indemnización de daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios.

Dictamen: 21/2019, de 29 de abril

DICTAMEN

En Pamplona, a, 29 de abril de 2019,

el Consejo de Navarra, integrado por don Alfredo Irujo Andueza, Presidente, doña Socorro Sotés Ruiz, Consejera-Secretaria, doña María Ángeles Egusquiza Balmaseda, don José Luis Goñi Sein y don José Iruretagoyena Aldaz, Consejera y Consejeros,

siendo ponente doña Socorro Sotés Ruiz,

emite por unanimidad el siguiente dictamen:

I. ANTECEDENTES

I.1ª. Consulta

El día 11 de marzo de 2019 tuvo entrada en este Consejo un escrito de la Presidenta de la Comunidad Foral de Navarra en el que, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 15.1, en relación con el artículo 14.1 de la Ley Foral 8/2016, de 9 de junio, del Consejo de Navarra (en lo sucesivo, LFCN), se recaba la emisión de dictamen preceptivo sobre la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por doña... por presuntos daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios, solicitado por la Orden Foral 61E/2019, de 28 de febrero, del Consejero de Salud.

Se acompaña a la consulta el expediente administrativo tramitado como consecuencia de la indicada reclamación de responsabilidad patrimonial, incluyéndose la propuesta de resolución del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y la citada Orden Foral

61E/2019, del Consejero de Salud, por la que se solicita dictamen preceptivo de este Consejo de Navarra.

I.2ª. Antecedentes de hecho

Reclamación de responsabilidad patrimonial

El día 3 de enero de 2018, doña..., presenta reclamación de responsabilidad patrimonial ante el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea por presuntos daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios públicos sanitarios, como consecuencia del cual, y por el retraso en el diagnóstico sufrió un aneurisma arterial comunicante anterior que ha dado lugar a una situación de gran invalidez y dependencia total. En su escrito se analiza lo sucedido desde que el día 9 de diciembre de 2016 acudió al médico de atención primaria (en adelante, MAP), las reiteradas visitas efectuadas tanto al Centro de Salud de... como al... hasta que finalmente el día 21 de diciembre, tras un empeoramiento en su situación fue trasladada al...donde se le realizó una tomografía computerizada que objetiva un hematoma parenquimatoso en la región frontobasal izquierda, confirmándose la existencia de un aneurisma de la arteria comunicante anterior, siendo intervenida y trasladada a la UCI, complicándose el proceso evolutivo por hidrocefalia y vasoespasmo. Las secuelas que le han quedado a la señora... han dado lugar a que sea declarada por parte del Instituto de la Seguridad Social (INSS) en situación de gran invalidez y dependencia total.

Tras los fundamentos de derecho que se consideran de aplicación, relativos a la responsabilidad del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (en adelante, SNS-O) por mala praxis médica; y, evaluación económica de dicha responsabilidad, termina solicitando al SNS-O que se le indemnice en la cantidad de un millón quinientos mil euros (1.500.000 euros). Unidos a esta reclamación se han presentado los siguientes documentos:

- Informe pericial médico de la doctora....
- Informes médicos del inicio del proceso y evolutivos del mismo.

- Dictamen propuesta y Resolución del INSS de 24 de mayo de 2018, calificando a doña... como persona incapacitada permanentemente en grado de GRAN INVALIDEZ, siendo las limitaciones orgánicas y funcionales de conformidad con el diagnóstico de Barthel 0/100, de dependencia total.

Iniciación del procedimiento

Mediante Resolución 19/2018, de 18 de abril, del Jefe del Servicio de Régimen Jurídico del SNS-O se resuelve admitir a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por doña..., asignándole el número de expediente 21120/2018, nombrando instructora del procedimiento; informando que esta reclamación “puede implicar el acceso a los datos de su historia clínica que puedan estar relacionados con el objeto de la misma; e igualmente del plazo máximo para resolver y de los efectos que produce su transcurso sin haberse dictado resolución expresa. Esta resolución se notifica a la abogada de la reclamante mediante correo certificado.

Instrucción del procedimiento: Historia clínica

A petición de la instructora del procedimiento, se solicita la remisión por parte del... de una copia del historial médico de la señora... relacionada con los actos médicos realizados a la misma.

De la documentación médica aportada cabe señalar, al igual que lo hacen los informes médicos obrantes en el expediente, que los síntomas, patologías y actuaciones llevadas a cabo por los servicios sanitarios que relata la reclamación, son en términos generales coincidentes con las circunstancias que resultan de la documentación que integra la historia clínica de la paciente.

De la amplia documentación clínica aportada cabe destacar, como relevantes a los efectos de tomar en consideración en este dictamen, los siguientes extremos:

1.- Como antecedentes de la reclamante, de 41 años de edad, se pueden indicar los siguientes:

- Hipotiroidismo subclínico.

- Migraña con aura.
- Obesidad grado II.
- Hipercolesterolemia.
- Fumadora de 10/20 cigarros día. Bebedora ocasional.

2.- Se debe reseñar que durante el año 2016, tuvo varios episodios de migrañas. Así el día 18 de abril fue atendida por migrañas constando que había tenido dos episodios en diez días. El día 22 de agosto de 2016, doña... acudió a su MAP por tener cefalea parietooccipital derecha con pinchazos que le despiertan por la noche, pautándole medicación y remitiendo con ello los síntomas. Este episodio se vuelve a repetir el día 26 de agosto.

3.- El día 9 de diciembre de 2016, avisa al MAP por presentar cefalea frontal tipo presión con irradiación ocular y náuseas con vómitos. Se le pauta tratamiento farmacológico.

Al día siguiente acude de nuevo a su MAP por cuadro de cefalea intensa con sensación de “amrros occipital” con tensión cervical y congestión nasal. La exploración neurológica indica “no focalidad en pares craneales”, no pérdida de fuerza ni disimetrías. Se le da medicación para tratamiento de sinusitis y dolor.

El día 12 de diciembre tiene consulta en su centro de salud por cefalea frontal periorbitaria, acompañada de vómitos, con exploración neurológica normal, se reitera el seguimiento de los tratamientos pautados con anterioridad.

El día 13 de diciembre continúa con vómitos siendo la exploración anodina.

El 14 de diciembre, consta un aviso en su centro de salud dado que sigue con vómitos, presentando cefalea intensa, inestabilidad y un cuadro presincope al ir al baño, no habiendo mejorado pese a la analgesia. Presenta afectación del estado general con constantes correctas y no aparece focalidad neurológica. Se le remite al Servicio de Urgencias del...

para tratamiento y estudio dada la persistencia de los síntomas y la afectación.

4.- La paciente acude al Servicio de Urgencias del... el día 15 de diciembre, donde se le efectúa una exploración física consistente en toma de constantes vitales como presión arterial, pulso, temperatura corporal y medición de saturación de oxígeno, denotando un buen estado general. Se le observa la cabeza, la boca y la lengua; se le ausculta el ritmo cardiaco y pulmonar sin alteraciones significativas. En cuanto a la exploración del abdomen y extremidades no se observa nada anormal. En la exploración neurológica se muestra consciente y orientada temporoespacialmente, con lenguaje normal, sin rigidez de nuca, pupilas isocóricas y normorreactivas, no nistagmos. Pares craneales normales, tono muscular normal y fuerza conservada. Se le extrae analítica de sangre, en el RX de abdomen aparece "presencia de gas y heces en marco cólico", y se le pauta farmacología análoga a la que estaba tomando. Vuelven a valorar a la paciente en el Servicio de Urgencias a las horas de la primera evaluación, manteniendo estabilidad hemodinámica, refiriendo mejoría de cefalea, sin náuseas ni mareo, dándole de alta con dieta ante el diagnóstico de gastroenteritis aguda.

El día 19 de diciembre, vuelve a su Centro de Salud refiriendo mareos con cambios bruscos de posturas sin sensación de giro de objetos, la exploración física es anodina.

El día 21 de diciembre se avisa al Centro de Salud de que doña... ha sufrido mareo sin síncope con dolor frontal, malestar general y sin otra clínica, no presenta déficit sensitivo, anda bien, marcha estable, no Romberg y resto anodino. Se recomienda interconsulta en el Servicio de Neurología para valorar la cefalea persistente y resistente al tratamiento.

A las horas se recibe en el Centro de Salud un aviso urgente por empeoramiento de la paciente, con desorientación, falta de respuesta, movimientos oculares y relajación de esfínter urinario. Mientras se le realiza la exploración presenta cuadro de rigidez generalizada por lo que se le monitoriza y se le traslada con una ambulancia medicalizada al...

A su llegada al Servicio de Urgencias del... se le realiza TC “objetivándose en la TC basal un hematoma parenquimatoso en la región frontobasal izquierda, de aproximadamente 20 cc. El hematoma se extiende hasta el asta frontal, observándose una contaminación ventricular masiva secundaria, que se acompaña de una hidrocefalia. Pequeño componente de HSA en cisternas basales. En el estudio angiográfico se identifica un aneurisma sacular en relación con arteria comunicante anterior. La lesión presenta un diámetro máximo de 8 mm, y un cuello de aproximadamente 3 mm, y un contorno lobulado, con imagen focal lateral izquierda, en relación con el hematoma referido”.

El Servicio de Neurocirugía y el de Radiología Intervencionista deciden la colocación de un drenaje ventricular y embolización en segunda instancia, siendo trasladada a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) después de la intervención.

A las 72 horas, es decir, el día 24 de diciembre, se observa un marcado empeoramiento del vasoespasma establecido en la ACA A1 y A2 derecho y leve en ambas AMC. Se repite angioTAC y se objetiva la presencia de un vasoespasma moderado del segmento A1 de ACA derecha. Se le realizan sucesivas pruebas y tratamientos durante los 39 días que permanece en la UCI, rechazándose cualquier intervención endovascular.

A partir del día 29 de diciembre se produce un empeoramiento neurológico, en situación de tetraparesia. El día 5 de enero de 2017, se observa espasmo morfológicamente grave del segmento distal de ambas arterias vertebrales y del tronco vasilar, por lo que se decide realizar angioplastia con balón urgente del tronco basilar, sin complicaciones. A las 24 horas recupera la paciente la consciencia pero continúa en situación tetraparetica. Sucesivamente se le efectúan pruebas y tratamientos, entre ellos de rehabilitación, para paliar y determinar la situación de doña... En el TC craneal que se le hace el día 28 de enero, se objetiva una resolución del hematoma parenquimatoso fronto-basal izquierdo visualizado en estudio previo.

Se procede al alta de la paciente en la UCI el día 30 de enero de 2017, con su traslado a la planta del Servicio de Neurocirugía, estando consciente, con habla coherente, y polineuropatía en recuperación. Durante todo el tiempo permanece en planta hasta el día 28 de marzo de 2017, que se le da de alta con traslado al... para continuar la convalecencia. El diagnóstico principal al alta del... es de:

- “- HSA aneurismática H-H IV, Fisher IV.
- Hematoma parenquimatoso frontal izquierdo.
- Aneurisma de AcoA.
- Vasoespasmos de ACA A1 y A2 derecho y leve en ambas ACM (tratamiento conservador).
- Vasoespasmo grave de ambas arterias vertebrales y de la basilar. Angioplastia con balón urgente (05/1).
- Hidrocefalia comunicante.
- Polineuropatía sensitivo-motora de predominio sensitivo-motora de predominio axonal, en EEII y mayor compromiso en ambos CPEs. Inicio de denervación aguda.”

5.- En el informe de 28 de marzo de 2017, de la Unidad de Enfermería Norte Primero en cuanto a la continuidad de cuidados de enfermería se indica:

“Paciente incluida en circuito de crónicos: Pluripatológico. Alimentación. Tipo de alimentación: dieta oral. Dispositivos. Pañales: Sí. Movilización. Levantar al sillón: Sí. Cambios posturales: Sí. Reposo-sueño. Bien con medicación. Integridad cutánea (...) Higiene. Dependiente: Total. Necesidad de control (...). Estado neurológico. Consciente: Sí. Orientado: Sí. Agitado: No. Paciente que precisa de cuidados para higiene y movilización. Tetraparesia mas acusada en extremidades izdas, movilizaciones dolorosas, hipersensibilidad en zona glútea y posterior del muslo izdo. Portadora de pañal por incontinencia urinaria y necesidad de enemas para evacuación intestinal a pesar de llevar dieta rica en residuos. La paciente es capaz de comer sola si se le prepara la bandeja (abrirle cubiertos, botellín de agua...). Levantar al sillón con grúa mañana y tarde. Antiequinos nocturnos.”

6.- Como se ha indicado anteriormente, doña...es trasladada al..., donde permanece hasta el día 21 de septiembre de 2017.

En el informe de fecha 22 de septiembre de 2017, realizado por el referido centro hospitalario con motivo del alta de la paciente, constan los antecedentes personales de la paciente, así como que durante el ingreso se le dio tratamiento fisioterápico y terapia ocupacional, acudiendo a terapia de rehabilitación cognitiva en la... En la exploración psicopatológica realizada el 17 de julio, “mostró un cuadro clínico de una conducta eminentemente frontal, con desinhibición, inquietud, inatención, dependencia ambiental y falta de control de su conducta. Se añadió tratamiento dopaminérgico con amantadina y se modificó el hipnótico, para intentar mejorar impulsividad y atención, sin objetivarse en el transcurso cambios clínicos significativos”.

El día 13 de agosto es trasladada desde este hospital hasta el Servicio de Urgencias del... por presentar disminución de consciencia. Se le efectúan las pruebas oportunas y se le vuelve a trasladar al... con cambio de medicación.

En el momento del alta del... la paciente era dependiente en todas las actividades de la vida diaria. Barthel 10/100, presentando mejoría en cuanto al control del equilibrio en sedestación en las funciones cognitivas, aunque persiste afectación en áreas de memoria y funciones de ejecución lo cual provoca una total dependencia. Requiere de grúa para transferencias”.

Se le recomienda continuar con seguimiento por parte de Rehabilitación Neurológica de...

Al ser dada de alta presenta un diagnóstico al que hay que añadir al emitido por el... los siguientes aspectos:

- Hemorragia subaracnoidea aneurismática, Fisher IV.
- Secuelas motoras y cognitivas. Tetraparesia residual. Síndrome frontal con desinhibición.

7.- El 27 de octubre de 2017, se le programa una intervención de DVP que es un tratamiento de la hidrocefalia mediante derivación ventriculoperitoneal. “La paciente es intervenida el día 31 de octubre, practicándose implantación de válvula ventrículo peritoneal con Válvula

Stratta a rango de 1-5. La intervención transcurre sin incidencias. Se realiza TC craneal y (en la) Rx de abdomen donde no se observan alteraciones significativas. Durante la estancia en planta la paciente evoluciona de forma satisfactoria, sin desarrollar focalidad neurológica de novo ni complicaciones postquirúrgicas agudas.”

Se le da de alta el día 3 de noviembre de 2017, con el diagnóstico de “hidrocefalia no comunicante postHSA”.

8.- El día 17 de noviembre de 2017, acude de nuevo a Urgencias del..., por presentar episodios de convulsiones de 3 minutos de duración, tras las exploraciones físicas y pruebas complementarias, se le diagnostica de “crisis generalizada tónico-clónica en paciente con hidrocefalia no comunicante postHSA con colocación de válvula de derivación ventrículo peritoneal el 31/10/17. Infección de herida quirúrgica”.

El día 23 de noviembre se le ingresa en... “para la realización de una angiografía de control de aneurisma AcoA embolizado mediante dispositivo WEB”.

El día 15 de diciembre la reclamante es trasladada al Servicio de Urgencias del... por “crisis comicial”. Se le efectúa exploración física y pruebas complementarias incluido TC, dándole de alta con el juicio clínico de “crisis epiléptica en paciente con derivación ventrículo-peritoneal, sin datos de complicación en el momento actual”.

9.- El día 12 de enero de 2018, es ingresada en el Servicio de Neurología del... por presentar el día 11 de enero, nueva crisis de características epilépticas, intensa y prolongada. Consta en el informe de este servicio que se encuentra institucionalizada en el..., en situación de gran dependencia para la mayoría de actividades de la vida diaria. Se le da de alta hospitalaria el día 16 de enero con diagnóstico de “Status epiléptico generalizado secundario a epilepsia parcial sintomática vascular (...)”.

10.- El Instituto Nacional de la Seguridad Social dicta Resolución el 29 de mayo de 2017, por la que se aprueba la pensión de incapacidad

permanente, en el grado de GRAN INVALIDEZ, en base al dictamen-propuesta en el que se determina el siguiente cuadro clínico residual: “HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ANEURISMÁTICA, FISHER IV/IV. HEMATOMA PARENQUIMATOSO FRONTAL IZDO. ANEURISMA DE LA ARTERIA COMUNICANTE ANTERIOR. VASOESPASMOS DE ACA A1 Y A2 DERECHO Y LEVE EN AMBAS ACM. VASOESPASMO GRAVE EN AMBAS ARTERIAS VERTEBRALES Y DE LA BASISAR. HIDROCEFALIA COMUNICANTE. POLINEUROPATIA SENSITIVO-MOTORA EN EEII. Y las limitaciones orgánicas y funcionales siguientes: BARTHEL 0/100: DEPENDIENTE TOTAL”.

11.- El día 3 de enero de 2018, como ya se ha dicho, la reclamante presentó escrito de reclamación patrimonial por vulneración de la lex artis y pérdida de oportunidad frente al SNS-O.

12.- Mediante escrito de 18 de enero de 2019, de la instructora del procedimiento administrativo, se acuerda remitir a la interesada copia de los documentos incorporados al procedimiento que se relacionan a continuación:

- Historia clínica relacionada con los hechos alegados en la reclamación.
- Informe del Subdirector de Urgencias y Hospitalización.
- Informe del médico de E.A.P. de... e HCI de la asistencia sanitaria prestada en dicho Centro de Salud.
- Informe de la Jefa del Servicio de Neurocirugía del....
- Informe médico pericial de... de fecha 11 de diciembre de 2018.

Se abre el trámite de audiencia, y se le otorga un plazo de 10 días hábiles, durante el cual la interesada puede formular nuevas alegaciones y presentar los documentos y justificaciones que estime pertinentes.

13.- El día 30 de enero de 2019, se formulan alegaciones por parte de la reclamante, reiterando lo ya manifestado en su escrito inicial de

reclamación así como la cantidad indemnizatoria solicitada. Con el escrito se aporta un artículo médico denominado “Diagnóstico Clínico del ictus” de la Guía Práctica Clínica para el manejo de pacientes con ictus en atención primaria.

14.- Consta el Informe Jurídico emitido por la Técnica de Administración Pública (Rama Jurídica) y el Jefe de la Sección de Asistencia Jurídica en las Relaciones con la Ciudadanía, todo ello con el visto bueno del Jefe del Servicio de Régimen Jurídico del SNS-O de fecha 14 de febrero de 2019, del que hablaremos en capítulo aparte y que fundamenta la propuesta de Resolución.

Informes

A solicitud de la instructora del expediente, han emitido informes: el Subdirector de Urgencias y Hospitalización del...; el doctor..., médico de las localidades de... y..., pertenecientes al Centro de Salud de...; y la jefa del Servicio de Neurocirugía del....

- En el informe del Subdirector de Urgencias y Hospitalización del... de 15 de mayo de 2018, se relatan las intervenciones realizadas los días 15 y 21 de diciembre de 2016. Cabe destacar en el resumen que “podría haber sido razonable hacer un TAC craneal el día 15, aunque el contexto en el que viene de atención primaria con el diagnóstico de sinusitis, tratamiento antibiótico y sobre todo la buena respuesta al dolor hacen que tampoco sea incorrecto haber recomendado reposo y vigilancia domiciliaria”.

- El informe del doctor... de 26 de abril de 2018, MAP del Centro de Salud de..., señala que “se adjunta copia de registro de actuaciones en el episodio de migraña. En él se objetiva que la atendí en una ocasión en su domicilio por cuadro de «vómitos biliosos sin fiebre y exploración anodina», poniendo tratamiento con Primperan y dieta líquida. Que los días 19, 20 y 21 de diciembre de 2016 me encontraba de vacaciones”. Se acompaña copia del registro de actuaciones en el episodio de migraña.

- En el informe de la Jefa de Servicio de Neurocirugía de 25 de abril de

2018, se hace constar lo siguiente:

“El Servicio de Neurocirugía no está implicado en dicho retraso en el diagnóstico, sino que valoramos a la paciente una vez diagnosticada la patología de «hemorragia subaracnoidea» y nuestra actuación posterior se corresponde a la «Lex Artis»”. Se acompañan copias de los informes clínicos que se encuentran en la historia de la paciente y que recogen la atención dispensada por parte de dicho servicio.

Dictámenes médicos

1.- Consta en el expediente, el informe pericial médico realizado a instancias de la reclamante, por doña..., licenciada en Medicina y Cirugía, médico del trabajo, máster en valoración del daño corporal, máster en valoración de la discapacidad y dependencia, técnica superior de prevención de riesgos laborales, y perito judicial en prevención de riesgos laborales.

En este informe tras enumerar las fuentes en las que basa su informe, hace un resumen de cómo sucedieron los hechos, y efectúa las consideraciones médicas que se reseñan a continuación:

“La hemorragia subaracnoidea (HSA) se define como la presencia de sangre en el espacio subaracnoideo y en las cisternas de la base.

Se clasifican según su etiología en traumáticas o espontáneas, y estas últimas pueden deberse a la ruptura de aneurismas intracraneales o malformaciones arteriovenosas, problemas vasculares (vasculitis, disecciones arteriales, trombosis cortical...), tumores que sangran en el espacio subaracnoideo o no detectarse su causa. El 80% de las HSA están originadas por la rotura de aneurismas intracraneales. La HSA es una patología con una elevada morbimortalidad. Por este motivo es crucial llegar cuanto antes a un diagnóstico definitivo de esta entidad, para poder planificar las pruebas diagnósticas y el plan terapéutico necesario.

La HSA es una emergencia médica, siendo esencial su diagnóstico precoz e ingreso para tratamiento del paciente en un medio adecuado.

La evolución depende de varios factores: extensión, zona de lesión dañada, rapidez con la que se logra restablecer el cuadro y el estado de salud previa.

El primer paso para su diagnóstico será la sospecha clínica. El síntoma más frecuente es la cefalea, que suele ser de inicio brusco, intensa, continua, relacionada con el ejercicio o maniobras de Valsalva, y que puede ir seguido de otros síntomas como náuseas, vómitos, fotofobia, síntomas meníngeos, signos neurológicos focales, y pérdida de conciencia.

A veces estos pacientes refieren los días previos una cefalea “centinela” por un pequeño sangrado.

Las cefaleas son un motivo común de consulta en los servicios de urgencias. La mayoría de los pacientes presentan cefaleas primarias (migrañas y cefalea tensional), pero el dolor de cabeza puede ser el síntoma de una enfermedad que compromete a la vida del individuo como la hemorragia subaracnoidea. El abordaje diagnóstico del paciente con cefalea consiste en diferenciar los pacientes con cefalea primaria de los que presentan una etiología secundaria, valorar la necesidad de solicitar exploraciones complementarias y tratar adecuadamente el dolor. La anamnesis permite diferenciar las de falacias primarias de las secundarias en la mayoría de los casos. Existen una serie de síntomas de alarma que obligan a excluir causas secundarias.

Criterios “de alarma”: los hallazgos de la anamnesis y la exploración física detalladas van a permitir identificar los denominados criterios “de alarma” que sugieren una etiología secundaria o proceso subyacente. Los síntomas de alarma, entre otros, son cefalea intensa refractaria al tratamiento, inestabilidad, vómitos, rigidez cervical, empeoramiento de una cefalea crónica.

Una vez establecida la sospecha clínica de la HSA, la prueba diagnóstica inicial en el Servicio de Urgencias será la Tomografía Axial Computerizada (TAC), sin contraste, que puede demostrar la presencia de sangre en las cisternas basales o el espacio subaracnoideo, y además puede indicar su localización, intensidad y si existe sangre intraparenquimatosa o intraventricular. La sensibilidad y especificidad de la TAC cerebral para el diagnóstico de HSA son superiores a 98%. La TAC es la herramienta clave de diagnóstico.

¿Qué hubiera ocurrido si ante los signos de alarma se realiza una prueba de imagen específica?

Consideramos razonable dicho cuestionamiento, porque esta patología es tiempo-dependiente por lo que el tratamiento precoz reduce la mortalidad y mejora el pronóstico.

Existen evidencias de que el acortamiento del plazo del diagnóstico se traduce en diferencias en la evolución neurológica porque la demora diagnóstica se asocia a un peor pronóstico. Cabe la pregunta de cómo

es posible que en siete visitas a su MAP y a urgencias en un periodo breve de 13 días se diagnostiquen cuatro patologías diferentes (sinusitis, tortícolis, vértigos y gastroenteritis) sin atender al hecho de una cefalea inusual en un paciente con patrón establecido de dolor (migraña con aura) que no responde a ningún tratamiento prescrito y que además se acompaña de cortejo sintomático clave para el diagnóstico de hemorragia subaracnoidea.

Existen datos que permiten establecer que se deja de prescribir una prueba necesaria para el diagnóstico de hemorragia subaracnoidea y que de haberse efectuado hubiera podido cambiar el pronóstico y la evolución”.

2.- Informe médico pericial emitido por la doctora doña... número de colegiada.... Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria Máster en Salud Pública y Gestión de servicios sanitarios Máster en Medicina de Emergencias. Experta Europea en Gestión de Calidad. Diploma de gestión de unidades clínicas. Certificado de Medicina de Urgencias (SEMES). Médico de UVI móvil y de helicóptero sanitario. Médico de barco de pasajeros. Perito de la APJCCAM. (Asociación de Peritos Judiciales Colaboradores con la Comunidad de Madrid). Fundadora de la Asociación Española de Emergencias (AEM). Autora del libro “El ABC de la Resucitación Cardiopulmonar Pediátrica”, “Primeros auxilios”, “Asistencia Sanitaria Especial en Situaciones de Emergencias” tomos I y II. Edit. Aran, 2008 y otros. Ex Directora ejecutiva de la revista “Puesta al Día en Urgencias, Emergencias y Catástrofes”. Este informe se efectúa por encargo de..., entidad que lo hace a instancias de la aseguradora que cubre las responsabilidades patrimoniales del SNS-O.

En dicho informe se determinan las fuentes que han servido para la elaboración del informe, es decir, los informes médicos que se han tenido en consideración para la evaluación del mismo; el resumen de los hechos acaecidos a doña...; las consideraciones médicas: qué es una hemorragia subaracnoidea, los tipos de aneurisma, los síntomas, otros conceptos a tener en cuenta; qué es una migraña: causas fisiológicas de la migraña, epidemiología de la migraña, factores precipitantes, y, tratamiento de la crisis. Se analiza la práctica médica en relación con los antecedentes de la paciente y con los hechos que motivan la reclamación, tanto en relación con

el Centro de Atención primaria como respecto a la asistencia médica que se le dispensó en el Servicio de Urgencias del... el día 15 de diciembre de 2016.

Las conclusiones generales tras el estudio referido son las siguientes:

“1.- Doña... presentaba antecedentes de migraña crónica, tratada con triptanes, de años de evolución. Venía padeciendo migrañas hemicraneales desde la infancia acompañadas de foto y sonofobia de 24 horas de duración. Es más, sólo en el año 2016, y antes del evento, acudió al médico y cursó baja laboral por episodios de migraña en 4 ocasiones.

2.- La actuación por parte de atención primaria fue la correcta, ya que desde el primer día que acudió y tratándose de una paciente con migraña crónica, fue nuevamente explorada, valoradas sus constantes vitales y asistida como si fuera la primera vez, consideración a tener muy en cuenta en los pacientes crónicos que acuden por síntomas de su patología habitual. Aun así y viendo que no terminaba de ceder y a que las manifestaciones eran algo diferentes a los episodios pasados, la doctora la derivó al Hospital para una valoración más amplia.

3.- La actuación por parte del Servicio de URGENCIAS del hospital fue la correcta en todo momento, pues se la exploró de cabeza a los pies por aparatos (incluyendo exploración neurológica), se la mandó realizar pruebas diagnósticas (RX abdomen) y se le pidió una analítica. Además, se la dejó unas horas en observación y sólo se la dio el alta, cuando el médico que la asistió determinó que había mejorado y que no había ningún motivo para prolongar su estancia o ingresarla. Para ello, mantuvo el tratamiento antibiótico y le añadió primperán en caso de volver los vómitos.

4.-... no tenía apenas factores de riesgo que la favorecieran padecer una Hemorragia subaracnoidea.

5.- La presentación de la Hemorragia Subaracnoidea suele ser de forma brusca, con pérdida o disminución de nivel de conciencia, focalidad neurológica, crisis epilépticas y otros signos de gravedad, que conducen a la persona que lo sufre inmediatamente al hospital, lo que no sucedió en el presente caso, que mostró una forma de presentación totalmente atípica.

6.- Nos encontramos con el desgraciado caso de una joven que lleva sufriendo migrañas desde su infancia y que de pronto sufre un hematoma parenquimatoso región frontobasal izquierdo por un aneurisma de la arteria comunicante anterior con tórpida evolución y secuelas permanentes.

7.- Las consecuencias de toda hemorragia intracerebral son imprevisibles y depende de la cuantía de la sangre, la evolución del cuadro, la edad y capacidad de recuperación de la persona, pero en el caso de..., hay que decir que tuvo especial mala suerte en su tórpida recuperación, con algunas complicaciones que apenas guardaban relación con el derrame cerebral que sufrió, pero que guardan relación con las consecuencias que la han ocasionado la Gran Invalidez.”

La conclusión final termina diciendo que:

“Para valorar este caso, hay que tener en consideración que la forma de manifestarse una migraña y una hemorragia cerebral, puede ser la misma. Quizás, si fuera el primer cuadro de migraña que doña... hubiese padecido, se le hubiese prestado especial atención, pero tratándose de una persona que se conocía las crisis y los síntomas y que ya estaba siendo tratada, sólo se la derivó a Urgencias, cuando la doctora de Atención Primaria, consideró que podría tratarse de un evento diferente.

Del mismo modo, hay que tener en cuenta, que la presentación de su ictus hemorrágico, no se hizo de forma habitual (brusca), sino de forma abigarrada y sin poder precisar desde cuándo lo tenía.

En cualquier caso y viendo las circunstancias en las que se desarrolló su asistencia y tratamiento, así como sus exploraciones neurológicas anodinas cada vez que se la valoró, esta perito no observa que se haya realizado una mala praxis, así como omisión de socorro ni negligencia, sino todo lo contrario, se ha actuado desde el principio acorde a los síntomas que presentaba y a los avisos que la propia... daba, actuando acorde a *lex artis ad hoc* en todo momento”.

Trámite de audiencia y alegaciones

Mediante escrito de 18 de enero de 2019, la instructora dio trámite de audiencia a la interesada por un periodo de 10 días hábiles, para que pudiera formular nuevas alegaciones, aportar los documentos y justificaciones que estimase pertinentes, dándosele copia de todos los documentos médicos incorporados al procedimiento como son: la historia clínica de doña... relacionada con los hechos objeto de la reclamación, remitida por el Gerente del...; informe del Subdirector de Urgencias y Hospitalización del..., del médico de Atención Primaria de las localidades de... y..., pertenecientes al Centro de Salud de...; informe de la Jefa del

Servicio de Neurocirugía del...; y, por último, del dictamen médico legal realizado por... a instancias de la aseguradora de la Administración.

En virtud, del traslado conferido y de la documentación obrante en el expediente, la letrada de doña..., formaliza en plazo, escrito de alegaciones reiterando la mala praxis por parte del SNS-O, analizando los informes de los médicos de los servicios especializados del SNS-O y el informe pericial médico aportado por... de forma somera. Se reafirma en su escrito inicial de reclamación, y en la cantidad reclamada sin que respecto a ésta se haga descripción alguna acerca de la naturaleza y características de los importes que conforman la misma.

Termina su escrito considerando, como ya solicitó en su escrito de reclamación inicial, la obligación de la Administración de indemnizar a la reclamante en los mismos términos que su reclamación. Se acompaña un artículo médico denominado “Diagnóstico Clínico del ictus” de la Guía de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con ictus en atención primaria.

Propuesta de resolución

La propuesta de resolución precedida de un informe jurídico de fecha 14 de febrero de 2019, de la que es fiel reflejo, desestima íntegramente la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por doña... por presuntos daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios públicos.

En el capítulo de los antecedentes de hecho, se mencionan los episodios más significativos en la evolución médica de la reclamante. Así en sus fundamentos de derecho, además de hablar acerca de la naturaleza de la responsabilidad patrimonial de la Administración, se centra en la derivada de la asistencia sanitaria, citando sentencias al respecto. Centrándose en el supuesto que nos ocupa, se hace referencia al contenido y a las conclusiones del dictamen pericial médico efectuado por... a instancias de la aseguradora de la Administración.

En consecuencia, se propone desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por doña..., por presuntos daños y perjuicios ocasionados en relación con el retraso en el diagnóstico de un aneurisma de la arteria comunicante anterior.

Finalmente se considera que procede solicitar dictamen del Consejo de Navarra, de acuerdo “con lo dispuesto en el apartado d) del artículo 82.1 de la Ley Foral 15/2004, de 3 de diciembre, de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra, y en el apartado i) del artículo 14.1 de la Ley Foral 8/2016, de 9 de junio, del Consejo de Navarra, dado que el importe de la indemnización solicitada en la reclamación (1.500.000 euros) supera el límite establecido para la consulta preceptiva del Consejo de Navarra, procedería solicitar dictamen del citado órgano consultivo.”

II. CONSIDERACIONES JURIDICAS

II.1ª. Carácter preceptivo del dictamen

La consulta que se nos efectúa versa sobre una reclamación formulada por doña... por los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria, siendo responsable de los mismos el SNS-O, dependiente de la Administración Foral de Navarra, solicitando una indemnización de un millón quinientos mil euros (1.500.000 €).

Por tanto, el dictamen del Consejo de Navarra tiene carácter preceptivo, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 14.1.i) de la LFCN.

En consecuencia, de acuerdo con los preceptos citados, este Consejo emite dictamen al ser preceptivo dado que la consulta versa sobre una reclamación de indemnización por daños y perjuicios de cuantía superior a trescientos mil euros (300.000 €).

II.2ª. Sobre competencia y tramitación del procedimiento

La Ley Foral 15/2004, de 3 de diciembre, de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra (en adelante, LFACFN), regula en sus artículos

80 y siguientes el procedimiento en materia de responsabilidad patrimonial. En el procedimiento general se contemplan sucesivamente la práctica de las pruebas que se declaren pertinentes, solicitud de otros informes necesarios, audiencia de los interesados, dictamen del Consejo de Navarra cuando sea preceptivo, propuesta de resolución y por último resolución definitiva por el órgano competente y su posterior notificación (artículo 82).

Por otro lado, la determinación del órgano competente para dictar la resolución se atribuye en el artículo 116 de la LFACFN, en los supuestos derivados de responsabilidad patrimonial a la Presidencia o Dirección de la Gerencia de los respectivos organismos autónomos de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra.

En cuanto a la tramitación de este procedimiento, se han incorporado al expediente los documentos necesarios para conocer las circunstancias a tener en cuenta en la atención prestada a la reclamante, obrando en el mismo su historial clínico, los informes emitidos por los distintos servicios médicos; el informe médico pericial aportado con la reclamación; así como el informe de la asesoría médica... en relación con los hechos objeto de la reclamación. Se ha dado trámite de audiencia a la reclamante, con traslado de copias de todo lo obrante en el expediente para presentación de alegaciones y de la documentación que estimara necesaria para la defensa de sus intereses, todo ello previo a la propuesta de resolución, trámite que se ha cumplimentado debidamente.

Con base en lo anterior, consideramos que en términos generales se ha dado cumplimiento a la normativa aplicable por lo que el procedimiento seguido se considera correcto.

II.3ª. La responsabilidad patrimonial de la Administración por asistencia sanitaria: regulación y requisitos

Como se ha repetido por este Consejo de Navarra en dictámenes anteriores, la responsabilidad patrimonial de la Administración es una institución de garantía de los ciudadanos prevista en el artículo 106.2 de la Constitución Española (CE), encontrándose su regulación en los artículos 32

a 37 (capítulo IV del título preliminar) de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP).

El punto de partida lo constituye el artículo 32.1 de la LRJSP, a cuyo tenor “los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico que soportar de acuerdo con la Ley.”

“En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas” (artículo 32.2). “Solo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existente en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales y económicas que las leyes puedan establecer en estos casos. (...)” (artículo 34.1). La indemnización se calculará con arreglo a los criterios de valoración establecidos en la legislación fiscal, de expropiación forzosa y demás normas aplicables, ponderándose, en su caso, las valoraciones predominantes en el mercado. En los casos de muerte o lesiones corporales se podrá tomar como referencia la valoración incluida en los baremos de la normativa vigente en materia de seguros obligatorios y de la Seguridad Social” (artículo 34.2). Los interesados solo podrán solicitar el inicio de un procedimiento de responsabilidad patrimonial, cuando no haya prescrito su derecho a reclamar. El derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo (artículo 67.1 de la LPACAP).

La carga de la prueba de los hechos necesarios para que exista la responsabilidad corresponde a quien reclama la indemnización; y, en

cambio, corre a cargo de la Administración la prueba del correcto funcionamiento del servicio o de la existencia de fuerza mayor o de circunstancias demostrativas de la existencia de dolo o negligencia de la víctima suficientes para considerar roto el nexo causal (STS de 13 de julio de 2000, entre otras).

Por su parte, el artículo 77.1 de la LFACFN, dispone que, mediante el procedimiento establecido en la misma, la Administración de la Comunidad Foral de Navarra podrá reconocer el derecho a indemnización de los particulares por las lesiones que sufran en cualesquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la ley.

II.4ª. La relación de causalidad y antijuridicidad del daño: cumplimiento de la “lex artis” y la denominada “pérdida de oportunidad”

De acuerdo con lo señalado por este Consejo en dictámenes anteriores (entre otros, siendo los más recientes de 6/2018, de 5 de marzo, 34/2018 de 17 de octubre, 2/2019 de 21 de enero, 12/2019 de 11 de marzo), el sistema real de responsabilidad patrimonial de la Administración viene dotado de naturaleza objetiva, pero cuando nos encontramos ante una prestación pública en el ámbito sanitario, la traslación del principio de objetividad puede dar lugar a resultados no solo contrarios a un elemental principio de justicia, sino también a la función del instituto indemnizatorio, por ello reiterada jurisprudencia señala que el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración no convierte a las Administraciones Públicas en aseguradoras universales a las que quepa demandar responsabilidad por el sólo hecho de la producción de un resultado dañoso (SSTS de 16 de marzo de 2005, 20 de marzo de 2007 y 26 de junio de 2008); y, por otro lado como también ha recordado el Tribunal Supremo (SSTS de 19 de junio de 2001 y 4 de marzo de 2006), no es suficiente para que exista responsabilidad patrimonial la apreciación de deficiencias en la

atención médica prestada, sino que es necesario, además, que el perjuicio invocado cuya reparación se pretende sea una consecuencia o tenga como factor causal dicha prestación sanitaria.

En el ámbito de la Administración sanitaria, en la medida en que no es posible garantizar en toda circunstancia la curación de los enfermos, se viene utilizando como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios, a los efectos de determinar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, el criterio de la “lex artis”, pues la obligación del profesional sanitario se concreta en prestar la debida asistencia al paciente.

En este sentido, la STS, Sala 3ª, de 23 de febrero de 2009 - citada en la de 18 de diciembre de 2009 - resume sintéticamente la doctrina en este ámbito señalando que "la responsabilidad de las administraciones públicas, es de talante objetivo porque se focaliza en el resultado antijurídico (el perjudicado no está obligado a soportar el daño) en lugar de en la índole de la actuación administrativa, se modula en el ámbito de las prestaciones médicas, de modo que a los servicios públicos de salud no se les puede exigir más que ejecuten correctamente y a tiempo las técnicas vigentes en función del conocimiento de la práctica sanitaria. Se trata, pues, de una obligación de medios, por lo que sólo cabe sancionar su indebida aplicación, sin que, en ningún caso, pueda exigirse la curación del paciente (...). Los ciudadanos tienen derecho a la protección de su salud (artículo 43, apartado 1, de la Constitución), esto es, a que se les garantice la asistencia y las prestaciones precisas [artículos 1 y 6, apartado 1, punto 4, de la Ley General de Sanidad y 38, apartado 1, letra a), del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social] con arreglo al estado de los conocimientos de la ciencia y de la técnica en el momento en que requieren el concurso de los servicios sanitarios (artículo 141, apartado 1, de la Ley 30/1992); nada más y nada menos”.

Continúa diciendo la sentencia que “esta peculiar configuración exige de quien reclama que justifique, al menos de modo indiciario, que se ha producido por parte de las instituciones sanitarias un mal uso de la lex artis.

Esta prueba puede ser, como acabamos de indicar, la de presunciones, admitida actualmente en nuestro derecho por el artículo 386 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, de modo que si, a partir de circunstancias especiales debidamente probadas y acreditadas, se obtiene, mediante un enlace preciso y directo conforme a las reglas del criterio humano, que el daño que sufre el paciente resulta desproporcionado y desmedido con el mal que padecía y que provocó la intervención médica, cabrá presumir que ha mediado una indebida aplicación de la *lex artis*.

Por otra parte, la denominada "*lex artis*" se identifica con el "estado del saber", considerando como daño antijurídico aquel que es consecuencia de una actuación sanitaria que no supera dicho parámetro de normalidad. En este sentido, el artículo 32.1 de la LRJSP señala que "los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley".

En el presente caso nos encontramos con una reclamación patrimonial en la que se alega negligencia médica y "pérdida de oportunidad" derivadas del retraso en el diagnóstico de una aneurisma de la arteria comunicante anterior, lo que produjo en la reclamante gravísimas lesiones que han dado lugar a postrarle en una situación de gran invalidez y por ello, con dependencia de una tercera persona para todos los actos de su vida.

La pérdida de oportunidad constituye una figura alternativa a la quiebra de la "*lex artis*", que permite una respuesta indemnizatoria en los casos en que tal quiebra no se ha producido y, no obstante, concurre un daño antijurídico, consecuencia del funcionamiento del servicio sanitario. Es decir, la pérdida de oportunidad puede hacerse valer más allá de la infracción de la "*lex artis*". La razón de la acogida por parte de la jurisprudencia de esta doctrina se mueve en distinto plano que el de la "*lex artis*", concretamente se sitúa en el terreno de la incertidumbre.

La sentencia del Tribunal Supremo número 462/2018, de 20 de marzo, de la Sala de lo Contencioso-Administrativo, hace una recopilación de las sentencias más notorias que se han dictado acerca de la denominada “pérdida de oportunidad” y dice en su fundamento de derecho noveno:

“(…) Nuestras sentencias de 19 de octubre de 2011 RC 5893/2006 y 22 de mayo de 2012 RC 2755/2010 dicen: «la denominada "pérdida de oportunidad" se caracteriza por la incertidumbre acerca de que la actuación médica omitida pudiera haber evitado o mejorado el deficiente estado de salud del paciente, con la consecuente entrada en juego a la hora de valorar el daño así causado de dos elementos o sumandos de difícil concreción, como son el grado de probabilidad de que dicha actuación hubiera producido el efecto beneficioso, y el grado, entidad o alcance de éste mismo».

Como, por otra parte, señala también la más reciente Sentencia de 27 de enero de 2016 RC 2630/2014:

«En el caso enjuiciado, lo que se considera indemnizable es la pérdida de oportunidad que se produjo como consecuencia del retraso (...). Sobre la base de un supuesto de hecho diferente, como el aportado de contraste, se pretende una modificación al alza de la cuantía concedida. Y, es sabido, el "quantum" de la indemnización no es susceptible de ser combatido en casación.

Es decir, no se ha apreciado que haya mala praxis, sino pérdida de oportunidad, conceptos que no son estrictamente equiparables (...).

En la sentencia de 3 de diciembre de 2012, recurso de casación número 2892/2011, entre otras, se dice: «*Podemos recordar la Sentencia de esta Sala y Sección de veintisiete de septiembre de dos mil once, recurso de casación 6280/2009, en la que se define la doctrina de la pérdida de oportunidad, recordando otras anteriores*»:

Como hemos dicho en la Sentencia de 24 de noviembre de 2009, recurso de casación 1593/2008:

«La doctrina de la pérdida de oportunidad ha sido acogida en la jurisprudencia de la Sala 3ª del Tribunal Supremo, así en las sentencias de 13 de julio y 7 de septiembre de 2005, como en las recientes de 4 y 12 de julio de 2007, configurándose como una figura alternativa a la quiebra de la *lex artis* que permite una respuesta indemnizatoria en los casos en que tal quiebra no se ha producido y, no obstante, concurre un daño antijurídico consecuencia del funcionamiento del servicio. Sin embargo, en estos casos, el daño no es el material correspondiente al hecho acaecido, sino la incertidumbre en torno a la secuencia que hubieran tomado los hechos de haberse

seguido en el funcionamiento del servicio otros parámetros de actuación, en suma, la posibilidad de que las circunstancias concurrentes hubieran acaecido de otra manera. En la pérdida de oportunidad hay, así pues, una cierta pérdida de una alternativa de tratamiento, pérdida que se asemeja en cierto modo al daño moral y que es el concepto indemnizable. En definitiva, es posible afirmar que la actuación médica privó al paciente de determinadas expectativas de curación, que deben ser indemnizadas, pero reduciendo el montante de la indemnización en razón de la probabilidad de que el daño se hubiera producido, igualmente, de haberse actuado diligentemente. (FD 7º)».

En definitiva, como afirma la Sentencia de 21 de diciembre de 2012 RC 4229/2011, la doctrina de la pérdida de oportunidad "existe en aquellos supuestos en los que es dudosa la existencia de nexo causal o concurre una evidente incertidumbre sobre la misma". En este sentido cumple señalar que se trata de una regla de imputación causal alternativa a la tradicional resultante de las cláusulas generales de responsabilidad ("un régimen especial de imputación probabilística", atendiendo a lo establecido por la Sala Primera de este Tribunal: Sentencia de 16 de enero de 2012)".

En la actuación médica dispensada a la reclamante, no se ha producido una quiebra de la "lex artis", sí en cambio, hay elementos a tener en consideración por lo que se puede encuadrar este supuesto dentro de la denominada "pérdida de oportunidad". Por lo tanto, y en aplicación de la actual doctrina, procedemos a analizar las actuaciones médicas dispensadas a la reclamante en dos periodos determinados, por un lado, las que se le dispensaron en el Centro de Salud por parte de los servicios médicos de atención primaria, y por otro lado, las atenciones medicas recibidas en el Servicio de Urgencias del....

A) Acerca de las actuaciones medicas en el Centro de Salud de...

En relación con las actuaciones médicas que se produjeron los días 9, 10, 12, 13 y 14 de diciembre de 2016, se considera oportuno traer a colación los antecedentes clínicos de la paciente y especialmente el hecho de ser una enferma crónica de migrañas con aura en tratamiento con triptanes, en los momentos de crisis, desde al menos el año 2008, según obra en la documentación médica del expediente. También hay que reseñar que durante ese año 2016, en concreto el día 18 de abril fue atendida por

migrañas constando que había tenido dos episodios en diez días y así mismo que el día 22 de agosto acude también al centro de salud por cefalea paretooccipital derecha y el día 26 de octubre de nuevo por migraña.

De acuerdo con las conclusiones del informe de... acerca de la actuación médica del MAP, se considera que la misma fue correcta puesto que en todo momento fue atendida, explorada físicamente, se le efectuaron tomas de tensión y constantes vitales y se hicieron cambios en su medicación. Tomando la decisión correcta su médico de remitirle al Servicio de Urgencias del... en el momento en que doña... no respondía a ninguno de los tratamientos pautados.

Se considera, en virtud de lo expuesto y teniendo en cuenta el informe de... que las actuaciones médicas de su MAP fueron las adecuadas.

B) Acerca de la actuación del Servicio de Urgencias del... el día 15 de diciembre de 2016

Discrepamos del informe de... y por ello, también, de la propuesta de resolución, puesto que cuando doña... acude a dicho centro hospitalario derivada por su médico, ya constaba en su historial informatizado, las atenciones realizadas en el Centro de Salud, el hecho de que había acudido en cinco ocasiones y que pese al tratamiento y los cambios en el mismo, la sintomatología no remitía, no adoptándose otras medidas o efectuándose otras pruebas que quizás hubieran sido las necesarias y oportunas. Por el contrario, se le explora físicamente, como es habitual, incluida una exploración neurológica, se le hace análisis de sangre y tras unas horas en observación se le remite de nuevo a su domicilio con un diagnóstico de gastroenteritis aguda.

El día 21 de diciembre ante el agravamiento de la sintomatología vuelve a acudir a su Centro de Salud, al producirse mareo sin síncope y cefalea periorbitaria, donde le realizan exploración neurológica que resulta anodina, y le recomiendan el estudio por parte del Servicio de Neurología, mas tarde se avisa del empeoramiento de la paciente con consciencia disminuida y rigidez generaliza, por ello se le traslada en ambulancia

medicalizada al..., realizándole nada más llegar una TC objetivándose en “la TC basal un hematoma parenquimatoso en la región frontobasal izuierda, de aproximadamente 20 cc”. Se decide por el Servicio de Neurocirugía y el de Radiología Intervencionista la colocación de drenaje ventricular y embolización en segunda instancia.

Nos encontramos ante la incertidumbre de saber si el día 15 de diciembre fue convenientemente atendida y, por ello, cuestionar si en el caso de que se le hubiera realizado la TC cerebral, como la que se le realizó el día 21 de diciembre, hubiera sido posible detectar el hematoma parenquimatoso que se desarrolló, lo que hubiera dado lugar a la procedencia de una intervención con las técnicas quirúrgicas adecuadas, y en base a ello si se hubiera podido evitar o al menos aminorar las gravísimas secuelas que presenta en la actualidad la reclamante. Lo cierto es, que en el momento de los hechos se contaba con la posibilidad de realizar pruebas diagnósticas irrefutables como es la TC y con técnicas quirúrgicas que de haberse utilizado en su momento quizás no estuviéramos hablando de una situación de gran invalidez y dependencia.

Al efecto nos hemos de atener a los informes periciales médicos aportados tanto por la reclamante como por la aseguradora de la Administración; a los informes facilitados por los servicios médicos del... y por el Centro de Atención Primaria; y, a las recomendaciones efectuadas en la “Guía de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con ictus en atención primaria”, en relación con el diagnóstico de ictus.

Se indica en el informe de... la paciente no tenía factores de riesgo asociados al ictus, y en cambio en la referida guía de práctica clínica se indica que entre los factores de riesgo se encuentran entre otros: la hipertensión, la obesidad, el consumo de alcohol y tabaco, el síndrome metabólico y las migrañas, antecedentes que aparecen en los informes médicos de doña... Igualmente se dice que en todas las visitas que efectúa a su MAP no se refiere por la misma que los síntomas fueran diferentes a los habituales, ante ello hay que decir, que lo que no resulta normal es que acudiera hasta en siete ocasiones a su MAP, donde le fueron cambiando de

diagnóstico y de medicación y que sus síntomas lejos de mejorar hubieran ido empeorando.

Es de reseñar, que ante la complicada situación médica que se le presentó al MAP, tras todo este periplo de visitas y atenciones dispensadas sin resultado, se tomó la determinación de remitir a la paciente al...al objeto de que se le hiciera, con carácter de urgencia, cuantas pruebas fueran necesarias para un correcto diagnóstico y si procediera, las intervenciones médico-quirúrgicas necesarias.

Se debe destacar que en el informe del Subdirector del Servicio de Urgencias y Hospitalización del..., se indica que “podría haber sido razonable hacer un TAC craneal el día 15, aunque el contexto en el que viene de atención primaria con el diagnóstico de sinusitis, tratamiento antibiótico y sobre todo la buena respuesta al dolor hacen que tampoco sea incorrecto haber recomendado reposo y vigilancia domiciliaria”.

En la guía de manejo de pacientes con ictus, se señala que sí se presenta sintomatología en la que resulta difícil discernir entre un ictus y patologías con cuadros similares se debe proceder como si se tratase de un ictus y así no demorar el tratamiento en el caso de que éste sea necesario.

Se entiende, como así se analiza en el informe pericial de la doctora..., que durante todo el proceso había motivos de “alarma” como eran la cefalea intensa refractaria al tratamiento, inestabilidad, vómitos, rigidez cervical, empeoramiento de una cefalea crónica y que por ello la prueba principal y primordial que hubiera determinado el aneurisma y la hemorragia subdural era la TC cerebral, herramienta clave en el diagnóstico por su sensibilidad y especificidad.

Consideramos por todo ello, que la actuación médica dispensada en el... privó a doña...de determinadas expectativas de curación, o al menos, de que los efectos del aneurisma sufrido con hemorragia subaracnoidea hubieran tenido unos resultados menos graves que los que finalmente tuvieron, y por ello, la obligación del SNS-O de indemnizar a la misma.

C) Acerca de las indemnizaciones solicitadas por la reclamante y las que corresponden

Así la indemnización pretendida ha de reconducirse al retraso diagnóstico y a la ponderación que en este caso concreto ha de hacerse ante una posible minimización de las consecuencias sufridas por doña...de haberse realizado la primera vez que acude al Servicio de Urgencias del... una TC cerebral y las exploraciones neurológicas oportunas. De lo que resulta la procedencia de situar la cuestión desde la perspectiva de la doctrina de la “pérdida de oportunidad” y por ello, el establecimiento de una indemnización a favor de la reclamante, atendiendo el decurso de los hechos anteriores y ulteriores al acaecimiento del aneurisma con hemorragia subaracnoidea, y, en fin, atendido el grado de probabilidad anudado a qué tal decurso factico pudiese asimismo haber derivado, no obstante haberse seguido una actuación médica mas anticipada.

La consecuencia de la declaración de responsabilidad patrimonial por “pérdida de oportunidad” determina una indemnización, no tanto por los daños y secuelas sufridos, sino por la privación de expectativas de evitarlos, lo que en cualquier caso deriva en una indemnización inferior a la solicitada.

Así la ya mencionada sentencia del TS número 462/2018, de 20 de marzo reseña los parámetros que se deben seguir respecto de las indemnizaciones, que correspondan, en virtud de las consecuencias de la denominada “perdida de oportunidad”, diciendo en su fundamento de derecho décimo, que:

“Ya de entrada, y con carácter general, por descansar esta doctrina precisamente sobre la base de la incertidumbre del nexo causal, no es posible atender al principio de la reparación integral del daño (...).

En otros términos, según el grado de probabilidad que se estime concurrente en cada caso resultará procedente una cuantía u otra, más cercana evidentemente en determinados supuestos a la de la completa indemnidad, si se consideran que son muchas las posibilidades de curación si no se hubiese producido la pérdida de oportunidad y más lejana, si se consideran en cambio remotas tales posibilidades.

Pero, en todo caso, con arreglo a esta doctrina no cabría llegar a la reparación integral del daño infligido. El específico fundamento sobre el

que descansa esta doctrina ("an"), así, pues, desemboca también en consecuencias diferentes en punto a la concreción del alcance de la responsabilidad ("quantum"). Lo señala así, por ejemplo, nuestra Sentencia de 27 de enero de 2016, RC 2630/2014:

«En la pérdida de oportunidad hay, así pues, una cierta pérdida de una alternativa de tratamiento, pérdida que se asemeja en cierto modo al daño moral y que es el concepto indemnizable. En definitiva, es posible afirmar que la actuación médica privó al paciente de determinadas expectativas de curación, que deben ser indemnizadas, pero reduciendo el montante de la indemnización en razón de la probabilidad de que el daño se hubiera producido, igualmente, de haberse actuado diligentemente". (FD 7º)».

Con anterioridad, también, la Sentencia de 19 de junio de 2012, RC 579/2011, una resolución que merece resaltarse, en tanto que se sirve de la consideración indicada para reducir el importe indemnizatorio que había rechazado la Sala de instancia, pese a considerar remotas las posibilidades reales de curación (en otra resolución que también se cita se legitimó lo contrario, esto es, se incrementó dicho importe por considerar que no eran escasas tales posibilidades):

«**NOVENO.-** A los servicios públicos de salud no se les puede exigir más que una actuación correcta y a tiempo conforme a las técnicas vigentes en función del conocimiento de la práctica sanitaria. Como expresa la Sentencia de esta Sala, y Sección de 25 de mayo de 2010, recurso de casación 3021/2008, han de ponerse "los medios precisos para la mejor atención".

Y recuerda la Sentencia de esta Sala y Sección de 23 de enero de 2012, rec. casación 43/2010 lo ya dicho con anterioridad sobre que la "privación de expectativas, denominada por nuestra jurisprudencia de "pérdida de oportunidad" -sentencias de siete de septiembre de dos mil cinco, veintiséis de junio de dos mil ocho y veinticinco de junio de dos mil diez, recaídas respectivamente en los recursos de casación 1304/2001, 4429/2004 y 5927/2007 - se concreta en que basta con cierta probabilidad de que la actuación médica pudiera evitar el daño, aunque no quepa afirmarlo con certeza para que proceda la indemnización, por la totalidad del daño sufrido, pero sí para reconocerla en una cifra que estimativamente tenga en cuenta la pérdida de posibilidades de curación que el paciente sufrió como consecuencia de ese diagnóstico tardío de su enfermedad, pues, aunque la incertidumbre en los resultados es consustancial a la práctica de la medicina (circunstancia que explica la inexistencia de un derecho a la curación) los ciudadanos deben contar frente a sus servicios públicos de la salud con la garantía de que, al menos, van a ser tratados con diligencia aplicando los medios y los instrumentos que

la ciencia médica posee a disposición de las administraciones sanitarias".

Y en la de 22 de mayo de 2012, recurso de casación 2755/2010, se reafirma lo dicho en la de 19 de octubre de 2011, recurso de casación 5893/2011, sobre que la pérdida de oportunidad hace entrar en juego a la hora de valorar el daño causado, dos elementos de difícil concreción " como son, el grado de probabilidad de que dicha actuación hubiera producido ese efecto beneficioso, y el grado, entidad o alcance de éste mismo".

A la vista de lo razonado no se comparte el aserto de la Sala de instancia acerca de que aún cuando fueren remotas las posibilidades de curación no puede reducirse la indemnización que fija en la suma de 220.000 euros. La información acerca de las posibilidades reales de curación constituyen elemento sustancial en la doctrina denominada "pérdida de oportunidad" por lo que la suma debe atemperarse a su existencia o no.

Debe prosperar el quinto motivo y aplicar, "a sensu contrario" lo vertido por esta Sala y Sección en su Sentencia de 22 de mayo de 2012, recurso de casación 2755/2010 en que se incrementó una indemnización por no entender razonable que <<fueran escasos, ni el grado de probabilidad de que la actuación médica omitida hubiera producido un efecto beneficioso en el estado final del paciente, ni tampoco el grado, entidad o alcance de este hipotético efecto favorable»."

Con base en lo referido en la sentencia anterior y con el fin de determinar la indemnización, habrá que tenerse en cuenta qué grado de probabilidad de la actuación médica omitida, en nuestro caso la realización de la TC cerebral, cuando la paciente acude al Servicio de Urgencias el día 15 de diciembre de 2016, hubiera podido producir un efecto beneficioso en su estado final. Tal y como se ha desarrollado en el apartado relativo acerca de la atención médica dispensada en el Servicio de Urgencias del... de ese día, parece bastante congruente que en el supuesto de haberse realizado la TC cerebral en esa fecha quizás hubiera sido posible detectar el aneurisma que podía tener doña... lo que hubiera podido dar lugar a practicarle las intervenciones médico-quirúrgicas procedentes, en orden a evitar o aminorar las graves secuelas que presenta en la actualidad.

En este caso se debe atender a los informes médicos obrantes en el expediente, relativos a la situación actual de la reclamante, lo que ha dado

lugar a que por el INSS se haya resuelto que es tributaria de una gran invalidez, así como su grado de dependencia total, e igualmente el hecho de que se encuentre ingresada en el..., centro del Gobierno de Navarra de carácter residencial, destinado a la atención a personas con discapacidad física grave o severa que por su afectación grave exigen tratamientos especializados y una rehabilitación continuada para evitar, hasta donde sea posible su deterioro.

La consecuencia de la declaración de responsabilidad patrimonial por un daño imputable al SNS-O, determina una indemnización, que depende directamente de los resultados dañosos sufridos.

Por ello, consideramos que la indemnización que procede por la “pérdida de oportunidad” se ha de cifrar en 200.000 euros, y que aún tratándose de un tanto alzado, se fija así en atención al grado de invalidez y dependencia reconocido, el importe reclamado en nombre de doña..., y el indeterminado grado de probabilidad de éxito de la técnica omitida que hubiera podido diagnosticar a tiempo el aneurisma.

III. CONCLUSIÓN

El Consejo de Navarra considera que la reclamación formulada por doña... por daños derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios debe estimarse parcialmente, reconociéndole una indemnización de 200.000 euros.

En el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.