

<p>Expediente: 37/2019 Objeto: Responsabilidad patrimonial de la Administración Foral de Navarra derivada del funcionamiento de los servicios sanitarios Dictamen: 41/2019 de 23 de septiembre</p>

DICTAMEN

En Pamplona, a 23 de septiembre de 2019,

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

siendo ponente don José Luis Goñi Sein,

emite por unanimidad de los asistentes el siguiente dictamen:

I. ANTECEDENTES

I.1ª. Consulta

El día 5 de julio de 2019 tuvo entrada en este Consejo de Navarra 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, sobre el Consejo de Navarra (en adelante, LFCN), se recaba la emisión de dictamen preceptivo de este Consejo sobre responsabilidad patrimonial de la Administración Foral de Navarra, formulada por don..., doña... -en representación esta última de sus dos hijos menores don... y de don...-, doña... y doña..., por presuntos daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios públicos sanitarios prestados a don...

A la solicitud de dictamen se acompaña el expediente administrativo, tramitado como consecuencia de la indicada reclamación, incluyéndose la

propuesta de resolución del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

I.2ª Antecedentes de hecho

Reclamación de responsabilidad patrimonial

Con fecha 22 de marzo de 2017, don..., por un lado, y doña... -en representación esta última de don... y de don...-, doña... y doña..., por otro lado, presentan sendas reclamaciones de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia del Ictus Hemorrágico Hipertensivo que sufrió don... el 23 de marzo de 2016, que finalmente provocó su muerte, solicitando en la reclamación presentada por don... una indemnización de 20.672,43 euros y en la reclamación formulada por doña... -en su propio nombre y de sus hijos menores don... y don...-, por doña... y por doña... una indemnización de 598.440,40 euros.

Ambas reclamaciones se basan en los siguientes hechos relevantes:

Don... padecía una hipertensión arterial rebelde a los diferentes tratamientos que se habían probado en los últimos años y había sido derivado a primeros del año 2016 por su médico de familia, doctor... al Servicio de Cardiología y, a través de éste, al Servicio de Endocrinología para intentar descubrir la causa de la hipertensión y así conseguir un control de la misma.

Con fecha 1 de marzo de 2016 acudió a la consulta de Cardiología en la que, se le midió la tensión arterial con un resultado de 220/110 mmHg. A pesar de lo elevado de dichos resultados en la consulta, según los reclamantes, no se tomó ninguna medida para rebajar esos valores.

Con fecha 14 de marzo de 2016 acudió a la consulta de Endocrinología remitido por Cardiología, en la que se le midió la tensión arterial con resultado de 230/130 mmHg. Pese a lo elevado de dichos resultados tampoco se tomó, a decir de los reclamantes, medida alguna para rebajar esos valores y controlar la tensión arterial.

Con fecha 23 de marzo de 2016 el Sr... sufrió un ictus hemorrágico que días después, el 4 de abril de 2016, produjo su fallecimiento.

En los escritos, los reclamantes señalan que parece evidente que el Sr... se encontraba, tanto en el momento en el que acudió a la consulta de Cardiología, como a la consulta de Endocrinología, en una situación de Urgencia Hipertensiva y que se debían haber adoptado los protocolos establecidos al objeto de rebajar tan elevada tensión. Según ellos, los profesionales del Servicio Navarro de Salud, al no seguir los protocolos establecidos, pusieron al señor... en una situación de riesgo permanente que derivó en un ictus hemorrágico que le ocasionó la muerte.

Por otra parte, en los referidos escritos se indica que existe responsabilidad patrimonial del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, toda vez que, en primer lugar, el daño se ha producido y ha quedado individualizado en el fallecimiento de don... como consecuencia de una negligente actuación de los servicios médicos y sanitarios del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea; en segundo lugar, el fallecimiento fue consecuencia del funcionamiento anormal del Servicio Navarro de Salud por cuanto los profesionales sanitarios no adoptaron las medidas protocolarias necesarias para evitar la situación de riesgo vital del Sr...; y, en tercer lugar, porque concurre el nexo causal toda vez que el mantenimiento de una tensión muy superior a la normal, a consecuencia de la ausencia de medidas correctoras, fue la causa de dicho derrame cerebral y el consiguiente fallecimiento.

Las demandas concluyen con la solicitud de que se indemnice a los reclamantes, por un lado, a su hermano con la cantidad de 20.672,43 euros, y por otro lado, a la viuda, a los hijos y a la madre del fallecido con la cantidad de 598.440,40 euros (en total, 619.112,83 euros) en compensación integral de los daños y perjuicios sufridos.

Iniciación del procedimiento

Por Resolución 464/2017, de 3 de mayo, del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea se acordó: 1º) admitir a trámite la

reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por doña..., en su propio nombre y de sus dos hijos menores don... y don..., por doña... y por doña..., asignándole el número de expediente 2390/2017; 2º) admitir a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por don..., asignándole el número de expediente 2391/2017; 3º) acumular ambas reclamaciones en consideración a la identidad sustancial del objeto de ambas, de conformidad con el artículo 67 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, al objeto de su tramitación y resolución conjunta; 4º) nombrar instructora del procedimiento a doña..., Técnico de la Administración Pública (Rama Jurídica) adscrito al Servicio de Régimen Jurídico del Servicio Navarro de Salud-Osansubidea; 5ª) informar a los interesados de que la tramitación de la reclamación de responsabilidad patrimonial puede implicar el acceso a los datos de la historia clínica de don... que puedan estar relacionados con el objeto de la misma; 6º) informar a los interesados de que el plazo máximo normativamente establecido para resolver y notificar la resolución es de seis meses a contar desde el día 28 marzo de 2017 y que el transcurso de dicho plazo sin que se haya notificado resolución expresa, les legitima para entender desestimadas las solicitudes formuladas; 7º) dar traslado de la resolución al instructor del procedimiento y su notificación a la representación letrada de los reclamantes.

Instrucción del procedimiento: historia clínica

Iniciada la instrucción, se solicitó del Director del..., una copia de la historia clínica completa de don... relacionada con los hechos relatados; en dicha copia de historia clínica se debería contener lo siguiente:

Informes médicos de, cuando menos, los Servicios de Cardiología, Endocrinología, UCI, Impresión de fichas; tratamientos pautados en cada ocasión; pruebas diagnósticas realizadas y sus resultados, en especial todo lo relacionado con el control de la tensión arterial; en su caso, consentimientos informados realizados; informe de alta de cada uno de los Servicios; informes posteriores de evolución; informes de exploración;

consentimiento familiar para la donación; cualquier otra documentación que guarde relación con el caso.

Informe del Director del Área Clínica del Corazón de Navarra

A solicitud del instructor del procedimiento, el Director del Área Clínica del Corazón de Navarra, don..., emite, con fecha 30 de octubre de 2017, informe en cuyas consideraciones finales manifiesta lo siguiente:

“(...) la HTA del paciente es un problema crónico que se remonta a años atrás, con cifras tensionales repetidas muy por encima de 140/90 mmHg y con ligeras oscilaciones de unas tomas a otras no significativas, pese a un tratamiento farmacológico inicialmente adecuado (triple terapia) y supuestamente a medidas higiénico dietéticas correctas.

Tal y como viene definido en la guía clínica referida, el cuadro del paciente en estudio corresponde a una HTA resistente o refractaria al tratamiento, y no a una HTA maligna ni urgencia o emergencia hipertensiva (la tensión arterial elevada en las consultas de Cardiología y Endocrinología no fue aguda en ningún caso y nunca se constató daño isquémico inminente o progresivo).

Según las recomendaciones de la guía sobre el manejo de este cuadro clínico, la actitud correcta incluye la toma de la tensión arterial en su Centro de Salud, domicilio y en los casos requeridos el registro ambulatorio. La insistencia en cuanto a las medidas higiénico-dietéticas y el uso de varios fármacos incluyendo un diurético. Todo esto debe ser llevado a cabo por su médico de Atención Primaria.

Si con esto no se controlan las cifras tensionales, el paciente debe ser derivado a los especialistas correspondientes para descartar una HTA secundaria, cosa que también se hizo.

Aunque esa derivación se hizo inicialmente a Cardiología (no es la consulta más indicada para esto) desde la misma se derivó correctamente a Endocrinología (con bastante rapidez). En la consulta de Endocrinología se inició inmediatamente el estudio de una posible HTA secundaria.

Con el estudio ya iniciado el paciente sufrió un ictus hemorrágico coincidiendo con cifras tensionales altas similares a las presentadas en los años previos, falleciendo como consecuencia del mismo.

En las guías NO se recomienda el tratamiento intravenoso con hospitalización, ni con intentos de bajadas bruscas de la tensión arterial

a los pacientes con HTA refractaria siendo incluso arriesgado a veces ésta última medida por la posibilidad de provocar un ictus isquémico.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, parece sensato pensar que el riesgo que corría el paciente de sufrir un ictus hemorrágico con consecuencias fatales (como ocurrió) dependía de su situación basal de HTA no controlada refractaria y crónica, pese al tratamiento combinado, y no de la actuación puntual sobre la tensión arterial en las consultas de Cardiología y Endocrinología.

Dichos especialistas además actuaron conforme a las guías de práctica clínica con la única salvedad de no tomar (o al menos no consta explícitamente su toma) la tensión arterial dos veces para asegurarse de que no se trataba de una HTA de bata blanca (cosa totalmente improbable dada la historia previa del paciente)."

Informe del Jefe del Servicio de Endocrinología y Nutrición del...

Por su parte, en el informe solicitado al Jefe del Servicio de Endocrinología y Nutrición del..., y emitido por el doctor... con fecha no especificada, se señala que: *"se trata de un paciente que falleció a los 52 años víctima de un ictus hemorrágico"* tras ser atendido en el Servicio de Endocrinología y Nutrición, y que presentaba el siguiente cuadro médico: *"1) Hipertensión arterial (HTA) de larga evolución (22 años, desde los 30); 2) Abundantes antecedentes familiares de HTA; 3) Lesión ya establecida de órganos diana: Cardiopatía hipertensiva con disfunción diastólica; 4) Cifras de TA habitualmente igual a, o por encima de 180"*, lo cual conduce al *"Diagnóstico de HTA refractaria o resistente"*, que *"supone un riesgo elevado de eventos cardiovasculares adversos"*, en concreto, *"mayor riesgo de tener ictus, infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca y/o enfermedad renal crónica, comparado con pacientes aquejados de HTA de más fácil control"*.

En dicho informe se discrepa de las conclusiones de los demandantes, en cuanto a que: *"1) el paciente presentó sendas Urgencias hipertensivas en las Consultas de Cardiología y de Endocrinología, 2) que no se adoptó ninguna medida y 3) y que como consecuencia, el paciente sufrió un ictus hemorrágico que le llevó a la muerte"*. Al contrario, señala que *"ninguno de los 3 puntos es correcto"*, porque:

"1) Como figura en el propio informe del demandante, se entiende por Urgencia hipertensiva la elevación aguda de la TA. En este caso, y

como se describe en el propio informe pericial, donde se aportan 13 registros de TA de la historia clínica de los últimos 10 años, 9 tomas (69%) mostraban una sistólica mayor o igual a 180 y 5, mayor o igual a 190. En cuanto a la diastólica, 8 tomas (61%) mostraban cifras mayores o iguales a 110, y 4 mayores o iguales a 120. En la historia clínica de Atención primaria hay más datos parecidos. Las cifras elevadas en este paciente desgraciadamente, eran crónicas, no agudas.

2) Cuando acudió a la consulta de Endocrinología, el día 14/03/2016, el paciente estaba tomando tres fármacos hipotensores, tal como figura en el informe de consulta aportado por el demandante. Cuando acudió a Urgencias, afecto de ictus hemorrágico, el día 23/03/2016, estaba tomando 4 (Ver informe de Urgencias aportado también por la parte demandante). Aun en el caso de las Urgencias hipertensivas, como también señala el informe del demandante no supone un riesgo vital inmediato. Permite un tratamiento menos inmediato (horas-días) con medicación oral y un abordaje inicial extrahospitalario. A la vista de los informes es lo que se hizo.

Desde el punto de vista diagnóstico, en la consulta de Endocrinología se solicitó analítica y TAC preferente de suprarrenales para descartar HTA secundaria. Dicha prueba no llegó a realizarse por el fallecimiento del paciente.

3) Entre la consulta de cardiología y el ictus hemorrágico, transcurrieron 22 días. Entre la consulta a Endocrinología y el ictus, 9 días. No es lógico pensar en una relación causal al cabo de este tiempo.”.

Concluye el informe afirmando que “no se trata de un paciente que presenta urgencias hipertensivas en las consultas, ante las que no se toman medidas y, a consecuencia de las cuales fallece. Por el contrario se trata de un paciente con hipertensión refractaria de larga evolución, que no respondía a triple ni cuádruple terapia, y que falleció como consecuencia de la afectación de órganos diana por parte de la HTA, como suele suceder en estos pacientes”.

Informe médico pericial...

Obra en el expediente remitido el informe médico emitido por don..., licenciado en medicina y cirugía, especialista en Medicina Interna, cuyo objeto es analizar la asistencia prestada por el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea al paciente en relación con el ictus hemorrágico sufrido y las

complicaciones derivadas del mismo que le provocaron la muerte. El citado informe analiza, en primer lugar, la historia clínica y la evolución del paciente.

Posteriormente, trata de aclarar a base de preguntas, qué tipo de HTA es la que padece este paciente, para determinar la adecuación o no de las actuaciones realizadas por los diferentes médicos que le atienden, y si ello pudo tener o no relación causal con el evento vascular sufrido por el paciente nueve días después de la última consulta.

En primer lugar se pregunta: “¿qué tiene este paciente?”. A ello responde que *“una hipertensión rebelde al tratamiento habitual como lo demuestran los 3 o 4 fármacos que intentaban controlarla en sus diferentes fases evolutivas. Como está demostrado en las diferentes referencias que se hacen en la historia clínica las cifras tensionales que manejaba este paciente eran superiores a cifras admisibles para su rango de edad, que están establecidas en 140/90 y mucho más por encima de 180/110. Si no, no sería un paciente con HTA rebelde, sería otro tipo de hipertensión”*.

En segundo lugar formula la siguiente pregunta: “¿Qué hace su médico con el paciente?” Y contesta: *“dada la situación de HTA rebelde lo remite a un médico especialista en Cardiología para que aporte una valoración del caso”*.

En tercer lugar plantea la cuestión de si *“debe, por tanto, el Cardiólogo asumir las riendas del caso y manejar la HTA de este paciente”*. La respuesta es que: *“En modo alguno. El especialista es consultado, pero no “hereda” al paciente, sino que debe aportar su valoración como de hecho hizo, y su valoración fue la de remitir a su vez al paciente a la consulta de Endocrinología, puesto que revisada la analítica, presentaba una alteración del ión potasio sugerente de hiperaldosteronismo que debe ser diagnosticado y tratado, al ser una causa de hipertensión”*.

En cuarto lugar, se inquiera: *“Y entonces ¿ya está? ¿se trata el hiperaldosteronismo y punto?”* Y responde: *“NO. Primero hay que diagnosticarlo y para eso se le envía al Endocrinólogo”*.

Por último se pregunta si “la tensión registrada en la consulta de Cardiología 220/110, obliga a tratar al paciente y cambiar su tratamiento”. A ello responde que:

“En absoluto son las cifras tensionales que maneja el paciente habitualmente y que no definen ni una urgencia hipertensiva, ni mucho menos, una emergencia hipertensiva. Es más está demostrado que una bajada de tensión puede provocar isquemia en diferentes órganos ya que el sistema cardiovascular de este paciente se adapta a este tipo de tensiones, lo cual no significa que no haya que actuar, por supuesto que sí, pero no de forma aguda, sino como se estaba realizando, estudiando posibles causas, que fue lo que hizo el Cardiólogo y es del todo correcto. Tan sólo si el paciente tuviera aneurismas o patología cardiovascular aguda en ese momento podría requerir la intervención, pero no era el caso.

Además no hay evidencia que unas cifras tensionales elevadas, sea en el rango que sea, tengan de por sí efectos perjudiciales sobre diferentes órganos y sistemas, por lo que no hay razón más de peso que esta para rechazar categóricamente el nexo causal. Eso sí, la HTA sigue siendo un factor de riesgo cardiovascular, como la diabetes y la hipercolesterolemia, pero en cuanto a los valores que presenten de forma aguda sino en el daño a medio-largo plazo sobre estos órganos.

Por tanto la atención del Cardiólogo fue totalmente correcta”.

Tras las consideraciones anteriores, en el apartado III, el informe señala que:

“En esa situación llega la consulta de Endocrinología y en ella vuelve a tomarse la tensión al paciente con cifras más elevadas que en la anterior visita y no por ser reiterativo en las explicaciones resumiré de la siguiente forma: la especialista en Endocrinología es consultada para descartar una anomalía endocrina conocida como hiperaldosteronismo y que puede ser causa de hipertensión y lo que hace precisamente es encaminar las pruebas diagnósticas hacia el descarte o no de esa patología, pero en modo alguno debe asumir el control de la tensión del paciente, en primer lugar porque no es su especialidad y en segundo lugar porque estamos en la misma circunstancia que en el caso de la consulta con Cardiología, se trataba de una hipertensión rebelde polimedificada y que manejaba este tipo de cifras de forma habitual.

Por tanto no cabe duda que la actuación fue correcta y no cabía derivación alguna ni a Urgencias, ni tratarla allí mismo, pues no procedía. Según he podido leer, se indica que lo correcto es tranquilizar al paciente y volverla a tomar en unos minutos para evitar el componente de la bata blanca o emocional. Siempre les indico a mis

pacientes que en la consulta mejor no tomo la tensión, porque no me aporta nada, porque la tensión valorable es la que se toma en reposo, nunca después de haber comido, ni de haber hecho ejercicio o de haber tenido una situación emocional intensa, y la visita al médico lo es SIEMPRE, y porque lo normal es que tensión suba en esas situaciones y no voy a tomar decisiones por ello. Para que se hagan una idea, tras un esfuerzo físico la tensión sube a 180/90 siendo previamente un adulto sano y esto no hay que tratarlo (es sólo un ejemplo).

Y después de todo lo relatado, ¿por qué le pasa al paciente lo que le ocurrió, un ictus? Pues por su HTA refractaria y rebelde al tratamiento, ya que es ese el factor de riesgo que había que controlar y no unas cifras elevadas de forma puntual.

Además las cifras tensionales de cualquier ser humano varían a lo largo del día, en la mañana, tarde y noche, según nuestra actividad, nuestra posición e infinidad de factores que hace que no sea un valor constante, sino sumamente cambiante por lo que una cifra aislada no dice nada si la sacamos de contexto como de hecho se pretende en el escrito de la demanda. Y lógicamente es muy difícil asumir la enfermedad y el fallecimiento de personas jóvenes, pero por desgracia así es, y en este caso el único responsable de lo ocurrido es la HTA rebelde del paciente, y que a pesar de que se estaban poniendo los medios para buscar posibles causas e intentar optimizar el tratamiento, aunque también hay que decir que sólo el 10% de los pacientes con HTA tienen una causa tratable, no se consiguió y finalmente el ictus sucedió 9 días después de la visita a la Endocrinóloga, con cifras tensionales que esos nueve días variaran con diferentes valores sin duda alguna y que finalmente consiguen el daño vascular necesario para romper un vaso sanguíneo y provocar lo que finalmente ocurrió”.

El informe termina con unas conclusiones generales y otra final. Las conclusiones generales precisan:

“1. Se trata de un paciente con HTA que se remite a la consulta de diferentes especialidades para optimizar el tratamiento, diagnosticar posibles causas tratables y mejorar su calidad de vida.

2. Las cifras de tensión arterial no tienen relación con la aparición súbita de eventos cardiovascular y no existe evidencia científica que pueda demostrar este hecho.

3. El paciente tenía una HTA rebelde, no una urgencia ni una emergencia hipertensiva.

4. La actitud del Cardiólogo se ajusta a las guías clínicas en el manejo de la HTA y su función en este caso fue la de valorar al paciente y apuntar a una posible causa como de hecho se hizo.

5. *El manejo de la Endocrinología fue igualmente correcto, dirigiendo las pruebas necesarias para descartar el diagnóstico que estaba bajo sospecha, como queda demostrado que se hizo.*

6. *El ictus del paciente sucede como consecuencia de una HTA de larga evolución y rebelde a los múltiples tratamientos pautados, pero no por una cifra elevada y puntual de tensión arterial”.*

La conclusión final del Informe indica:

“La asistencia recibida por el paciente... en las consultas de Cardiología y Endocrinología del Servicio Navarro de Salud fue correcta y se considera ajusta a la lex artis ad hoc, a pesar del fallecimiento a consecuencia de las complicaciones derivadas de un ictus hemorrágico ocurrido 9 días después de la última consulta”.

Trámite de audiencia y alegaciones y aportación de dictamen médico pericial de parte

Con fecha 9 de octubre de 2018, el instructor del procedimiento procede a notificar a los reclamantes la apertura del trámite de audiencia por un periodo de diez días hábiles, a contar desde el siguiente al de la notificación de este escrito, para que, a la vista de las actuaciones, puedan formular nuevas alegaciones y presentar otros documentos y justificaciones que estime pertinentes.

En el plazo del trámite de audiencia concedido, doña... en su propio nombre y en nombre y representación de sus dos hijos menores don... y don...-, doña... y doña..., con fecha 21 de noviembre de 2018, formulan escrito de alegaciones en el que muestran su disconformidad con el informe pericial presentado de contrario y aportan, junto con estas alegaciones, en apoyo de su reclamación, dictamen médico pericial del médico especialista en Medicina Interna don...

En el escrito de las alegaciones, la recurrente señala que el doctor... *“aprecia, no solo una infracción de la «lex artis» cuando el especialista en Endocrinología, al atender al Sr... el 14 de marzo de 2016, no le derivó al Servicio de Urgencias con el diagnóstico de Urgencia Hipertensiva para controlar dicha hipertensión, sino que también extiende la mala praxis al especialista en Cardiología que le trató desde Octubre de 2015 que «lo*

mantiene en consulta por espacio de 124 días a pesar de comprobar la persistencia de cifras de TA severas: 190/120 mmHg (27/10/2015) y 220/110 mmHg (1/3/2016), así como la existencia de una Hipopotasemia desde el año 2014». En opinión del Dr.... desde el 27/10/2015 «era la ocasión de solicitar la analítica correspondiente (...) con el objetivo de confirmar la presencia de un Hiperaldosteronismo Primario bien desde su propia consulta o bien derivarlo en ese momento, 27/10/2015, a la consulta de Endocrinología con carácter preferente»”.

De acuerdo con la conclusión sexta del dictamen del doctor..., la reclamante señala asimismo que “si se hubiera diagnosticado el Hiperaldosteronismo Primario en el momento correcto, habría sido «no solo controlable con tratamiento médico sino también curable»”.

Por otra parte, sobre el informe pericial del doctor..., doña... realiza las siguientes puntualizaciones:

“1º.- El citado informe hace afirmaciones que no se corresponden con la realidad como que las tensiones medidas en las visitas al Cardiólogo (220/ 110 mmHg el 1/3/2016) y Endocrino (230/130 mmHg el 14/3/2016) eran «tensiones que manejaba el paciente habitualmente». NUNCA había tenido el Sr... una tensión tan elevada.

2º.- Tampoco se corresponde con la realidad la afirmación de que «son cifras tensionales... que no definen ni una urgencia hipertensiva ni una emergencia hipertensiva».

Tal y como argumenta el Dr.... en su Informe el Sr... se encontraba claramente durante el mes de Marzo de 2016 (e incluso antes) en una situación de Urgencia Hipertensiva. Incluso los informes del Servicio de Cardiología y de Endocrinología remitidos también admiten la situación de Urgencia Hipertensiva.

3º.- El Dr... utiliza argumentos tan incomprensibles como que los especialistas en Cardiología y Endocrinología que visitaron al Sr..., ante una situación de Urgencia Hipertensiva, al «no heredar» al paciente, no deben tomar ninguna medida que no fuera programar pruebas diagnósticas (aunque fuera con carácter preferente) para diagnosticar la patología. Así se llegó a la paradoja que no se pudieron realizar algunas pruebas porque falleció”.

Además, en las alegaciones la recurrente aduce que el informe del Área Clínica del Corazón de Navarra, a diferencia de la pericial del doctor..., reconoce varios errores en el tratamiento-diagnóstico del Sr...: a saber:

1º.- “las consultas de cardiología no son las prioritarias a la hora del estudio etiológico de la hipertensión arterial, estando más indicado la derivación a las consultas de medicina interna, nefrología o endocrinología, en estos casos ante una sospecha específica de hipertensión arterial secundaria.

2º.- Desde el punto de vista diagnóstico, se debería de haber realizado una segunda toma de control tras reposo, para dar más validez a los valores detectados.

3º.- Según las recomendaciones de la guía sobre el manejo de este cuadro clínico, la actitud correcta incluye la toma de la tensión arterial en su centro de salud, domicilio y en los casos requeridos el registro ambulatorio. La insistencia en cuanto a las medidas higiénico-dietéticas y el uso de varios fármacos incluyendo un diurético. Todo esto debe ser llevado por su médico de Atención Primaria. Ninguna de estas medidas constan en los informes que se pautaran al Sr...”.

La reclamante señala que este informe, a diferencia de la pericial del doctor..., sí que admite la existencia de una Urgencia Hipertensiva. Ahora bien, a pesar de considerar que el Sr... se encontraba en una situación de Urgencia hipertensiva, el informe concluye que la actuación del Cardiólogo fue correcta porque lo derivó a los especialistas correspondientes para descartar una HTA secundaria.

Así, a la vista del informe del doctor..., la recurrente doña... llega a las siguientes conclusiones:

“1.- Se admiten dos errores: el primero por no derivar al paciente al especialista correcto y el segundo al no realizar una segunda medición de la tensión arterial para confirmar la primera medición.

En primer lugar, entendemos que se habría podido evitar el resultado del fallecimiento si la derivación al especialista correcto se hubiera hecho antes, teniendo en cuenta además, que a este error debemos añadir la circunstancia puesta de manifiesto por el Dr... en su informe en el que indica que el diagnóstico y tratamiento de una HTA secundaria a un Hiperaldosteronismo Primario se pudo y debió de realizar desde la consulta de Cardiología en fecha 27/10/2015, al constar desde análisis efectuados en el año 2014 una Hipopotasemia.

En segundo lugar, no logramos entender porqué se pone de manifiesto la ausencia de una segunda medición de contraste si no se extrae ninguna consecuencia de dicha omisión.

2.- En el informe admite la existencia de una situación de Urgencia hipertensiva que no fue tratada de ninguna manera, ni se derivó a Urgencias ni se tomaron las medidas que incluyen las guías a las que se remite el propio Informe como recomendaciones”.

Respecto del otro Informe emitido por el doctor..., Jefe del Servicio de Endocrinología y Nutrición del..., la reclamante manifiesta, que también admite la existencia de Urgencias hipertensivas tanto en la visita al Cardiólogo como al Endocrino, teniendo en cuenta no solo los valores de tensión arterial sino también la lesión ya establecida en órganos diana: Cardiopatía hipertensiva con disfunción diastólica. Observa que, en el informe de la visita a Endocrinología, no se recoge ninguna medida tendente a controlar los valores de tensión arterial que se tomaron en ese momento, ni se acudió a los protocolos establecidos para este tipo de situaciones. Solo se hace referencia a HTA refractaria o resistente, pero en ningún momento a los resultados de la prueba analítica realizada tras la visita al Endocrino cuyo resultado se asocia a Hiperaldosteronismo primario, que, si se hubiera diagnosticado en el momento oportuno, se habría podido tratar adecuadamente.

Por último, y en relación con el informe médico pericial de don..., aportado de forma conjunta con el escrito de alegaciones, considera que las conclusiones alcanzadas son:

“Primera.- Los médicos encargados del cuidado de D..., han actuado de forma poco diligente/negligente al omitir los exámenes considerados de obligado cumplimiento ante la presencia de una Hipertensión Arterial refractaria al tratamiento hipotensor múltiple, en la que se sumaba un riesgo cardiovascular elevado. Es decir, sin realizar el despistaje de una Hipertensión Arterial secundaria.

Segunda.- Las Guías de Práctica Clínica sobre el manejo de la HTA que no responde al tratamiento farmacológico múltiple, es decir, HTA refractaria, establecen que es necesario descartar una causa secundaria de la misma, tratable y curable.

Tercera.- La omisión de este proceder, vulnerando la Lex artis, ha favorecido la cronificación de las cifras severas de HTA, afectando a

órganos diana, desarrollando una Cardiopatía Hipertensiva, demostrada en el Servicio de Cardiología y además ha favorecido la existencia de un escenario compatible con una Urgencia Hipertensiva, que en el curso de las últimas semanas se transforma en una Emergencia Hipertensiva, produciendo una Hemorragia cerebral (ictus hemorrágico) de la que motivó su ingreso Hospitalario y de la que no se recuperó, falleciendo.

Cuarta.- Que el riesgo de padecer una Hemorragia Cerebral está en relación directa con las cifras elevadas de Presión Arterial, y el tiempo en que dichas cifras se mantengan, duplicando el riesgo por cada 75mmHg de incremento de la PAD (Presión Arterial Diastólica) y que D..., sextuplicaba ese riesgo en la consulta de Endocrinología.

Quinta.- Que en el caso de D..., existían datos clínicos-analíticos sugerentes de ser portador de una HTA refractaria secundaria a un Hiperaldosteronismo Primario, como quedó demostrado por el resultado de la analítica del día 16/3/2016.

Sexta.- Que resultaba por tanto previsible el diagnóstico de una HTA secundaria por un Hiperaldosteronismo Primario y por tanto no sólo controlable con tratamiento médico sino también curable.

Séptima.- Que existe una relación de causalidad entre la actitud negligente de los médicos encargados del cuidado de D..., vulnerando la lex artis, el deterioro de la salud, transformando una Urgencia hipertensiva en una Emergencia hipertensiva, pudiendo haberlo evitado y de la que no pudo recuperarse.”

Aclaraciones del Informe Médico Pericial de...

Con fecha 11 de febrero de 2019 se emite, por parte del doctor..., un informe de aclaraciones del informe médico pericial de... emitido el 9 de noviembre de 2017, al objeto de resolver las dudas planteadas. Comienza señalando que resulta de vital importancia para entender lo planteado en el informe pericial la diferencia entre urgencia hipertensiva y emergencia hipertensiva, ya que ello es lo que lleva a actuar de forma rápida o, sin embargo, proceder con el estudio del paciente de forma ambulante, como de hecho se hizo en el presente caso. En este sentido, comenta que:

“La mayoría de los pacientes con presión arterial significativamente elevada (presión sistólica > o igual a 180 y/o presión diastólica > o igual a 120 mmHg) no tienen una lesión aguda de los órganos terminales (denominada hipertensión asintomática grave). Aunque algunos proponen el inicio relativamente rápido de la terapia antihipertensiva en

este contexto, puede haber más riesgo que beneficio de un régimen tan agresivo.

Por el contrario, algunos pacientes con presión arterial significativamente elevada tienen signos o síntomas de daño agudo y continuo en el órgano diana. Tales pacientes tienen una emergencia hipertensiva. Se pueden desarrollar emergencias hipertensivas en pacientes con o sin hipertensión preexistente conocida. En las personas más jóvenes (<60 años) la presión diastólica suele ser > o igual a 120 mmHg pero no hay un umbral específico, ya que las personas que desarrollan un aumento agudo de la presión arterial pueden desarrollar síntomas si la presión previa era normal (como en una mujer embarazada que desarrolla eclampsia o un adulto joven que desarrolla glomerulonefritis aguda).

En este contexto es fundamental detectar mediante la exploración física la posibilidad de presentar estos síntomas o signos de daño agudo. El examen físico en pacientes con presión arterial muy elevada (o un aumento agudo de la presión arterial con respecto a una línea de base previamente normal, incluso si la presión actual es <180/120 mmHg) debe determinar si algunos de los siguientes están presentes:

- Lesión en la cabeza aguda o trauma.*
- Síntomas neurológicos generalizados como agitación, delirio, estupor, convulsiones o trastornos visuales.*
- Síntomas neurológicos focales que podrían deberse a un accidente cardiovascular isquémico o hemorrágico.*
- Hemorragias por flama fresca, exudados (manchas de algodón) o papiledema cuando se realiza una funduscopia directa, ya que son compatibles con la retinopatía hipertensiva grado III o IV y rara vez pueden asociarse con encefalopatía hipertensiva.*
- Náuseas y vómitos, que pueden ser un signo de aumento de la presión intracraneal.*
- Molestia o dolor en el pecho, que puede deberse a isquemia miocárdica o disección aórtica.*
- Dolor de espalda agudo y severo, que puede deberse a una disección aórtica.*
- Disnea, que puede deberse a un edema pulmonar.*
- Embarazo, ya que los pacientes con hipertensión severa podrían tener preeclampsia o desarrollar eclampsia.-Uso de drogas que pueden producir un estado hiperadregénico, como la cocaína, anfetamina (s), feniclidina o inhibidores de la monoaminoxidasa o la reciente*

suspensión de la clonidina o menos frecuentemente, otros agentes antihipertensivos.

Estos signos y síntomas pueden llevar a la sospecha de lesión aguda en órganos diana, que son las que realmente definen la EMERGENCIA Hipertensiva. En este sentido las emergencias hipertensivas se subclasifican en las siguientes:

Emergencias neurológicas: se describen las siguientes:

- apoplejía isquémica*
- accidente cerebro vascular hemorrágico*
- traumatismo craneal*
- encefalopatía hipertensiva”.*

Concluye su informe de aclaraciones, manifestando que el paciente no presentaba signos o síntomas de estas emergencias hipertensivas, ni de emergencia cardíaca (insuficiencia cardíaca o síndrome coronario), ni de emergencias vasculares (disección aórtica o cirugía vascular reciente), ni de patología renal alguna (nefroesclerosis hipertensiva aguda). Por tanto, se reafirma en que el paciente no padecía una emergencia hipertensiva sino una hipertensión severa rebelde a tratamiento, y que, respecto al manejo de la hipopotasemia se hizo lo que debió hacerse que es remitirle al especialista en Endocrinología para estudio, y posteriormente solicitar las pruebas para descartar hiperaldosteronismo. *“Si en el proceso de diagnóstico se produce un evento que condiciona la evolución, esto no puede ser achacable a sus médicos que pusieron a disposición del paciente los medios necesarios para llegar a su diagnóstico”.*

Con fecha 6 de marzo de 2019 el instructor del procedimiento procede a notificar a los reclamantes la apertura de un nuevo trámite de audiencia para que a la vista de del informe pericial emitido por el doctor... puedan formular nuevas alegaciones.

Con fecha 1 de diciembre de 2017, la interesada doña... formula escrito de alegaciones en el que, a la vista del informe pericial del doctor..., y aludiendo a un informe del doctor..., que no consta en el expediente, critica la *“falta de rigor técnico del Informe del Dr... al no hacer referencia alguna a los requisitos exigidos por las diferentes Sociedades Nacionales o*

Internacionales de Hipertensión para determinar la existencia o descartar una Urgencia Hipertensiva, así como referencia a las guías o protocolos de tratamiento de dichas situaciones”. Por lo demás, vuelve a reiterar que:

“La analítica, que debió realizarse en el año 2014 (cuando se aprecia un nivel bajo de Potasio) o en último término inmediatamente después de la visita al Cardiólogo de 27/10/2015, se realizó a instancia de la Endocrino en visita de 14/3/2016, con salida del laboratorio en fecha 16/3/2016 y «confirma la existencia de un Hiperaldosterismo Primario».

*Siendo la causa de la Hipertensión el Hiperaldosterismo Primario si este se hubiera diagnosticado en el momento correcto, habría sido «no solo controlable con tratamiento médico sino también curable»
Conclusión Sexta del Dictamen del Dr...”.*

Concluye señalando que el doctor... *“nada dice (...) respecto de que la hipopotasemia se conocía desde 2014 ni que dicho síntoma pudo sugerir la realización de inmediato de una analítica tendente a descartar o diagnosticar un Hiperaldosterismo Primario que, de confirmarse pudo tratarse y curarse y en consecuencia controlar la Hipertensión. Evidentemente, el retraso en la realización de las pruebas diagnósticas también genera responsabilidad. Todo ello generó la pérdida de oportunidad de recibir el tratamiento acorde con su patología lo que ocasionó un daño indemnizable”.*

Propuesta de resolución

La propuesta de resolución, precedida de un informe jurídico de la que es fiel reflejo, desestima las reclamaciones de responsabilidad patrimonial formuladas por don... y doña... en representación ésta última de don..., don..., doña... y doña... por presuntos daños y perjuicios derivados del fallecimiento en el... de don...

Tras referir los antecedentes de hecho y fundamentación analiza la concurrencia de los requisitos necesarios para que proceda la responsabilidad patrimonial, la reiterada doctrina sobre el cumplimiento de la “lex artis” en la determinación de una actuación médica correcta, así como las consideraciones y conclusiones ya referidas de los informes del Jefe del Servicio de Endocrinología y Nutrición del... de 10 de octubre de 2017, informe del Jefe del Servicio de Urgencias del... de 16 de octubre de 2017, el

informe del Director del Área Clínica del Corazón de Navarra de 30 de octubre de 2017, informe médico pericial emitido por el doctor... de la Asesoría de Profesionales de la Medicina y del Derecho... de 9 de noviembre de 2018 y informe médico pericial de aclaraciones emitido por el doctor... de la Asesoría... de 11 de febrero de 2019. Se argumenta en la propuesta de resolución que los informes de los cuatro peritos son concluyentes.

De todo ello se deduce que la actuación de los profesionales sanitarios del Servicio Navarra de Salud-Osasunbidea, fue plenamente adecuada y de acuerdo a la *lex artis ad hoc*, por lo que procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial.

II. CONSIDERACIONES JURÍDICAS

II.1ª Objeto y carácter preceptivo del dictamen.

La consulta que se nos efectúa versa sobre sendas reclamaciones, formuladas, una, por don..., y otra, por doña... -en su propio nombre y de sus hijos menores don... y don...-, por doña... y por doña... por los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria en las que se atribuye la responsabilidad de los mismos al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea dependiente de la Administración Foral de Navarra, solicitando en una indemnización de 20.672,43 euros en la primera y de 598.440,40 euros en la segunda.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 14.1. i) de la Ley Foral 8/2016, de 9 de junio, sobre el Consejo de Navarra (LFCN), este Consejo debe ser consultado preceptivamente en las reclamaciones de responsabilidad patrimonial en las que se solicite una indemnización en cuantía igual o superior a trescientos mil euros.

En el presente caso, la consulta versa sobre dos reclamaciones de indemnización por daños y perjuicios, una de las cuales es de cuantía superior a 300.000 euros, por lo que este Consejo emite el dictamen con carácter preceptivo.

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), de aplicación al presente caso por razones temporales, 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, obrando en el mismo su historial clínico, los informes emitidos por los distintos servicios médicos; así como el informe de la asesoría médica... en relación con los hechos objeto de la reclamación. Se ha dado trámite de audiencia, 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.

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 artículo 106.2 de la Constitución consagra el principio de la responsabilidad patrimonial extracontractual de las Administraciones públicas por las lesiones que sufran los particulares en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos.

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 no tenga el deber jurídico de 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 aquellos, 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, 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 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 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.

II.4^a La relación de causalidad y la antijuridicidad del daño: acerca del cumplimiento o no de la “lex artis”

De acuerdo con lo señalado por este Consejo en Dictámenes anteriores (entre otros, 44/2017, de 30 de octubre, 47/2017, de 16 de noviembre, 6/2018, de 5 de marzo, 34/2018 de 17 de octubre), 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 (STSS 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 (STSS 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 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, cabe presumir que ha mediado una indebida aplicación de la *lex artis*”.

Por su parte, el Tribunal Superior de Justicia de Navarra (Sala de lo Contencioso Administrativo), haciéndose eco de la doctrina del Tribunal Supremo, tiene declarado, en la sentencia de 26 de abril de 2013 (Recurso número 569/2007), que:

“(…) no es acorde con el principio de Responsabilidad Patrimonial objetiva su generalización más allá del principio de causalidad, aún de forma mediata, indirecta o concurrente, de manera que, para que exista aquélla, es imprescindible la existencia de nexo causal entre la actuación de la Administración y el resultado lesivo o dañoso producido, y que la socialización de riesgos que justifica la responsabilidad objetiva de la Administración cuando actúa al servicio de los intereses generales no permite extender dicha responsabilidad hasta cubrir cualquier evento, lo que, en otras palabras, significa que la prestación por la Administración de un determinado servicio público y la titularidad por parte de aquélla de la infraestructura material para su prestación no implica que el vigente sistema de responsabilidad patrimonial objetiva de las Administraciones Públicas convierta a éstas en aseguradoras universales de todos los riesgos con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados que pueda producirse con independencia del actuar administrativo, porque de lo contrario se transformaría aquel en un sistema providencialista no contemplado en nuestro ordenamiento jurídico. La doctrina y la jurisprudencia, al hilo de lo anterior, han establecido como requisitos necesarios para que proceda el derecho a indemnización a consecuencia de responsabilidad de la Administración los siguientes:

- a) Realidad objetiva del daño que ha de ser evaluado económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas.
- b) El daño debe ser antijurídico o lo que es lo mismo, la persona que lo sufre no debe estar jurídicamente obligada a soportarlo.

c) Que la lesión sea imputable a la Administración a consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los Servicios Públicos.

d) Relación de causalidad entre el daño y el funcionamiento del Servicio Público, sea éste normal o anormal, en relación directa inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de circunstancias extrañas que pudieran alterar el nexo causal.

e) Ausencia de fuerza mayor.

En este sentido pueden citarse sentencias del Tribunal Supremo de 1 de octubre de 199, 2 de febrero y 21 de abril de 1998, y 30 de marzo de 1999. En el mismo sentido, también pueden mencionarse, a título de ejemplo, las sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Navarra de fecha 14 de septiembre de 2000, 16 de diciembre de 2001, 30 de abril de 2002 y 20 de diciembre de 2002”.

En el presente caso, nos encontramos ante una reclamación de responsabilidad patrimonial contra la Administración Sanitaria de la Comunidad Foral de Navarra como consecuencia de la atención sanitaria prestada a don... y que conllevó su desgraciado fallecimiento.

La reclamación se basa en que, a juicio de los reclamantes, hermano, esposa, hijos y madre del paciente fallecido, la asistencia sanitaria que se le prestó, tanto por parte de su Médico de Atención Primaria como por parte de los Médicos Especialistas en Cardiología y Endocrinología, fue deficitaria y defectuosa, por cuanto que el mantenimiento de una tensión muy superior a la normal, a consecuencia de la ausencia de medidas correctoras, fue la causa del derrame cerebral y el consiguiente fallecimiento .

Así las cosas, la cuestión que ha de abordarse consiste en determinar si ha habido en la actuación del personal médico que trató al Sr..., infracción de *lex artis ad hoc*, tal y como señalan los reclamantes, por no haber aplicado los protocolos ni las medidas que vienen recogidas en las actuales guías de manejo de la HTA, dado que el paciente, cuando acudió en el mes de marzo de 2016 a las consultas de los especialistas de cardiología y endocrinología, presentaba múltiples aspectos que permitían caracterizar su situación como de urgencia hipertensiva.

Consta acreditado que don..., paciente de 52 años, padecía de Hipertensión Arterial refractaria (HTA) de larga evolución, así como una Cardiopatía Hipertensiva, al menos, desde que le fue diagnosticado en consulta de servicio de Cardiología el 14 de mayo de 2010, y que venía siendo tratado con diversos fármacos. A comienzos de año 2016 es derivado por su médico de familia al Servicio de Cardiología, donde el 24 de febrero de 2016 se le realiza un ecocardiograma, manteniéndole el diagnóstico de Cardiopatía Hipertensiva. En fecha 1 de marzo de 2016 acude al servicio de Cardiología en que presenta una tensión arterial de 220/110 mmHg, siendo remitido al Servicio de Endocrinología. Acude a este servicio el 14 de marzo de 2016 donde se le toma la tensión registrando unos valores de 230/130mmHg y se le realiza una analítica y un TAC con carácter preferente ante un posible diagnóstico de Hiperaldosteronismo primario. En fecha 16 de marzo de 2016 se reciben los resultados confirmándose la existencia de Hiperaldosteronismo primario. Posteriormente, con fecha 23 de marzo de 2016, el paciente acude a Urgencias del... por hemiplejía derecha y asfisia de expresión así como severa HTA con bradicardia, donde se le realiza un TAC craneal, y se comprueba la existencia de un ictus hemorrágico. Una vez ingresado en la Unidad del Ictus, se le traslada al servicio de Medicina Intensiva, donde fallece días después (4 de abril de 2016).

En contra de lo afirmado por los reclamantes, hay que resaltar que, a pesar de que el paciente presentara Hipertensión Arterial (HTA) refractaria de larga evolución, no hay dato que evidencie que la atención sanitaria prestada al paciente no fuese la adecuada en atención a la patología que padecía. Antes bien, todo parece indicar que se aplicaron las medidas recogidas en las actuales guías de manejo de la HTA.

Es preciso destacar que la Hipertensión arterial refractaria se define como la presión arterial (TA) que permanece por encima del objetivo a pesar de estar tomando al menos 3 diferentes agentes hipotensores, siendo uno de ellos diurético, en tanto que la Urgencia hipertensiva, que es lo que alegan los recurrentes, requiere una elevación aguda repentina de la presión arterial (TA).

En el caso que nos ocupa, cabe descartar, como indican el doctor..., Jefe del Servicio de Endocrinología, y el doctor..., Director del Área Clínica del Corazón de Navarra en los informes emitidos, que el cuadro que presentaba el señor... fuese de Urgencia hipertensiva, pues los informes obrantes en el expediente coinciden en señalar que las cifras elevadas de presión arterial que presentaba el paciente eran crónicas pero no agudas y, en todo caso, las más altas registradas en las consultas de Cardiología y Endocrinología del mes de marzo de 2016 (tensión arterial de 220/110), no revelan que fuese una elevación significativa desde el punto de vista comparado con los valores obtenidos, por ejemplo, en mayo de 2010 (209 mmHg).

Añádase a ello que cuando el paciente acudió a la consulta de Endocrinología, el día 14 de marzo de 2016, estaba siguiendo las pautas marcadas para una HTA resistente, pues estaba tomando tres fármacos hipotensores; en el informe de impresión de fichas se indica que el tratamiento que el paciente estaba recibiendo en ese momento era: Emconcor 5, Carduran neo 4 mg 0-1-0, Ixia 40 1-0-0 (por cierto, con un TA con cifras de 140-150/100). Y cuando acudió a Urgencias afecto de ictus hemorrágico, el día 23 de marzo de 2016, estaba tomando los cuatro fármacos anti-hipertensivos anteriores y Astudal 10 mg que se le habían indicado.

A la vista de lo expuesto, no parece que haya existido una mala praxis por parte del médico de cabecera y de los médicos especialistas en el manejo del cuadro clínico, al menos en relación con los valores de presión arterial obtenidos, toda vez que, como figura en el informe aportado por la parte recurrente, en la historia clínica del paciente ya se habían registrado, durante el año 2010, cifras de tensión arterial de 200/108 en marzo, 209/120 en mayo y 200/120, y en el año 2015 un valor de 190/210, es decir, cifras elevadas, y si bien las cifras registradas en marzo de 2016 fueron algo más elevadas, es cierto que no iban acompañadas de signos o síntomas de riesgo vital inmediato, y se tomó la medida que procedía cual fue, en la consulta de Endocrinología, solicitar analítica y TAC preferente de

suprarrenales para descartar HTA secundaria, por lo que parece que hubo una actuación médica, en principio, ajustada a la *Lex artis*.

Por otra parte, en la fase de alegaciones y sobre la base del informe pericial médico aportado del doctor..., se aduce, como cuestión adicional, una mala praxis médica por mantener al paciente por espacio de nueve años con una HTA sin control a pesar del tratamiento con más de 3 fármacos incumpliendo su labor de despistaje de las causas secundarias o curables de la HTA, y en concreto, por no haber solicitado el año 2010 la petición analítica de IONES como datos indispensables en el estudio de todo enfermo hipertenso, así como por no haber solicitado en el año 2014 , cuando se aprecia un nivel bajo de potasio o en último término inmediatamente después de la visita al Cardiólogo el 27 de octubre de 2015, la analítica correspondiente para confirmar la presencia de un Hiperaldosterismo Primario, generando por todo ello una pérdida de oportunidad de recibir el tratamiento acorde con su patología.

En lo que respecta a la falta de control del paciente durante los nueve años no se aprecia, en verdad, una falta de un adecuado seguimiento médico, ya que estuvo controlado en todo momento en sus diferentes fases evolutivas y según la cifras tensionales que reflejaba, mediante los fármacos prescritos para este tipo de cuadro médico. Si conforme a las recomendaciones de la guía clínica sobre el manejo de éste cuadro clínico, la actitud correcta incluye la toma de la tensión arterial en su Centro de Salud, domicilio y en los casos requeridos el registro ambulatorio y, de no controlar las cifras tensionales, derivar al paciente a los especialistas correspondientes, poco cabe reprochar a unos médicos que actuaron siguiendo esa pauta durante todo el tiempo en que la patología cardíaca del paciente no sufrió variaciones significativas, y derivándolo al especialista en el momento en que el paciente empezó a sufrir una alteración en la tensión arterial algo más significativa, aunque sin todavía apreciarse la existencia de ninguna urgencia ni emergencia hipertensiva.

Así mismo, en lo que se refiere a la omisión de la analítica de IONES y de la analítica correspondiente para confirmar la presencia de un

Hiperaldosterismo Primario, procede descartar la existencia de mala praxis, porque, como se señala en la propuesta de resolución, aunque el indicador de niveles bajos de potasio es un síntoma que caracteriza la patología de Hiperaldosteronismo, no es determinante a la hora de diagnosticar dicha patología, ya que, como afirma el doctor... en el informe de parte presentado, solo el 20 % de los pacientes con Hiperaldosteronismo lo tienen. Y, sobre todo, se ha de descartar porque, los niveles de potasio se mantuvieron en el caso del Sr..., a pesar de los años de evolución de la HTA, en niveles normales hasta el año 2014, en consecuencia no podía apreciarse la existencia de un signo claro de la patología indicada que hubiera inducido a los médicos que le atendieron a realizar algún otro tipo de actuación encaminada a realizar un correcto diagnóstico de Hiperaldosteronismo. Y cuando ya hubo algún atisbo de sospecha, como consecuencia de las variaciones significativas en la tensión arterial, es cuando se le realizó la prueba

En suma, parece sensato pensar, como indica el doctor..., Director del Área Clínica del Corazón de Navarra *“que el riesgo que corría el paciente de sufrir un ictus hemorrágico con consecuencias fatales (como ocurrió) dependía de su situación basal de HTA no controlada refractaria y crónica, pese al tratamiento combinado, y no de la actuación puntual sobre la tensión arterial en las consultas de Cardiología y Endocrinología”*, ni de una falta de actuación precisa conducente a determinar el diagnóstico de una HTA secundaria provocado por un Hiperaldosteronismo.

Este Consejo aprecia, en definitiva, que no se dejaron de tomar las medidas adecuadas y pertinentes, por lo que han de ser rechazadas las afirmaciones realizadas en los escritos de reclamación de que la muerte del ... se produce como consecuencia de la ausencia de medidas correctoras por parte del médico de familia y de los especialistas en las consultas médicas de Cardiología y Endocrinología de fechas 1 de marzo de 2016 y 14 de marzo de 2016 respectivamente.

Por ello, y habiéndose cumplido con el criterio de la “lex artis ad hoc”, no puede imputarse ningún tipo de responsabilidad a la Administración sanitaria, debiendo desestimarse, por lo tanto, la reclamación efectuada.

III. CONCLUSIÓN

El Consejo de Navarra considera que deben ser desestimadas las reclamaciones sobre responsabilidad patrimonial de la Administración Foral de Navarra, formuladas don..., por un lado, y doña... -en representación esta última de don... y de don...-, doña... y doña..., por otro lado, por presuntos daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios como consecuencia del fallecimiento en el... de don...

En el lugar y fecha señalados en el encabezamiento