Expediente: 19/2020
Objeto: Responsabilidad patrimonial de la Administración Foral de Navarra por asistencia sanitaria.
Dictamen: 22/2020, 31 de agosto de 2020

DICTAMEN

En Pamplona, a 31 de agosto de 2020,

el Consejo de Navarra, integrado por don Alfredo Irujo Andueza, Presidente; don Hugo López López, Consejero-Secretario en funciones; 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 el siguiente dictamen:

I. ANTECEDENTES

I.1ª. Consulta

El día 15 de julio de 2020 tuvo entrada en el Consejo de Navarra un escrito de la Presidenta de 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 (desde ahora, LFCN), se recaba la emisión de dictamen preceptivo sobre la responsabilidad patrimonial de la Administración Foral de Navarra, formulada por don... por presuntos daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios.

A la petición se acompaña 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 (en adelante, SNS-O), desestimatoria de la reclamación.

I.2ª. Antecedentes de hecho

I. 2ª. 1. Reclamación de responsabilidad patrimonial

Don..., mediante escrito fechado el 8 de febrero de 2019, presentó ante el Consejero del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra una reclamación de responsabilidad patrimonial por presuntos daños y perjuicios y daños morales, derivados de supuesta negligencia profesional médica de los Servicios Sanitarios. En la reclamación se indica que:

1. El paciente acudió el día 1 de julio de 2010, cuando tenía 20 años de edad y sin antecedentes médicos de interés, al Servicio de Urgencias del... de Pamplona, con fuertes dolores de cabeza, con lagrimeo homolateral y fotofobia donde, ante la sospecha clínica de sinusitis se realiza una radiografía simple de senos en la que se aprecia aumento de la densidad en el seno frontal derecho, y es diagnosticado de una sinusitis aguda. Se le prescribe tratamiento antibiótico (Amoxicilina y Ácido Clavulánico, 875 mg., vía oral) un comprimido cada 8 horas más descongestionante.

2.- En fecha 2 de julio de 2010 acude nuevamente al mismo Servicio de Urgencias, refiriendo persistencia del dolor frontal intenso que no cede a pesar del tratamiento farmacológico. Se le diagnostica sinusitis aguda derecha. No se le practica ninguna exploración radiológica, ni TAC, ni resonancia magnética.

3.- El día 26 de julio de 2010, veinticuatro días después, acude nuevamente al Servicio de Urgencias, aquejado de fortísimos dolores de cabeza y fiebre. Se le realiza una tomografía computarizada (TAC craneal) donde se observa un absceso frontal derecho en fase de cerebritis precoz, sin cápsula definida, y con efecto de masa 4 mm en la línea media de los lóbulos frontales. Se acompaña de un empiema epidural adyacente a la tabla del hueso frontal derecho, con ocupación de seno frontal y maxilar en el lado derecho.

4.- El día 27 de julio de 2010 ingresa en el Servicio de Neurocirugía del…, presentando un deterioro neurológico, con disminución del nivel de consciencia y hemiparesia izquierda, por lo que se indica cirugía urgente, realizándose craniectomía descompresiva frontotemporal derecha, con evacuación de empiema epidural y toma de muestras para cultivos de microbiología.

5. El mismo día 27 de julio de 2010, tras la intervención quirúrgica, es derivado a los Servicios de Medicina Intensiva de la UCI. En cuanto a su posterior evolución, en el informe médico emitido por el Servicio de Medicina de la UCI de 30 de julio, se indica que: "*Extubado a las 20 horas del día 28, mantiene buena FR. Se comprueba plejia izda. que persiste, así como parálisis facial. Se repite TAC el 28 de julio: Zona frontal derecha infartada. Protrusión de masa encefálica por craniectomía. Línea media centrada. Se aísla S. viridans sensible en cultivos. Es trasladado a planta para seguir evolución*".

6. El 9 de septiembre de 2010 se le da de alta, con evolución favorable, completando seis semanas de tratamiento antibiótico endovenoso y con juicio clínico: "*Empiema subdural y absceso cerebral frontal derecho por S. Millierii en paciente con antecedente de sinusitis frontal*".

7. En fecha 17 de febrero de 2011 se emite informe de seguimiento ambulatorio del servicio de neurocirugía suscrito por los doctores…-… recogiéndose como comentario: "*Pendiente de próxima cirugía craneoplastia de hueso acrílico*"

8.- Durante los meses siguientes se realiza seguimiento ambulatorio, con TAC craneal, así como con resonancia magnética craneal, sin datos de complicación.

Tras la evolución favorable el paciente es programado para reposición del colgajo óseo de craniectomía con craneoplastia (hueso sintético), tras más de un año de evolución desde el final del tratamiento antibiótico.

9.- El día 5 de octubre de 2011 se realiza la craneoplastia, con colocación de plastia de PIC a medida. El día 6 de octubre de 2011 se realiza RX de cráneo lateral y AP en que se objetiva correcta colocación de plastia. Evoluciona favorablemente sin focalidad neurológica de nueva aparición por lo que se decide alta hospitalaria en fecha 11 de octubre de 2011.

10.- En mayo de 2012 el paciente aprecia desplazamiento de la craneoplastia implantada en octubre de 2011. El 21 de agosto de 2012 Ingresa en el… para una intervención quirúrgica programada para recolocación de craneoplastia. Es intervenido quirúrgicamente el 22 de agosto, practicándose reapertura de incisión previa y recolocación de craneoplastia utilizando seis placas.

11.- El día 7 de marzo de 2014 es intervenido quirúrgicamente por los Servicios de Otorrinolaringología del…, "*siendo el motivo (la) insuficiencia respiratoria nasal con el siguiente juicio clínico. Desviación septal hipertrófia de cornetes*".

12.- El día 15 de julio del 2014 por el Servicio de Urgencias se emite informe en que se señala que el paciente acude "*por salido de líquido amarillento desde la cicatriz de la operación. Refiere cefaleas y mareos. Juicio clínico: Apertura de cicatriz de craniectomía a estudio*".

13. El 12 de agosto de 2014 los Servicios de Anestesia y Reanimación, en el informe emitido en la anamnesis y exploración, recogen: "*Diagnóstico: Lesión de piel debido al roce continuo con el tornillo de osteoplastia en paciente con AP de craneotomía. Intervención propuesta: Retirada de plastia e injerto*".

14.- Con fecha 12 de febrero de 2016 se realiza la intervención de craneoplastia customizada en PEEK siendo dado de alta hospitalaria el 15 de febrero de 2016.

15. El día 12 de agosto de 2016 el paciente es trasladado por el SAMUR con fuertes convulsiones al Servicio de Urgencias del…,

siendo el juicio clínico: "*Primera crisis epiléptica tónico clónica generalizada probablemente sintomática a las secuelas quirúrgicas por empiema frontal izquierdo*".

16.- El día 2 de septiembre de 2016 presenta nueva crisis, por lo que es llevado al Servicio de Urgencias por el SAMUR. Se le diagnostica "*crisis epiléptica sin desencadenante claro. Epilepsia tónico-clónica generalizada*".

17.- En fecha 12 de agosto de 2017 acude el paciente al Servicio de Urgencias del… con fuertes dolores de cabeza, con cefalea-cervialgia, con complicaciones por desplazamiento de plastia PEEK. Se le diagnostica desplazamiento de plastia de PEEK.

18.- Es intervenido el 26 de febrero de 2018 mediante la recolocación de placas y tornillos comprobando ausencia de movilidad de la plastia. La evolución quirúrgica posterior es satisfactoria siendo dado de alta el 28 de febrero de 2018.

19.- En la revisión de 12 de abril de 2018 realizada en el Servicio de Neurocirugía se aprecia una costra en la herida tras la interposición de la plastia.

A la vista del desarrollo cronológico de las actuaciones médicas realizadas con el paciente, considera el reclamante "que se sucedieron una pléyade de errores médicos encadenados uno tras otro que ha provocado una serie de intervenciones quirúrgicas todas ellas innecesarias de haberse diagnosticado a tiempo el alcance del cuadro real que aquejaba al paciente, cuyos errores arrancan en fechas 1 y 2 de julio de 2010 cuando se le diagnostica de sinusitis aguda sin saber a ciencia cierta el alcance de la infección paranasal y su extensión a nivel cerebral, donde curiosamente el 1 de julio de 2010 se le hace una RX de senos y el día 2 con cefaleas de repetición y fotofobia no se le realiza ni tan siquiera una RX, radiografía por otra parte absolutamente estéril e inútil, dado que lo que se debió de haber realizado y no se hizo un TAC cerebral o una resonancia magnética y además se prescribió al

paciente un fármaco inocuo para combatir la infección y absolutamente estéril (amoxil clavulani), y ello de manera aleatoria sin identificar el agente patógeno causante de aquella infección. Infección que derivó 27 días más tarde, en una gravísima infección cerebral, absceso cerebral y empiema subdural y además tampoco se envió al paciente al profesional adecuado en este caso un especialista en otorrinolaringología, quien a todas luces hubiera realizado al paciente una endoscopia funcional paranasal, e identificado el agente patógeno de aquella infección y con ello aplicar el antibiograma correspondiente. Esa gravísima contingencia profesional cometida con el suscribiente los días 1 y 2 de julio de 2010 derivó a una craniectomía absolutamente innecesaria de haberse combatido la infección. Con lo cual esa primera craniectomía y las subsiguientes craniectomías y craneoplastias todas ellas realizadas sin ningún rigor técnico, mala técnica quirúrgica y mala asepsia del sitio quirúrgico, lo que provocó múltiples intervenciones quirúrgicas por desplazamientos de la plastia, supuración de pus a través de la herida quirúrgica y numerosas intervenciones a nivel cerebral que culminaron con la última intervención realizada al paciente el 26 de febrero de 2018 y esas múltiples intervenciones quirúrgicas provocaron gravísimas secuelas que se describen en los distintos informes, entre otras la epilepsia crónica clónica. Cuyo conjunto de patologías han determinado que el INSS haya declarado al suscribiente afecto a una invalidez permanente en grado de total".

Para evidenciar la cadena de errores médicos y la infracción de la lex artis, el reclamante aporta un informe pericial médico de don…, especialista en dermatología y venereología, que es reproducido literalmente en la reclamación, y cuyas conclusiones son las siguientes:

> "PRIMERA.- Error inicial de diagnóstico y tratamiento en fechas 1 y 2 de julio de 2010 con clara demora en el tratamiento que el cuadro clínico del paciente requería, dejando discurrir a su suerte la infección del seno paranasal (sinusitis como foco inicial), que culmino en el Absceso cerebral y en el Empiema subdural cerebral. Por ausencia de los medios de averiguación del diagnóstico que el TAC y la Resonancia Magnética proporcionan.

SEGUNDA.- Ausencia de remisión al paciente a los servicios de Otorrinolaringología, que hubieran realizado una endoscopia del seno paranasal y habrían determinado el agente patógeno de la infección.

TERCERA.- Tratamiento antibiótico inadecuado para combatir el agente patógeno causante de la infección, resultando estéril el antibiótico que se le prescribió, Amoxicilina –Clavulánico, al no estar identificado el agente patógeno de la infección y no ser sensible a dicho antibiótico.

CUARTA.- Ausencia de cualquier tratamiento precoz de los Abscesos cerebrales y del subsecuente Empiema subdural. De haberse hecho un cultivo a tiempo y aplicado la antibioterapia que el cuadro clínico del paciente requería, todo habría sido distinto y el paciente se habría curado.

QUINTA.- Intervenciones quirúrgicas posteriores a la craneotomía de fecha 27 de julio de 2010 a la que se anidan múltiples intervenciones, gran parte de ellas fallidas, al ser realizadas sin controles radiológicos y no hacer un seguimiento de su evolución.

Fallos en la implantación de las plastias y nula asepsia del locus quirúrgico. La última de ellas se realiza en fecha febrero de 2018 por desplazamiento del material plástico, precedida de múltiples intervenciones quirúrgicas por los mismos casos de desplazamiento de la plastia, realizándose la última intervención en abril de 2018.

SEXTA.- Epilepsia asociada a los múltiples desplazamientos de la plastia con ausencias total de tratamientos preventivos y profilácticos a base de antipilépticos.

SÉPTIMA.- Como colofón de todo ello el paciente… está sujeto a una invalidez permanente que le veda para la gran parte de la vida laboral y la vida de ocio.

OCTAVA.- La estabilidad lesional del paciente la ciframos a 30 de mayo de 2018 precedida de la cráneo plastia practicada al paciente el 26 de febrero de 2018.

NOVENA.- Entendemos que se infringió la LEX ARTIS AD HOC en el seguimiento, control e intervenciones del paciente…”.

Con base en dicho informe pericial, el reclamante concluye que:

1º.- “*El suscribiente era una persona sana y debió seguir siendo sana de habérsele diagnosticado y tratado a tiempo de su cuadro clínico dejándolo discurrir a su suerte desde el 1 de julio de 2010 hasta el 27 de julio de 2010 cuando el empiema subdural y*

absceso cerebral ya estaban instaurados a plenitud de desarrollo cuando era fácil su detección prematura de haber utilizado una T.C. craneal o una resonancia magnética que desgraciadamente no se utilizaron desde el instante inicial a la hora de diagnosticar al paciente los días 1 y 2 de julio del 2010, y además tampoco se identificó al agente patógeno de aquella infección.

2º.- Una persona sana jamás aquejada de convulsiones se torna en una persona afecta a múltiples crisis epilépticas que le han llevado a un tratamiento farmacológico de por vida donde la causa efecto de esa epilepsia sintomática a las intervenciones quirúrgicas con mala praxis tanto en la técnica quirúrgica como en la mala asepsia del sitio quirúrgico.

3º.- 5 intervenciones quirúrgicas conexas con la craneoctomía y la craneoplastia defectuosamente implantada, que alimentan y concatenan el cuadro epiléptico que aqueja al suscribiente, intervenciones quirúrgicas absolutamente innecesarias de haberse tratado a tiempo el cuadro inicial a 1 o 2 de julio de 2010, con graves lesiones y secuelas para el paciente.

4º.- En conexión con ese cuadro clínico y su evolución cada vez más tórpida y las disfunciones de la craneoplastia léase que la última intervención es de fecha 26 del 2 de 2018 para la recolocación de la plastia ósea y ulterior tratamiento para curar las costras producidas en la herida.

5º.- Y en base al cuadro clínico que presenta el suscribiente el INSS por resolución determinó que el suscribiente por cuenta ajena a ser pensionista de la seguridad social sin capacidad para realizar ninguna actividad laboral por liviana que esta sea".

En atención a lo expuesto y teniendo en cuenta los daños y perjuicios derivados de los días de incapacidad, las intervenciones quirúrgicas, las secuelas estéticas, secuelas psicofísicas (la epilepsia crónica clónica), la pérdida de sustancia ósea, los trastornos cognitivos y daños neurológicos, trastornos permanentes de humor, así como los daños morales y el lucro cesante, solicita una indemnización de ochocientos treinta y seis mil ochocientos diez euros con treinta y un céntimos (836.810, 31).

I. 2ª.2. Instrucción del procedimiento e informes

Por Resolución 22/2019, de 6 de mayo de 2019, del Jefe del Servicio de Régimen Jurídico del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, se acordó: 1º) admitir a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial, asignándole el número de expediente 22333/2019; 2º) nombrar instructora del procedimiento; 3º) informar al interesado de los efectos que se podían derivar de la reclamación presentada respecto al acceso a los datos de su historia clínica; 4º) señalar el plazo máximo para resolver y notificar la resolución del procedimiento, dentro de los seis meses siguientes al 8 de febrero de 2019, además de indicar los efectos del silencio administrativo negativo; y 5º) dar traslado de la resolución al instructor del procedimiento y su notificación al interesado.

A) Informe del Servicio de Urgencias

Iniciada la instrucción, la instructora del procedimiento solicitó informe al Jefe del Servicio de Urgencias del… (en adelante,…) en relación con los hechos alegados en la reclamación. En el informe emitido con fecha 26 de marzo de 2019, se detallan las atenciones llevadas a cabo al reclamante, consistentes en:

> "dos atenciones producidas en Urgencias del… el pasado 2 de julio de 2010 en las antiguas Urgencias del antiguo…
>
> La primera se produce a las 4,06 de la madrugada y la segunda ese mismo día a las 17,43 h. de la tarde, esto es, unas 14 h de diferencia.
>
> El diagnóstico fue una sinusitis aguda del seno frontal. La sintomatología era coherente ya que presentaba tras un cuadro catarral los días previos, una cefalea frontal con fotofobia y lagrimeo, asociado a una Radiografía simple de senos paranasales con aumento de densidad del seno frontal. Se empleó un tratamiento antibiótico de primera línea como fue Amoxicilina-Clavulanico.
>
> La segunda visita se produce 14 h después por ser insuficiente el tratamiento instaurado ya que no se había contemplado la prescripción de analgesia para controlar el dolor. Queda reflejado que no refirió ningún otro nuevo síntoma respecto a 14 h previas.
>
> Consta en la HCI que la evolución del cuadro fue buena.

La siguiente atención en Urgencias fue el día 26 de julio de 2010, por referir un nuevo episodio, desde hacía dos días, de cefalea intensa, fiebre alta (hasta 39º) y vómitos. Con el antecedente de una sinusitis hacia 25 días, se pensó que pudiera haberse producido una complicación endocraneal, lo cual se confirmó en el TAC que se realizó ese día.

Finalmente se diagnostica un absceso cerebral que requiere tratamiento quirúrgico por parte del Servicio de Neurocirugía.

(…)

Existen registradas otras 9 visitas a Urgencias desde 2011 a 2018; tres en relación a revisión herida craneal o de la prótesis, dos por crisis convulsivas, y cuatro por temas menores (trauma mano, trauma en dedo, queratitis y picadura). En el relato de la reclamación no se cuestiona la actuación de Urgencias en estas otras atenciones".

En cuanto a la valoración de las actuaciones que se circunscriben al ámbito de urgencias y en concreto, a las atenciones del primer día 2 de julio de 2010 y la tercera visita de Urgencias, que tras el diagnóstico de absceso cerebral se deriva al paciente para atención en el Servicio de Neurocirugía, se reseña que:

"La sintomatología clínica, la exploración inicial junto a la exploración radiológica es suficiente para establecer un primer diagnóstico el día 2 de julio de 2010.
No habría datos suficientes para afirmar desde un primer momento que estuviéramos ante una sinusitis bacteriana instaurada por:

- No cumplir número suficiente de criterios de síntomas mayores y menores.
- El paciente se la vio en Urgencias entre las 24 y 48 h de iniciar el cuadro.
- Normalmente se puede sospechar sinusitis bacteriana con el empeoramiento a pesar de varios días de tratamiento (de hecho la evolución inicial fue buena).

A pesar de todo ello, se decidió tratar empíricamente como si fuera una sinusitis bacteriana con antibiótico considerado de primera línea (amoxicilina-clavunalico) a dosis adecuadas.

El TAC de senos sería la exploración radiológica más fiable para el diagnóstico, pero no está indicada de rutina y solo se realizaría ante la sospecha de complicaciones o síntomas de alarma, que

no fue el caso. De hecho mejoró el cuadro tal y como se recoge en HCI.

Si se hizo el TAC en la tercera visita al tener sospecha de una posible complicación, por la sintomatología que apareció 3 semanas después de haber sido visto en Urgencias.

La toma de muestras y el diagnóstico microbiológico: estaría indicada en caso inmunosuprimidos, infección nosocomial, sinusitis grave con complicaciones locales o con mala respuesta a antibióticos. No se produjo ninguna de estas circunstancias en las dos primeras visitas de urgencias. Si se hubiera dado el caso es correcto afirmar que la aspiración bajo control endoscópico sería la técnica de elección para la toma de muestras".

La conclusión a la que se llega en este informe es que "las valoraciones realizadas por el personal del Servicio de Urgencias el día 2 de julio de 2010, tanto en la visita de las 4,06 h. de la madrugada como la de la tarde a las 17,43, se pueden considerar correctas ateniéndose a la lex artis", así como, una vez diagnosticada la complicación cerebral, la remisión al Servicio de referencia de Neurocirugía del…

B) Informe del Servicio de Neurología del…

Igualmente, a solicitud del instructor del procedimiento, se emitió informe por el Jefe del Servicio de Neurología del…, con fecha de 7 de marzo de 2020, en el que refiere que el reclamante:

"El 12 de agosto de 2016 acude a urgencias por un episodio presenciado por su familia y que le sucede durmiendo consistente en convulsión tónico-clónica generalizada con relajación de esfínter y mordedura de lengua. Cuando llega el SAMU a atenderle a domicilio se encuentra en estado postcrítico.

Es valorado en urgencias por neurología (Dra…). En la exploración muestra tendencia al sueño pero responde adecuadamente a estímulos verbales y está orientado.

Los análisis de sangre y orina no muestran alteraciones. El scanner muestra secuelas de craniectomía frontal derecha con área de encefalomalacia macroquística subyacente y de gliosis en el parénquima circundante con dilatación porencefálica del asta frontal derecha. Se repite electroencefalograma que vuelve a ser normal.

Dado que el episodio que presenta el paciente es muy sugestivo de tratarse de una crisis epiléptica se comienza con VALPROATO a dosis de 500MG cada 12 horas.

Es revisado en consulta de neurología el 30 de agosto (D. Quesada) que solicita niveles en sangre de VALPROATO SÓDICO con vistas a ajustar dosis de tratamiento. El 2 de septiembre acude a urgencias por una nueva crisis epiléptica y es revisado en consulta el 16-9-16 (Dra…) quien aumenta dosis de VALPROATO SÓDICO a 750 MG/12 horas.

El 2-2-17 acude a revisión a consulta de neurología (Dr…). El paciente contó que había tenido una nueva crisis el mes de enero y se recomienda cambio a VALPROATO SÓDICO a 1500 MG una vez al día.

El 21-9-17 vuelve a revisión, no había tenido nuevas crisis desde la anterior revisión de febrero de ese año. Es citado para revisión el 14-9-18 pero no acude y se le vuelve a citar".

En cuanto a la valoración de las actuaciones señala:

1. La causa más probable de las crisis epilépticas en este paciente es la lesión cerebral residual al absceso-empiema que sufre en 2010. Las lesiones cerebrales residuales de distinta naturaleza, tanto traumática, vascular o infecciosa, como en este caso, pueden ocasionar crisis epilépticas que pueden aparecer años después del proceso agudo, independientemente de que hayan sido tratadas quirúrgicamente o no.
2. Se inició tratamiento antiepiléptico tras la primera intervención quirúrgica, como consta en los informes de UCI y de Hospitalización a domicilio. El tratamiento profiláctico antiepiléptico está indicado en la fase aguda de un procedimiento quirúrgico, aún en ausencia de crisis epilépticas, pero No debe mantenerse de forma indefinida si no se han producido crisis epilépticas.
3. El diagnóstico de epilepsia se basa en los episodios de crisis epilépticas generalizadas que sufre el paciente en presencia de testigos y atendido por los servicios del SAMU que constatan estupor post-crítico. El EFG puede ser normal entre las crisis y este hecho no contradice el diagnóstico previo.
4. La epilepsia de este paciente no ha sido agresiva ni de difícil control. Según consta en la historia clínica tuvo 3 crisis epilépticas hasta febrero de 2017 y al ajustar la dosis de VALPROATO SÓDICO se controlaron adecuadamente".

C) Informe del Servicio de Neurocirugía del…

Con fecha 20 de marzo de 2020 se emitió informe por la Jefa de Servicio de Neurocirugía del... En el mismo se detallan las siguientes actuaciones:

> "En el caso del paciente D…, se realizó un TC craneal urgente el 26/7/2010, sin y con contraste intravenoso, que objetivaba una lesión de unos 3,5 cm de diámetro mixto, con realce tras la administración de contraste, junto con una colección en la tabla interna adyacente por debajo de la tabla interna del hueso frontal, con espesor de 0,8 cm., siendo compatibles dichas imágenes con el diagnóstico de Absceso cerebral en fase de cerebritis precoz, junto con Empiema adyacente. Además se realizaron analíticas de sangre, hemocultivo, radiografía de torax y se descartaron otros focos infecciosos al margen de su sinusitis previa. Dada la situación de estabilidad del paciente, con ausencia de focalidad neurológica grosera y la presencia de cefalea y fiebre como única clínica, se comentaron con la familia las posibilidades pronósticas y terapéuticas y se decidió iniciar tratamiento antibiótico de amplio espectro y seguimiento neurológico estrecho, no descartándose la cirugía en caso de mala evolución o falta de respuesta al tratamiento. (…)
>
> El paciente ingresa en el Servicio de Neurocirugía y es seguido presentando el día 27/7/2010 disminución del nivel de conciencia y hemiparesia izquierda, por lo que se decide, ante la progresión del cuadro clínico, intervención quirúrgica de urgencia practicándose craniectomía descompresiva frontotemporal derecha y evacuación del empiema subdural. Tras la intervención pasa a la UCI, donde presenta en la exploración al despertar una hemiplejia izquierda que mejora en los días sucesivos, evolucionando hacia una hemiparesia izquierda 4+/5. Pasa posteriormente a planta de Neurocirugía el 30/7/2010, siguiendo una evolución satisfactoria y siendo valorado por Servicio de Enfermedades Infecciosas (SEI).(…) Es dado de alta el día 20/8/2010, habiendo sido valorado por el Servicio de rehabilitación para tratamiento rehabilitador.
>
> Posteriormente es seguido durante varias visitas a consulta de Neurocirugía en el siguiente año, en el que se le practican varios TC's de control así como resonancias magnéticas sin y con contraste paramagnético para evaluar la evolución y curación de su proceso infeccioso, siendo realizada la última el 12/7/2011, objetivándose una encefalomalacia multiquística frontal derecha, sin apreciarse realces patológicos ni signos de infección.

Una vez constatada la finalización del proceso infeccioso, el paciente se programa para cirugía siendo intervenido el 5/10/11 mediante la realización de craneoplastia con colocación de una plastia de PEEK mediante tres miniplacas de dos tornillos cada una. En el caso de este paciente, dado que la craniectomía descompresiva se realizó debido a una infección, tuvimos que colocar una plastia realizada a medida de material sintético para intentar evitar la recidiva de la infección (…)

Es visto nuevamente el 9/2/2012, objetivándose una pequeña asimetría en la plastia así como que uno de los tornillos de la placa inferior de titanio se había soltado (…) Entre las causas de dicho evento se pueden argumentar la presencia de infección previa con alteración de la calidad del hueso del paciente donde estaba el tornillo que se soltó, así como alteraciones en el material de osteosíntesis. En ningún caso nos parece que sea consecuencia de una mala técnica dado que en la radiografía tras la craneoplastia se objetivó una correcta colocación de todo el material (…). (Es) visto nuevamente el 26/4/2012 objetivándose movilidad de la plastia en ese momento (…) Debido a ello se decide nueva intervención quirúrgica que se lleva a cabo el 22/8/2012 mediante reapertura de la incisión previa y recolocación de cráneo plastia, utilizando en este caso un mayor número de placas, en concreto 6 placas con sus correspondientes 12 tornillos (…) La intervención transcurrió sin incidencias y el paciente fue dado de alta el 25/8/2012 (…)

Seguido posteriormente en consulta de Neurocirugía en sucesivas ocasiones hasta el 17/7/2014, en el que figura en informe de atención ambulatoria, la presencia de una lesión en la piel debido a un roce continuo con uno de los tornillos de osteoplastia (…)

Dada la historia del paciente se decide nueva intervención quirúrgica que se realizó de forma conjunta con el Servicio de Cirugía Plástica para ofrecerle todos los medios disponibles de cara a que el tratamiento de la herida fuera lo más efectivo posible. Durante dicho procedimiento se realiza una retirada de la craneoplastia previa, una limpieza del lecho quirúrgico, así como un colgajo de periostio pediculado. Dicho procedimiento se realiza el 9/10/2014. Posteriormente es seguido en consultas de Neurocirugía en sucesivas ocasiones sin presentar patología infecciosa ni de la herida quirúrgica. Dada la buena evolución y la edad del paciente, se decide realizar nueva intervención a fin de corregir el defecto óseo resultante de la retirada de la craneoplastia. Es intervenido el 12/12/2016 mediante la realización de craneoplastia customizado de PEEK con seis placas y doce tornillos (…)

Posteriormente es seguido en consultas de Neurocirugía, solicitándose TC craneal de control el 17/3/2016. Es visto nuevamente en consulta de Neurocirugía el 14/11/2016; en el TC craneal se objetiva correcta implantación del material de osteosíntesis, aunque constatamos que la plastia customizada no encajó perfectamente, la piel no estaba ulcerada y no existía movilidad de la craneoplastia (…) Es posteriormente seguido en consultas de Neurocirugía siendo visto el día 21/8/2017, presentando muy ligero movimiento de la plastia y refiriendo además mareo y cefalea, no presentando en ningún momento nueva ulceración de la plastia. Refiere que quiere operarse para volver a fijar la plastia que ya tiene (…)

Es intervenido el 26/2/2018 mediante la reapertura de la incisión previa y colocación de 3 nuevas placas con 6 tornillos, asegurando la plastia y con ausencia de movilidad."

Concluye su informe afirmando que:

"el abordaje diagnóstico y terapéutico del paciente se realizó correctamente por parte del Servicio de Neurocirugía, siendo informados, tanto el paciente como los familiares, de los pros y contras de cada una de las actuaciones terapéuticas, y que la aparición de una dehiscencia de la herida quirúrgica, así como la malposición del material de osteosíntesis está recogida en las largas series de craneoplastias. En nuestro Centro, en el estudio realizado por el Dr…, en su momento Médico Residente de nuestro Centro presentado en la Reunión de la Sociedad Española de Neurocirugía celebrada en Lisboa en 2016 con el título de "Factores de riesgo para la resorción ósea como complicación a largo plazo de la craneoplastia después de craneictomía descompresiva", presentamos:

- Una tasa de recolocación de plastia del 17% por distintos motivos.
- Una tasa de infección de 11,5 %
- Encontramos que la presencia de infección ósea de forma estadísticamente significativa (p=0.018), siendo esto un factor que influye en la necesidad de recolocación de la plastia.

En dicho estudio se reflejó que dichos porcentajes son similares a los de otras series recogidas en la literatura, lo que avala la buena praxis de nuestro Servicio en este tipo de patología así como la excelencia en los cuidados tanto pre como postoperatorios de la

herida quirúrgica, por parte del personal del Servicio de Neurocirugía".

D) Informe del Servicio de Otorrinolaringología del…

Asimismo, a solicitud del instructor del procedimiento, se emitió informe por el Jefe del Servicio de Otorrinolaringología del…, con fecha de 10 de enero de 2020, en el que refiere que:

"- El paciente (…) fue atendido por primera vez en el servicio de Otorrinolaringología el 16 de marzo de 2011 con el motivo insuficiencia respiratoria nasal y rinorrea. Se revisó el antecedente de cirugía de absceso cerebral derecho y empiema subdural y epidural. Se le practicó una rinoscopia sin hallar anomalías y se solicitó un escáner de senos paranasales con el objetivo de evidenciar una posible causa de las complicaciones intracraneales sufridas en 2010.

Posteriormente se recibió el informe del TC de senos Paranasales que adjunto: "cavidades huecas adecuadamente neumatizadas. No se observan alteraciones en las estructuras óseas visualizadas. Tras la administración de contraste, no se observan realces significativos". Fue tratado mediante antibioterapia y antiinflamatorios no esteroides en consultas sucesivas. En consulta de 2011 se modificó el tratamiento a corticoides nasal y fue dado de alta".

En la consulta de 2013 el paciente describe insuficiencia respiratoria nasal y rinorrea. La exploración evidencia desviación septal y se remite a la sección de rinología para valoración de posible tratamiento.

El 23 de agosto de 2013 se atiende al paciente en la Sección de Rinología con el fin de evaluar la posibilidad de tratamiento quirúrgico de su insuficiencia Respiratoria Nasal.

En la Nasofibrolaringoscopia se evidencia la desviación septal alta hacia meato medio derecho y un espolón septal hacia meato medio izquierdo.

Así mismo se realiza la revisión del TC de Senos Paranasales del 2011 donde estos se encuentran bien aireados y se solicita una Rino-manometría para evaluar el grado de insuficiencia respiratoria nasal.

El 10 de octubre de 2013 se demuestra aumento de resistencias en fosas nasales al flujo aéreo (Rinomanometría) y se propone una Septoplastia con Cirugía de Cornetes.

La Cirugía se realiza el 3 de marzo de dos mil catorce sin complicaciones.

Después de varias consultas de curas y recomendaciones, el 13 de marzo de 2016 se observa evolución favorable que no precisa más revisiones por nuestra parte. El paciente es dado de alta de la Consulta de Rinología.

El Servicio de ORL no participa de las situaciones que se encuentran en la reclamación. Si bien la desviación septal puede ser factor predisponiente de sinusitis de repetición, no es el caso de este paciente, donde el cuadro de 1 de julio de 2010 no se volvió a repetir. El motivo de la cirugía en una Insuficiencia Respiratoria Nasal y no una Sinusitis Aguda de Repetición como demuestra el TC de senos paranasales que está informado como normal en 2011".

Respecto del manejo del cuadro de sinusitis del paciente el día 2 de julio de 2010 en el Servicio de Urgencia, el informante observa que la clínica cefalea mitad superior de la cara con lacrimeo y fotofobia después de un cuadro catarral se corresponde con sinusitis aguda no complicada y que el diagnóstico fue el correcto, así como el tratamiento con amoxicilina clavulánico 875/125 mg 1 comprimido cada 8 horas.

Y en relación con su reevaluación el 2 de julio por la tarde a las 12 horas de tratamiento, señala que no ha tenido ninguna sintomatología nueva, no se hallan signos de complicaciones, las exploraciones para el diagnóstico fueron las indicadas en las guías, y no se recomienda TC a no ser que síntomas y signos sugieren condiciones más severas, añadiendo que "*aunque no es posible demostrarlo puesto que ya es tarde, seguramente en el momento de la enfermedad de los días 1 y 2 de julio, aunque se hubiese realizado un TC cerebral y senos paranasales todavía era pronto para que hubiese una reacción meníngea y bastante menor probable un absceso puesto que el día 26 de julio el TC muestra un absceso precoz*".

E) Primer Informe Médico Pericial emitido por la asesoría médica de…

Consta en el expediente el informe pericial emitido por… (en adelante, …).

En el informe, de fecha 15 de diciembre de 2020, suscrito por un médico-especialista en Neurocirugía, se efectúa un resumen detallado de la historia clínica, realizándose diversas consideraciones médicas relativas al caso y analizándose la praxis seguida con don... por el Servicio Navarro de Salud en cuanto al diagnóstico y tratamiento de su sinusitis aguda y las complicaciones intracraneales surgidas posteriormente.

La pericial describe los antecedentes personales del reclamante, detallando las intervenciones desarrolladas en el periodo objeto de análisis -2 de julio de 2010 a 12 de agosto de 2016-.

En la valoración de la praxis médica se destaca con respecto de las atenciones en Urgencias del día 2 de julio de 2010 que en la exploración física se observa únicamente dolor en región supraorbitaria derecha, sin fiebre ni febrícula, sin signos meníngeos y sin déficits neurológicos. La exploración neurológica figura de forma detallada como normal; por lo tanto, no existía indicación de realizar ninguna prueba diagnóstica más y desde luego no existía ninguna indicación médica para realizar una TAC craneal, que, por otra parte, muy probablemente hubiese sido anodina.

Respecto de la asistencia prestada el día 26 de julio de 2010, se indica que la situación clínica había cambiado, pues se recoge cefalea con afectación al estado general y fiebre alta. Por lo tanto, se sospechó adecuadamente una complicación neurológica de curso reciente (al menos 48 horas) y se solicitó analítica, que identificó una leucocitosis (19.800) y TAC craneal urgente. La atención fue correcta y adecuada a los síntomas presentes. En la TAC craneal se observó un absceso frontal derecho en fase de cerebritis precoz, por lo tanto, la existencia de una complicación neurológica detectada en su fase precoz. El paciente fue remitido de forma urgente para atención neuroquirúrgica inmediata, siendo ingresado en el…

En cuanto al primer ingreso en Neurocirugía, se anota que el día 27 de julio de 2020, ante la existencia de un deterioro neurológico, con disminución del nivel de consciencia y hemiparesia izquierda, el cambio radical de actitud está indicado y es obligatorio. La indicación de la cirugía en ese momento era urgente como así se realizó. La retirada del colgajo óseo infectado se considera completamente imprescindible en situaciones como ésta.

Respecto de la evolución posterior, se afirma que la cirugía de reposición del colgajo óseo de craniectomía con craneoplastia (hueso sintético) se realizó el 5 de octubre de 2011, en un momento oportuno de evolución del paciente. Por un lado, se esperó más de 6 meses desde el tratamiento, que es el mínimo tiempo obligado, y se comprobó por TAC y por RM que no existían datos de infección en ese momento. En cuanto a la fijación de la plastia, la utilización de tres miniplacas de titanio con dos tornillos es una práctica habitual. Por tanto, el número de sujeciones utilizado no fue incorrecto ni escaso, fue sencillamente el que se usa de forma habitual en este tipo de cirugías.

Con posterioridad, el 26 de abril de 2012 se objetivó por el Neurocirujano presencia de movilidad de la prótesis, por lo que, tras descartar complicaciones infeccionas, se indicó cirugía para reparación de la misma. Ante la identificación de movilidad de la prótesis, debe realizarse una nueva fijación de la misma, como se intentó en este caso. La indicación es correcta, por tanto, y el aumento del número de miniplacas para anclar la prótesis está justificado.

El día 17 de julio de 2014, casi dos años después, se objetiva la presencia de una lesión en la piel en la región de uno de los tornillos de fijación de la prótesis. Se decide de acuerdo con el paciente la realización de una nueva cirugía para la retirada de la prótesis y colgajo de periostio. Esta actitud es correcta dado el alto riesgo infeccioso que presenta una prótesis sintética cuando existe ulceración y exposición de la misma al exterior. La ulceración sobre miniplaca es un riesgo inherente a la propia presencia de material metálico debajo de la piel y

que se hace especialmente importante en situaciones de cicatrices del cuero cabelludo que se han reabierto en varias ocasiones.

El día 12 de febrero de 2016, se realizó implantación de craneoplastia diseñada a medida de material PEEK, con seis placas y doce tornillos. Tras la cirugía la evolución fue buena, hasta que en fecha 21 de agosto de 2017 es valorado en consultas de Neurocirugía, donde se objetiva leve movilidad de la plastia. De acuerdo con el paciente se decide nueva reintervención para colocación de nuevas miniplacas y eliminar la movilidad, lo que se realiza el 26 de febrero de 2018. Las sucesivas movilizaciones de la prótesis no están motivadas por una mala técnica quirúrgica, dado que la colocación de la prótesis es correcta y solo se puede colocar de esa forma, sino que son el resultado de una idiosincrasia propia del paciente por la mala calidad de los bordes óseos afectados previamente por una infección severa en 2010.

Por último, el paciente presentó un episodio convulsivo tónico clónico en su domicilio, siendo valorado en el Servicio de Urgencias por Neurología, que instauró el tratamiento con Ácido Valtroico. El 16 de septiembre presenta nueva crisis por lo que desde el Servicio de Neurología se ajusta la dosis del antiepiléptico con aparente buen control. Estas crisis no se pueden prevenir dado que ocurrieron seis años después de la primera cirugía, y el único manejo que ha de hacerse es el tratamiento cuando aparecen, como así se ha hecho. Por otra parte, estos pacientes, con áreas de malacia (cicatriz) cerebral tras una infección, presentan alto riesgo de sufrir crisis durante su curso evolutivo, incluso años después.

En sus conclusiones generales el informe médico recoge lo siguiente:

> “1. El diagnóstico y el tratamiento realizado en las dos primeras visitas a urgencias en el… fue correcto y acorde a la sintomatología y exploración presentes en el paciente en ese momento. Este perito está de acuerdo con las conclusiones del informe del otorrinolaringólogo Dr…, sobre ésta praxis.

2. En la tercera visita a Urgencias se identificó de forma precoz el cambio en la exploración neurológica y se solicitó de forma urgente la prueba adecuada, TAC craneal.

3. Se diagnosticó de un empiema con absceso en fase de cerebritis precoz, por lo que es evidente pensar que la evolución de esta patología era de 1 a 3 días, de hecho, la clínica del paciente era de 48 horas.

4. El manejo neuroquirúrgico conservador inicial fue acorde al estado neurológico del paciente, que no presentaba focalidad inicialmente. Se estableció la pauta de antibiótico indicada para estos casos de forma empírica.

5. Ante el deterioro clínico se realizó cirugía urgente. Se firmaron los consentimientos informados. La indicación quirúrgica fue adecuada y la técnica elegida (craniectomía y evacuación) correcta. Se realizó profilaxis anticomicial. Se cumplió el tratamiento antibiótico de forma correcta.

6. El seguimiento se realizó con TAC y RM, como se indica en la literatura. Se realizó reposición del colgajo un año después, con plastia sintética a medida de PEEK, lo cual supone una actuación excelente.

7. En la evolución se produjeron movilizaciones de la prótesis por falta de osteointegración condicionada por la mala calidad ósea de los bordes del hueso afectado previamente de una infección. Se solventaron cuando fueron diagnosticadas. Esto supone una complicación inherente a la propia patología del paciente.

8. Se realizó retirada de la prótesis ante la presencia de una ulceración y exposición de la misma. Esta actuación es prudente y acorde a la práctica habitual, dado el alto riesgo infeccioso que tiene dicha ulceración sobre material sintético. Dicha cirugía se realizó conjuntamente con Cirugía Plástica para asegurar las posibilidades de éxito de la misma.

9. Tras la resolución de la anterior complicación se volvió a reponer la plastia con nueva plastia a medida de PEEK, con indicación correcta en tiempo y situación, y con técnica quirúrgica acorde a la práctica habitual.

10. Las sucesivas movilizaciones de la prótesis no están motivadas por una mala técnica quirúrgica, dado que la colocación de la prótesis es correcta y sólo se puede colocar de esa forma, sino que son el resultado de una idiosincrasia propia del paciente por la mala calidad de los bordes óseos afectados previamente por una infección severa en 2010.

11. El paciente presentó crisis comiciales durante su evolución, que fueron tratadas de forma correcta cuando se presentaron. El riesgo de existencia de crisis comiciales en un paciente intervenido de un absceso cerebral es alto incluso años después de la cirugía, y a pesar de completar el tratamiento de forma correcta."

F) Segundo Informe Médico Pericial emitido por la asesoría médica de…

Consta en el expediente un segundo informe pericial emitido por... (…).

En el informe, de fecha 24 de julio de 2020, suscrito por un médico-especialista en Otorrinolaringología y Patología Cervicofacial, se analiza la praxis seguida con don... por el Servicio Navarro de Salud en cuanto al diagnóstico y tratamiento de su sinusitis con absceso formal.

La pericial efectúa un resumen detallado de la historia clínica, realizándose diversas consideraciones médicas relativas al caso. En la valoración de la praxis médica, el Informante llega a las siguientes conclusiones generales:

"- El paciente acudió a urgencias con cefalea frontal, lagrimeo ipsilateral y fotofobia en el contexto de un cuadro catarral reciente. El diagnóstico de rinosinusitis aguda es correcto.

- El paciente no presentaba síntomas de complicación orbitaria o intracraneal de la rinosinusitis aguda. No era necesario pedir valoración por el otorrinolaringólogo ni solicitar un TAC de tracto nasosinusal. La Resonancia Magnética no se usa en España para el manejo diagnóstico de urgencia de la rinosinusitis aguda.

- Se instaura tratamiento empírico con amoxiclavulámico. La antibioterapia escogida es la de elección para el tratamiento de esta enfermedad. No está indicado solicitar un cultivo del contenido del seno en los pacientes con rinosinusitis aguda excepto en casos muy especiales.

- El dolor del paciente evoluciona satisfactoriamente con una ampolla de nolotil. No se puede afirmar que el dolor del paciente fuera de una intensidad tan alta que hiciera sospechar una complicación intracraneal de una rinosinusitis aguda.

- El paciente vuelve a las 15 horas a la urgencia por recidiva de su dolor frontal sin presentar ningún síntoma nuevo. No muestra manifestaciones de hipertensión intracraneal ni signos neurológicos ni fiebre alta y el dolor se vuelve a controlar de manera sencilla con una ampolla de ketorolaco. No estaba indicado pedir un TAC, avisar al otorrinolaringólogo ni tomar un cultivo. La actuación es correcta.

- Veinticuatro días después el paciente acude de nuevo a la urgencia con dolor frontal, fiebre alta y vómitos. Ante estos síntomas de sospecha de complicación se solicita un TAC de cráneo y la valoración por el otorrinolaringólogo identificándose un absceso cerebral y remitiéndose al paciente a un hospital con neurocirujano de guardia. La actuación es correcta.

- El paciente refiere que había mejorado después del tratamiento inicial pautado y que en los cuatro últimos días había empeorado. Es imposible que el paciente tuviera un absceso cerebral en fase de cerebritis precoz en las dos primeras visitas al servicio de urgencias. La evolución clínica de un absceso cerebral es mucho más rápida".

En su conclusión final, el Informe señala que el tratamiento del paciente por parte del…, a raíz de su sinusitis con absceso frontal, fue acorde a la Lex Artis.

Trámite de audiencia y alegaciones

Mediante escrito de fecha 25 de abril de 2019, el instructor del procedimiento dio trámite de audiencia al interesado por un periodo de diez días hábiles para la presentación de nuevas alegaciones, de otros documentos y de las justificaciones que estimara pertinentes. Asimismo, se le facilitó copia de los informes médicos facilitados por los Jefes de los Servicios de Neurología, de Neurocirugía, y de Urgencias del…, además de la historia clínica remitida por éste y de los informes médicos periciales de la asesoría médica…, emitidos por un especialista en Neurocirugía y otro en Otorrinolaringología.

Informe de alegaciones don...

Por escrito de 25 de marzo de 2020, el reclamante presentó alegaciones aportando para su incorporación al expediente los informes

periciales de la Odontóloga doña… y del Otorrinolaringólogo don…, así como el informe complementario del doctor…

En dicho escrito, el reclamante hace, en primer lugar, las siguientes apreciaciones: los tres peritos médicos de parte, doctor…, doctor… y la odontóloga… sostienen sin ningún género de dudas que se infringió la llamada lex artis con las consecuencias fatales para el paciente; los informes de los jefes de servicio del… están totalmente alejados de cualquier viso de imparcialidad; la actuación de los peritos médicos de la compañía de seguros adscritos a la asesoría médica legal (…) es absolutamente parcial y carente de cualquier objetividad; se echa en falta cualquier comentario en sus informes sobre el cuadro infeccioso del hueso craneal osteomielitis mal combatida y peor controlada a lo largo de todo el proceso de la implantación de los craneoplastias; “se echa en falta la ausencia de cualquier referencia al cumplimiento de los protocolos establecidos por los fabricantes en lo que se refiere a las craneoplastias fallidas”; el reclamante “en ningún caso recibió una información clara y precisa de la naturaleza de las intervenciones quirúrgicas a las que iba a someterse”.

En el capítulo de alegaciones, comienza describiendo los errores médicos, negligencias profesionales e infracción de la lex artis en las actuaciones médicas realizadas entre el 2 de julio de 2010 y el 30 de mayo de 2018, que se pueden resumir en lo siguiente: en la primera consulta de 2 de julio de 2010 “no se hace el menor esfuerzo por averiguar el agente patógeno de aquella infección”; en la segunda consulta de 2 de julio de 2010 (14 horas después) en los servicios de urgencias “no se le practica ninguna exploración radiológica, ni T.C. ni resonancia magnética y además tampoco se hace el menor esfuerzo en averiguar el agente patógeno de aquella infección” (los dos médicos que atienden al reclamante “son ambos MIR y ajenos por tanto a las máximas de experiencia”); “solo tardíamente se identificó el 27 de julio de 2017 como la bacteria del grupo estrectococus Milleirii que es un patógeno agresivo en la zona de la cabeza y cuello con propensión a la formación de abscesos cuyo lugar de origen arranca desde los senos

paranasales, pues bien, a pesar de ello sin la más mínima comprobación con el TAC correspondiente para determinar el alcance de la infección y sin saber el agente patógeno a este se le trata a base de un antibiótico genérico como es la amoxicilina-clavulánico 875/125 mg a todas luces ineficaz para combatir el agente patógeno"; "si las craneoplastias que se realizaron al paciente en no menos de cinco fallaron las cinco el porcentaje no es del 17% que señala el estudio de referencia del Doctor… si no del 100% lo cual viene a evidenciar que el proceso infeccioso que afectaba al paciente jamás se controló con la diligencia debida y por eso casualmente se dio el 100% de las craneoplastias fallidas".

A continuación transcribe los informes de tres peritos médicos emitidos en relación con las preguntas que les son formuladas:

Informe de la Odontóloga Doctora…

1ª) "*Dictamine si con el cuadro clínico que presentaba el paciente … el 2 de julio de 2010 a las 4.15 horas de la madrugada y catorce horas después que actuaciones clínicas se debieron llevar a efecto y no se llevaron y en todo caso de entrada si se infringió la llamada lex artis ad hoc*";

Respuesta: "debo concluir que se infringió la lex artis en las dos primeras intervenciones de servicio de urgencias del 2 de julio de 2010 al no emplear los medios técnicos y personales que la ciencia médica impone. Otra circunstancia relevante es el hecho de que desconociendo el agente patógeno de aquella infección S. Milleiri se aplicó para combatir esta bacteria el antibiótico amoxicilina clavunalico ineficaz y estéril para combatir aquella infección donde ya la ficha técnica de la amoxicilina clavunalico no se contempla los Estafilococos (Milleiri) entre las bacterias sensibles a esta terapia antibiótica reiterando además en el cuerpo de esa ficha técnica que todos los estafilococos son intrínsecamente resistentes a esta terapia antibiótica los cuales no deben ser nunca tratados con esta presentación de amoxicilina-clavunalico y además se recoge específicamente que todos

los estafilococos resistentes a meticilina son resistentes a amoxicilina-ácido clavunolico. Con lo cual se deja correr a su suerte la infección bacteriana causando estragos en el paciente".

2ª) "*Dictamine si las craniectomías llevadas a efecto con el paciente… y las subsiguientes craneoplastias se incumplió la llamada lex artis*".

Respuesta: "De acuerdo con la cronología de las intervenciones y las actuaciones médicas descritas, se evidencia claramente que no ha habido una correcta implantación de las craneoplastias. Mala técnica y mala asepsia, amén de falta de seguimiento estrecho del paciente tras las craniectomías y cráneo plastias practicadas. Pues bien, si las craneoplastias que se realizaron al paciente en no menos de cinco fallaron las cinco el porcentaje no es del 17% que señala el estudio de referencia del Doctor… si no del 100% lo cual viene a evidenciar que el proceso infeccioso que afectaba al paciente jamás se controló con la diligencia debida y por eso casualmente se dio el 100% de las craneoplastias fallidas".

3ª) "*Dictamine sobre el origen de la movilidad de la plastia y aflojamiento de los tornillos y si en esos procesos e intervenciones quirúrgicas para la implantación de la craneoplastia se incumplió la llamada lex artis ad hoc*";

Respuesta: "En el caso del paciente… las complicaciones presentadas tras la realización de la primera craniectomía han sido múltiples a mi entender se debieron a una negligencia y descontrol tanto en los preoperatorios como en los postoperatorios que hubieran exigido un control específico para evitar que el material de osteosíntesis se implantara sobre la base de una infección del sitio quirúrgico, y de dehiscencia de las heridas circunstancias totalmente anómalas que han precisado la retirada del material con sucesivas intervenciones quirúrgicas sobre la base de una grave infección del sitio quirúrgico que fue severa que obligó a retirar las prótesis de múltiples ocasiones como se relata en los antecedentes del presente

informe y se describe en los informe médicos analizados con el agravante añadido de que no consta ningún protocolo de los dispuestos por los fabricantes y suministradores de material de osteosíntesis que imponen de entrada abrir una ficha que perdura a lo largo de la clínica del paciente durante años y años y es llamativo que ni los Servicios de Neurocirugía ni en los informes periciales de… salga ninguna mención al cumplimiento o no de estos protocolos lo que reiteramos hubiera sido sumamente esclarecedor. Consecuentemente con lo expresado entiendo que se incumplió de manera notoria la lex artis tras la realización de la primera craneotomía del 11 de septiembre de 2011 y sucesivas que se detalla en los informes descritos y analizados".

4ª) "*Dictamine si está de acuerdo con los informes de la jefa de servicio de neurocirugía del… Doctora… y del perito neurocirujano Doctor… y en todo caso las razones de su discrepancia*".

Respuesta: "Discrepo absolutamente de los informes de la jefa de neurocirugía del… Doctora… y del perito neurocirujano Doctor…, a mi juicio el gravísimo y primer error arranca el 2 de julio del 2010 al aplicar para un cuadro de sinusitis agudo una antibioterapia a base de amoxicilina clavunalico estéril para combatir la infección provocada por el S. Milleiri insensible esta bacteria a este fármaco campando a sus anchas degenerando en el absceso cerebral y empiema subdural con las consecuencias fatales para el paciente. Segundo gran error se da en el conjunto de craneoplastias fallidas al 100% que obligan en este caso a intervenir al paciente nada más y nada menos que en cinco intervenciones quirúrgicas innecesarias de haberse controlado en principio el agente patógeno de esta infección, y de haberse analizado el grado de infección del lecho quirúrgico con un hueso infectado que imposibilita la correcta osteointegración del material del osteosíntesis en el lecho quirúrgico".

Informe de don…, especialista en Otorrinolaringología

1ª) "*Dictamine si las actuaciones del servicio de urgencia a la fecha del 2 de julio del 2010 en las dos primeras consultas si se acomodaron a la llamada lex artis o se incumplió manifiestamente la misma y las consecuencias derivadas de este incumplimiento*".

Repuesta: "Ausencia de especialista en Otorrinolaringología en las dos primeras consultas del paciente … en servicio de urgencia de fecha 2 de julio (lo que) nos llama la atención cuando de entrada al paciente se le prescribe por esos servicios de urgencia un antibiótico (…) totalmente estéril e inútil para combatir aquella infección. En el presente caso entiendo que con los síntomas que presentaba en paciente fotofobia y lagrimeo, además de la cefalea se debió haber recurrido a los servicios de otorrinolaringología realizando al paciente una endoscopia funcional paranasal para identificar el agente patógeno de aquella infección y sin identificar el patógeno de aquella sinusitis la antibioterapia resultó estéril cuando unos días más tarde el proceso infeccioso por aquel descontrol campó a sus anchas que derivó en un absceso cerebral y empiema". "En los servicios de urgencias se incurrió en la omisión en las pruebas de imagen TAC o resonancia magnética de obligada aplicación sobre todo tras la segunda consulta que se realizó 14 horas después con cefaleas de repetición, fotocopia y lagrimeo que son claramente un indicador de otras complicaciones intercraneales". "El retraso en el diagnóstico de un ESD secundario a una sinusitis es clave". Habiendo signos claros de complicaciones intercraneales (cefaleas, fotofobias y lagrimeo), "debió sospecharse de procesos infecciosos intracraneales ante todo paciente diagnosticado de una infección sinusal que muestran síntomas extracraneales. Los abscesos intracraneales ocurren concomitantes con los empiemas subdurales".

2ª) "*Dictamine cuál fue el agente patógeno que desembocó en el paciente en un empiema subdural y acceso frontal derecho con antecedentes de sinusitis y las consecuencias de la tardía identificación de este patógeno y si sin esa identificación era imposible combatir la*

infección con la antibioterapia adecuada, y si con ello se incumplió la lex artis ad hoc".

Respuesta: "La sintomatología que presenta el paciente… cefalea, fiebre, lagrimeo homolateral y fotofobia conforme a las máximas de la experiencia y a ciencia médica exigían un estudio completo del área nasal y de los senos paranasales con una visión anatómica (visión directa), fisiológica (estudio de flujos nasales) y radiológica (radiología simple y TAC). La exploración de la fosa nasal puede realizarse mediante la rinoscopia anterior o mediante endoscopia con ópticas flexibles rígidas y sin esas pruebas era imposible conocer la bacteria causante de la infección y combatir con la antibioterapia al causante de aquella infección que no era otra que la bacteria estreptococus millieiri que desembocó en el empiema subdural y absceso cerebral, descuido esencial por falta de diligencia médica con el citado paciente con las consecuencias fatales para el mismo".

3ª) "*Dictamine si está de acuerdo con el informe pericial médico del otorrino… y en todo caso las razones de su discrepancia*"·

Respuesta: "Las máximas de la experiencia imponían la realización de un TAC o Resonancia magnética y una endoscopia funcional paranasal y más tras la segunda cefalea de repetición con un cuadro agravado respecto al cuadro anterior 14 horas antes de esa segunda consulta en el hospital de urgencias. Las actuaciones de entrada por los Servicios de urgencias no se acomodaron a la lex artis no aplicando los medios que la ciencia impone como la prueba de imagen, TAC o resonancia magnética y sin controlar durante días el agente patológico de aquella infección estilococo millieri corriendo a sus anchas con las consecuencias fatales para el paciente".

4ª) "*Dictamine si bajo el punto de vista de las craneoplastias y craneotomías estas actuaciones se ajustaron a la lex artis*".

Respuesta: "los desplazamientos de la plastia y el desprendimiento de los tornillos se deben a un descontrol del lecho

quirúrgico con infecciones subyacentes que imposibilitaron de manera eficaz la osteosintegración de los tornillos en el lecho quirúrgico. La ausencia de cualquier referencia a los protocolos que se debieron realizar sobre los fallidos de la craneoplastia o bien no se realizaron o en todo caso no han aflorado en ninguno de los informes y fuentes analizados lo cual hubiera sido sumamente revelador para el caso que nos ocupa".

Informe complementario de don…, especialista en Dermatología y Venereología

1ª) "*Dictamine si está de acuerdo con el informe del Servicio de Urgencias emitido por el jefe del servicio Don… del 26 de marzo de 2019 y en otro caso las razones de su discrepancia*".

Respuesta: "este informe resulta absolutamente escandoloso y en todo caso supone un claro insulto a la inteligencia con un claro afán exculpatorio de cualquier negligencia médica". "La fotofobia a mi entender en si ya es un claro síntoma de una afectación neurológica". "En (la) segunda consulta (14 horas después de la primera) al paciente no se le practica ninguna exploración física ni tampoco radiológica, ni TC ni resonancia magnética". "Llamamos la atención sobre el hecho que las dos primeras consultas de urgencias a primeros de julio de 2010 se realizan con sendos médicos residentes los llamados MIR que avalan su nula experiencia profesional y como es lógico supone estar en fase de formación y sin esos conocimientos previos no pudieron afrontar con garantías un cuadro clínico como el que presentaba el paciente". "En el presente caso, no se utilizaron los medios adecuados para averiguar la zona infecciosa y la extensión de la misma a nivel cerebral, como tampoco se utilizó un antibiótico capaz porque no se hizo ningún cultivo que permitiese determinar su idoneidad frente al agente patógeno para combatir la infección. Cualquier profesional de la medicina sabe que los Abscesos cerebrales y los Empiemas subdurales en la inmensa mayoría de los casos son secundarios a una Sinusitis, de ahí la necesidad de haber empleado los medios de

videoimagen, TAC y resonancia magnética cerebral y al no hacerlo así, se dejó correr a su suerte la infección que desembocó en el Absceso cerebral y en el Empiema subdural, con consecuencias fatales para el paciente, con graves secuelas y lesiones fáciles de haberse evitado si hubiera un mínimo de diligencia en aquel estadio inicial a 1 y 2 de julio de 2010". "Con el cuadro que padecía el paciente había una sospecha bien clara de una sinusitis bacteriana y ello ya exigía seguir los protocolos para identificar el agente patógeno de aquella infección y una vez identificado combatirlo adecuadamente con el antibiótico específico correspondiente. El paciente estaba afectado de una bacteria llamada estreptococus millieri y esa bacteria solo se combate adecuadamente con una triada de antibióticos de amplio espectro como mínimo vancomicida, cefotaxima y metromidazol". "Y esa obligación de analizar ese patógeno incumbía necesariamente a los servicios de urgencia del… y sin ese conocimiento preciso de esa bacteria la antibioterapia aplicada a base de amoxicilina clavunalico resultó estéril e ineficaz. Por todo lo cual debemos concluir que ya en el Servicio de urgencia del… se incumplió la llamada lex artis ad hoc". "Tampoco se remitió al paciente a los servicios de Otorrinolaringología que con toda seguridad habrían realizado al paciente una endoscopia funcional paranasal para identificar el agente patógeno de aquella infección, persistiendo en la misma antibioterapia estéril a todas luces para combatir la infección"

2ª) "*Dictamine si está de acuerdo con el informe de la Doctora… jefe del Servicio de Neurología del… y en otro caso las razones de su discrepancia*".

Respuesta: "Es evidente que la antibioterapia aplicada al paciente resultó absolutamente estéril como lo demuestra el cuadro de Absceso cerebral y el Empiema subdural, con la relevancia añadida de que si hubiera cortado de raíz la infección de los senos paranasales (Sinusitis) se hubieran evitado las craniectomías y las craneoplastias que cronológicamente se sucedieron desde el año 2010 hasta febrero de 2018, con las gravísimas secuelas cerebrales que han culminado en

una invalidez permanente del paciente. Todo lo cual hubiere sido fácil de evitar de haberse empleado los medios adecuados de que dispone todo Hospital y la praxis médica hubiese sido correcta".

3ª) "*Dictamine si está de acuerdo con el informe de la Doctora…, jefe del Servicio de Neurocirugía del… y en otro caso las razones de su discrepancia*".

Respuesta: "No es entendible en un profesional de la medicina en este caso la jefa del servicio de neurocirugía Doctora… no se alegue ni se haga la más mínima mención de la causa efecto de las craniectomías y cranioplastias fallidas por la infección subyacente ostemielitis y nunca adecuadamente combatida que impedían necesariamente la osteintegración del material de osteosíntesis en el lecho quirúrgico".

4ª) "*Dictamine si está de acuerdo con el informe del Doctor…, licenciado en Medicina y Cirugía y Especialista en ejercicio de Neurocirugía y en otro caso las razones de sus discrepancias*".

Repuesta: "Error de diagnóstico el 1 y 2 de julio de 2010 y negligencia en la praxis médica al no emplear los medios técnicos adecuado para determinar con certeza el alcance de la infección como son la TAC y la RM. La Rx de senos que se practicó al paciente el 1 de julio de 2010 fue inadecuada e insuficiente y en ningún caso es la aconsejada para el cuadro clínico que el paciente en apariencia presentaba (Sinusitis aguda). Ignora la aconsejable derivación al paciente a un especialista en ORL para que valorase la actitud a tomar en el caso, asumiendo los médicos que estuvieron con el paciente todas las responsabilidades. Las consecuencias son obvias y a la vista están"

5ª) "*Dictamine si está de acuerdo con el informe del Doctor… F.E.A. Otorrinolaingología y Patología Cervicofacial del… y en otro caso las razones de sus discrepancias*".

Respuesta: “No entendemos de donde extrae este perito la expresión acude de nuevo a urgencias diciendo que mejoró con el tratamiento pautado 24 días antes, cuando a sensu contrario la persistencia en el agravamiento del cuadro iba in crescendo a lo largo de los días”. “En el presente caso se dio un claro retraso en el diagnóstico, tanto del Absceso cerebral como del Empiema subdural secundario a la Sinusitis, y con ello, un retraso en el tratamiento”. “El tratamiento médico precoz (en sus estadios iniciales, que es cuando el paciente acudió a la consulta), con antibioterapia adecuada, hubiese impedido la formación del Absceso”. “Un ORL que hubiese visto al paciente (…) se hubiese asegurado de que su actuación hubiese sido correcta recurriendo a pruebas objetivas que le informasen de cuál era la afectación del paciente, me refiero al TAC o bien a la RM, y hubiese hecho un cultivo para determinar cuál era el agente mórbido causal y que el tratamiento fuese el correcto”.

Finalmente, el escrito de alegaciones hace un compendio de los supuestos errores médicos y negligencia profesionales cometidos, aduce ausencia de consentimiento informado, evoca la jurisprudencia aplicable en materia de responsabilidad patrimonial de la Administración, fija sobre la base de las secuelas y días de incapacidad la indemnización, y concluye solicitando se acoja la demanda de responsabilidad patrimonial incoada y reconociendo al demandante el derecho a ser indemnizado por la suma de 836.810,3 euros con los intereses legales correspondientes.

Propuesta de resolución

La propuesta de resolución, precedida de un informe jurídico de la que es fiel reflejo, desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta por don..., por los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Tras referir los antecedentes de hecho, en su fundamentación jurídica analiza la concurrencia de los requisitos necesarios para que

proceda la responsabilidad patrimonial y la reiterada doctrina sobre el cumplimiento de la “lex artis” en la determinación de una actuación médica correcta.

Se señala que, con carácter general, las alegaciones y afirmaciones que se realizan no se argumentan ni se respaldan con referencias concretas a ninguna normativa, guía, manual, protocolo o documento médico de consenso nacional o cualquier otro nivel; por otra parte, los informes periciales aportados por los especialistas en dermatología, venereología y odontología, no son los más apropiados para analizar las cuestiones aquí planteadas.

Por lo que se refiere a la atención prestada al paciente en los dos primeros días de julio de 2010 se destaca que, a tenor de las pautas marcadas por la *European Position Paper and Rhinosinusitis and Nasal Poliposis* o EPOS, fue conforme a la praxis *ad hoc*, ya que en dicho documento se determina que en el diagnóstico de rinosinusitis aguda bacteriana no se necesitan endoscopia nasal, TAC o participación de un otorrinolaringólogo.

En cuanto a las actuaciones supuestamente defectuosas en la realización de craneoplastias y las suturas correspondientes, se indica que no se argumenta ni se acredita qué defectos técnicos concretos adolecían las cirugías practicadas, sino que se limita a indicar que el resultado (la necesidad de reforzar o de repetir las craneoplastias y la ulceración de la piel) demuestra la incorreción de la técnica. Se afirma, de acuerdo con lo señalado por…, que la actuación de los neurocirujanos ante la presencia de la ulceración de la miniplaca en la piel fue correcta y ajustada a la práctica habitual, dado el alto riesgo infeccioso que presenta una prótesis sintética cuando la ulceración y exposición de la misma al exterior, y no está influenciada por la praxis ni es consecuencia de una mala técnica quirúrgica, porque además ocurrió dos años después de la intervención.

En cuanto a las crisis epilépticas, se observa que se han tratado adecuadamente ya que estas crisis no se pueden prevenir dado que

ocurrieron seis años después de la primera cirugía y el único manejo que ha de hacerse es el tratamiento cuando aparecen como se hicieron; por otro lado, en pacientes con áreas de malicia (cicatriz) cerebral tras una infección, existe alto riesgo de sufrir crisis durante su curso evolutivo, incluso años después.

Finalmente, se rechazan las alegaciones de falta de control de la infección craneal o la falta de seguimiento de los protocolos de los fabricantes del material de osteosíntesis o que la aleación de titanio del tornillo implantado no fuera de la calidad debida, porque ninguna de las hipótesis resulta acreditada, ni se aportan, ni se desprende del expediente administrativo o de la historia clínica indicios o datos que conduzcan a concluir que alguna de esas causas deba ser la que provocó la movilización.

De todo ello se concluye que la actuación de los servicios sanitarios del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea es acorde con la “lex artis”, y que no se ha acreditado la concurrencia de la responsabilidad patrimonial, debiéndose desestimar la reclamación formulada por el reclamante.

II. CONSIDERACIONES JURÍDICAS

II.1ª. Objeto y carácter preceptivo del dictamen.

La presente consulta versa sobre una reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta por don..., frente al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, por presuntos daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria prestada por dicho Servicio en relación con un diagnóstico tardío de una sinusitis aguda y la extensión de la infección a nivel cerebral. Es ésta una consulta en un expediente de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo dependiente de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra en materia sanitaria.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 14.1. de la LFCN, el Consejo de Navarra debe ser consultado preceptivamente en los siguientes asuntos: i) Reclamaciones de responsabilidad patrimonial en las que se solicite una indemnización en cuantía igual o superior a trescientos mil euros.

En el presente caso se solicita una indemnización de ochocientos treinta y seis mil ochocientos diez euros con treinta y un céntimos (836.810, 31), por lo que el presente dictamen se emite 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 el presente caso, compete al Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

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 los dos informes 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: 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 Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en lo sucesivo, 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.4ª. La relación de causalidad y la antijuridicidad del daño: acerca del cumplimiento o no de la *lex artis*

Como este Consejo ha señalado en dictámenes anteriores (entre otros, 36/2015, de 1 de diciembre, 8/2016, de 25 de enero, 49/2016, de 21 de octubre y 10/2017, 27 de marzo), el sistema legal 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 mecánica del principio de objetividad puede provocar resultados no sólo contrarios a un elemental principio de justicia, sino incluso a la concreta función del instituto indemnizatorio, por ello se ha reiterado por la jurisprudencia que el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración no convierte a las Administraciones Públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos sociales (SSTS 19 de junio de 2001 y 26 de febrero de 2002); y, por otra parte, como también ha recordado el Tribunal Supremo (SSTS 19 de junio de 2001 y 4 de marzo de 2006), no basta para que exista responsabilidad patrimonial la apreciación de deficiencias en la atención médica prestada, sino que es necesario, además, que el perjuicio invocado y cuya reparación se pretende sea una consecuencia o tenga como factor causal dicha prestación sanitaria.

Por otra parte, es igualmente conocida la doctrina jurisprudencial conforme a la cual en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión, sino que será preciso acudir al criterio de la *"lex artis"* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, y si cabe establecer un nexo causal que opere la imputación de responsabilidad a los

servicios sanitarios; todo ello con independencia del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la curación o la salud del paciente (STS, Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 13 de julio de 2007).

En consecuencia, el criterio fundamental para determinar la existencia o no de responsabilidad patrimonial es el de la “lex artis”, y ello ante la inexistencia de criterios normativos que puedan servir para determinar cuándo el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios ha sido correcto. La existencia de este criterio se basa en el principio básico sustentado por la jurisprudencia en el sentido de que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados; es decir, la obligación es de prestar la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Por lo tanto, el criterio de la “lex artis” es un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida (“lex artis”). Este criterio es fundamental pues permite delimitar los supuestos en los que verdaderamente puede haber lugar a responsabilidad exigiendo que no solo exista el elemento de la lesión sino también la infracción de dicha “lex artis”; de exigirse sólo la existencia de la lesión se produciría una consecuencia no querida por el ordenamiento, como sería la excesiva objetivación de la responsabilidad al poder declararse la responsabilidad con la única exigencia de la existencia de la lesión efectiva sin la exigencia de la demostración de la infracción del criterio de normalidad representado por la “lex artis” (STS de 13 de julio de 2007). Como reiteradamente se ha reconocido por la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, el daño indemnizable ha de ser antijurídico y, en caso de daños derivados de actuaciones sanitarias, no basta con que se produzca el daño sino que es necesario que éste haya sido provocado por una mala praxis profesional. Así, la sentencia de 19 de septiembre de 2012, recaída en recurso de casación 8/2010, señala:

> “La concepción del carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial que se mantiene por la parte recurrente no se corresponde con la indicada doctrina de esta Sala y la que se recoge en la sentencia de 22 de abril de 1994, que cita las de 19 enero y 7 junio 1988, 29 mayo 1989, 8 febrero 1991 y 2 noviembre 1993, según la cual: «esa responsabilidad patrimonial de la Administración se funda en el criterio objetivo de la lesión, entendida como daño o perjuicio antijurídico que quien lo sufre no tiene el deber jurídico de soportar, pues si existe ese deber jurídico decae la obligación de la Administración de indemnizar» (en el mismo sentido sentencias de 31-10-2000 y 30-10-2003).
>
> Debiéndose precisar que, cuando se trata de reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria, la jurisprudencia viene declarando que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva mas allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la *“lex artis”* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. Así, la sentencia de 14 de octubre de 2002, por referencia a la de 22 de diciembre de 2001, señala que «en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir, de modo que, aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si ésta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia postoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste, hoy recogida en el citado artículo 141.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, redactado por Ley 4/1999, de 13 de enero, que no vino sino a consagrar legislativamente la doctrina jurisprudencial tradicional, cuyo alcance ha quedado aquilatado en este precepto»”.

De lo expuesto se colige que el reproche de antijuridicidad de la lesión acaecida se elimina si la actuación médica se ajusta a la *“lex artis ad hoc”*; esto es, cuando se valore que la actuación médica se ha desarrollado correctamente teniendo en cuenta las especiales

características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos -estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la misma organización sanitaria-, atendiendo al estado de la ciencia y técnica normal requerida, cumpliéndose tanto el acervo de exigencias o requisitos de legitimación o actuación lícita, como respondiendo con eficacia los servicios (STS, Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 11 de marzo de 1991).

Cuando se hubiera procedido así, el daño producido no sería calificado de antijurídico y, en consecuencia, no concurriría uno de los presupuestos básicos para que se estime la responsabilidad de la Administración.

En el presente caso, la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria se reclama, tal y como venimos indicando, por las numerosas presuntas negligencias médicas cometidas en la atención sanitaria dispensada a don..., tanto en las dos primeras visitas realizadas al Servicio de Urgencias del...el día 2 de julio de 2010 aquejado de una cefalea frontal con lagrimeo y fotofobia, como en las intervenciones de craniectomía y craneoplastia practicadas tras su ingreso el 26 de julio del mismo año, así como por la deficiente atención prestada en las crisis epilépticas sufridas por el reclamante; negligencias de las que han resultado unas patologías importantes por las que ha sido declarado por el INSS en situación de Invalidez permanente total.

La sucesión de errores médicos traería causa, según relata el reclamante, de las dos primeras visitas a Urgencias el día 2 de julio de 2010 cuando se le diagnosticó una sinusitis aguda sin saber el alcance de la infección paranasal y su extensión a nivel cerebral, y solo se le realizó una RX de senos absolutamente estéril e inútil. A su juicio, lo que se debió de haber realizado, y no se hizo, es un TAC cerebral o una resonancia magnética y, además, remitirle al profesional adecuado, un especialista en otorrinolaringología, quien hubiera realizado al

paciente una endoscopia funcional paranasal, e identificado el agente patógeno de aquella infección, mediante el antibiograma correspondiente. En su lugar, se prescribió un fármaco inocuo para combatir la infección y absolutamente estéril (amoxil clavulani), sin identificar el agente patógeno causante de aquella infección, de forma que la infección derivó 27 días más tarde, en una gravísima infección cerebral, absceso cerebral y empiema subdural. Lo cual motivó una craniectomía y una serie de sucesivas craniectomías y craneoplastias con numerosas intervenciones a nivel cerebral, absolutamente innecesarias de haberse combatido la infección. Considera, además, que las craneoplastias se realizaron supuestamente sin ningún rigor técnico, mala técnica quirúrgica y mala asepsia del sitio quirúrgico lo que provocó múltiples intervenciones quirúrgicas por desplazamiento y supuración, amén de la epilepsia crónica. Lo que ha determinado que el INSS haya declarado al reclamante afecto a una invalidez permanente en grado de total.

Aquí no se discute la interrelación de las circunstancias descritas; es decir, entre la sinusitis y el absceso cerebral, el empiema subdural y la epilepsia que se pueden considerar como posibles consecuencias secundarias o efectos derivados de la sinusitis. Es posible que, de estar presente el patógeno (la bacteria estrectococus Milleiri) ya en las primeras atenciones, y de haberse identificado y aplicado en el momento oportuno el tratamiento adecuado para combatir el patógeno todo hubiera sido distinto y se hubieran evitado las intervenciones quirúrgicas posteriores y el cuadro de afecciones que presenta el reclamante. Lo que ya no resulta tan pacífico es la presencia del patógeno ya en los primeros momentos de la visita a Urgencias y la tardía aplicación del tratamiento correcto como factor de imputación de responsabilidad a la Administración sanitaria y la serie de acusaciones de falta de profesionalidad médica o negligencias del personal médico posteriores en las sucesivas intervenciones quirúrgicas, que denuncia el reclamante en sus escritos de reclamación y de contestación a los informes médicos oficiales.

La afirmación del reclamante de que la causa de todo radica en el error inicial de diagnóstico y en la demora en el tratamiento que el cuadro clínico requería ya en sus momento iniciales el 2 de julio de 2010, porque debió realizarse un TAC o una resonancia magnética y además una endoscopia y un cultivo o antibiograma para identificar al agente patógeno, con remisión del paciente al otorrinolaringólogo, por lo pronto no aparece sustentado en ningún protocolo de actuación médica o documento de recomendaciones diagnósticas y terapéuticas basado en evidencias científicas que se haya aportado; solo se apoya en informes de parte y apreciaciones apriorísticas emitidas por un especialista en dermatología y venereología, otro en odontología y un tercero en otorrinolaringología, único con competencia técnica y capacidad acreditada para emitir un juicio sobre la materia.

Ello al margen la afirmación aparece claramente contradicha por los diversos informes obrantes en el expediente de los facultativos del Servicio Navarro de Salud intervinientes en el proceso, y de los peritos especialistas en Otorrinolaringología y Neurocirugía de la Asesoría… que descartan radicalmente dicha situación y no precisamente de manera gratuita. A diferencia de los informes aportados por el reclamante, el informe de… se asienta en *European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Poliposis* o EPOS (el documento europeo de posicionamiento en la rinosinusitis y la poliposis nasal) que marca las pautas con distinto nivel de evidencia científica que se siguen a nivel europeo y extraeuropeo en el manejo de esta enfermedad. En dicho informe se destaca que, en lo que respecta al diagnóstico de la rinosinusitis aguda, el EPOS especifica que ésta se diagnostica por la presencia de dos o más síntomas mayores (bloqueo y obstrucción nasal, congestión y rinorrea anterior o posterior) o un síntoma mayor con dos menores (presión facial y pérdida de olfato). Y se especifica también que la presencia en la exploración endoscópica de edema (hinchazón), pus o pólipos en el meato medio o de cambio radiológicos en el complejo osteomeatal en un TAC de senos parentales también son diagnósticos de rinosinusitis aguda, si bien explica claramente que en la inmensa mayoría de los casos no es necesaria ni la exploración

con endoscopio nasal ni la realización de un TAC, el cual se reserva para las siguientes situaciones: pacientes inmunocomprometidos, sospecha de complicación o sintomatología muy severa. Añade que el EPOS marca las pautas para diagnosticar una rinosinusitis aguda bacteriana y de nuevo los criterios son en su mayoría puramente clínicos: rinorrea purulenta, dolor intenso localizado, fiebre mayor 38 º C, empeoramiento después de un periodo de mejoría sintomática o elevación de la velocidad de sedimentación globular. Es decir, el EPOS determina que en el diagnóstico de rinosinusitis aguda bacteriana no se necesitan endoscopia nasal, TAC o participación de un otorrinolaringólogo. Por último, se precisa que los cultivos de bacterias en la rinosinusitis aguda bacteriana no son recomendados por la dificultad técnica (se requeriría en la mayoría de los casos la presencia de un otorrinolaringólogo y en función de la localización una cirugía bajo anestesia general para obtener una muestra fiable) y la baja rentabilidad clínica; solo se sugieren ante fracaso del tratamiento médico pautado tras varios días de utilización o en pacientes inmunodeprimidos.

Estas consideraciones médicas realizadas en general por el perito de... sobre la base de EPOS no han sido rebatidas con base en ningún otro protocolo o literatura científica de contraste, ni tampoco desvalorizadas por los peritos que renuncian a hacer comentario alguno en los informes de parte aportados por el reclamante, salvo el perito especialista en dermatología y venereología que de forma simple se limita a descalificar el recurso a tal fuente bibliográfica, argumentando que los peritos médicos de… “buscan de cualquier manera exculpar la no aplicación de los medios técnicos debidos a sabiendas que el manual EPOS es un tratado general y en ningún caso define con la precisión debida las patologías concurrentes en todos y cada uno de los pacientes dado que una práctica común en la medicina es ir más a las máximas de la experiencia más que a las estadísticas de un manual”.

No habiéndose cuestionado este protocolo médico de referencia, ni aportado, por tanto, otro orden referencial científico para evaluar el manejo de esta enfermedad distinto del EPOS, hemos de ceñirnos a estas pautas asumidas a nivel europeo y extraeuropeo, a la hora de determinar si la atención sanitaria dispensada se ajustó a los parámetros asistenciales que resultan exigibles a la Administración sanitaria adecuándose a la "lex artis", y si al reclamante se le ha causado un daño antijurídico que no tiene el deber jurídico de soportar.

Haciendo un análisis de la praxis médica aplicada en aquellas primeras visitas a Urgencias, claves, al decir del recurrente, en el devenir de la evolución del cuadro clínico del paciente, lo que nos revela es lo siguiente:

El día 2 de julio de 2010 el paciente acudió al Servicio de Urgencias por presentar un cuadro de horas de evolución de cefalea frontal acompañada de lagrimeo y fotofobia tras episodio catarral de tres días. En la exploración física se constata únicamente "*dolor en región supraorbitaria derecha con la flexión del tronco*", sin fiebre ("*Temperatura: 36.8ºC*") y sin signos meníngeos y sin déficits neurológicos ("*Consciente y orientado temporalespacialmente; Lenguaje normal. Pares craneales normales"*). "Rx senos: *Aumento de la densidad en seno frontal derecho*". Juicio clínico: "*Sinusitis aguda*". Se pautó tratamiento antibiótico: Amoxi/Clavulani Normon 875/125Mg24 COM : 1 comprimido cada 8 horas. En Observaciones se indica: "*No necesita acudir a revisión por este motivo. Será controlado por su Médico de Atención Primaria, quien introducirá las modificaciones que considere oportunas*".

Catorce horas más tarde, el paciente vuelve a Urgencias por persistencia del dolor frontal. Manifiesta que "*en casa ha estado afebril pero que el dolor no ha mejorado a pesar de los medicamentos*" contra el dolor, y que: "*No ha tenido sintomatología nueva".* En la exploración física se observa que el paciente estaba afebril *("Temperatura axilar 37 ºC)* y además: "*Desviación de tabique nasal hacia la derecha. No flujo*

de aire a través de los orificios nasales. Respiración bucal. Dolor selectivo a la percusión del seno frontal derecho". Se le mantiene tratamiento antibiótico añadiendo inhalación de vapores nasales al tratamiento habitual. Se le recomienda que en caso de empeoramiento vuelva al Servicio de Urgencias.

A tenor de lo expuesto, el manejo de la enfermedad, tanto en la primera asistencia como en la segunda parece bastante claro que se ajustó a las máximas marcadas por la guía EPOS. La clínica referida por el paciente era únicamente de cefalea frontal en región derecha de horas de evolución con lagrimeo y fotofobia tras episodio catarral de tres días. Y la exploración física era normal. En consecuencia, no era necesaria ni la exploración con endoscopio nasal, ni la realización de un TAC, el cual se reserva para los pacientes inmunocomprometidos, o con sospecha de complicación o sintomatología muy severa.

Por otra parte, no había ningún síntoma sugestivo de complicaciones neurológicas ni de patología cerebral. Ya se ha señalado que para diagnosticar una rinosinusitis aguda bacteriana los criterios son en su mayoría puramente clínicos -rinorrea purulenta, dolor intenso localizado, fiebre mayor 38º C, empeoramiento después de un periodo de mejoría sintomático- y no existía ninguno de los referidos signos de tal complicación en la primera asistencia ni en la segunda asistencia en la que el paciente vuelve sin aparición de fiebre y sin presentar síntomas nuevos.

Asimismo, dados los síntomas que en los primeros momentos presentaba el paciente, el tratamiento antibiótico (amoxiciclina y ácido clavulánico), analgésico y descongestionante realizado, no resultaba desacertado según lo previsto en la guía EPOS. El tratamiento pautado por los médicos de urgencias, impropiamente descalificados por el perito médico especialista en dermatología y venereología por su condición de MIR, es lo que viene siendo práctica habitual en la atención primaria cuando se presenta un cuadro clínico como el del paciente sin mayores signos de complicación.

Con fecha 26 de julio, transcurridos 24 días, el paciente, después de haber mejorado de su cuadro, vuelve a Urgencias porque en las últimas 48 horas ha empeorado el dolor, ha aparecido fiebre de hasta 39ºC, y presenta vómitos alimenticios. En la exploración física se registra fiebre de 37,9ºC. y se perciben signos de complicación intracraneal por lo que se avisa al otorrinolaringólogo y se solicita una analítica y un TAC de tracto nasosinusual, que es informado como sinusitis frontal "*con absceso cerebral en fase de cerebritis precoz, sin cápsula definida y con efecto de masa de 4 mm en la línea de los lóbulos frontales. Se acompaña de un empiema epidural adyacente a la tabla del hueso frontal derecho. Ocupación de seno frontal y maxilar en el lado derecho. Ocupación de celdillas etmoidales bilaterales*". En esta tercera visita habían aparecido síntomas nuevos que permitían calificar el dolor frontal como dolor severo, y, por tanto, estaba indicada la valoración por el otorrinolaringólogo y la realización de la Tomografía computarizada (TAC craneal urgente), tal y como se hizo. E inmediatamente después el paciente fue remitido de forma urgente para atención neuroquirúrgica, siendo ingresado en el… e instaurado tratamiento antibiótico adecuado de forma empírica.

Hasta esta tercera visita no presentó signos de complicación intracraneal y en el momento en que aparecen éstos la actuación fue rápida y diligente, por lo que la atención sanitaria del paciente fue la adecuada en todo momento a los síntomas, no habiendo error inicial de diagnóstico.

En este sentido, tampoco cabe admitir que el agente patógeno (la bacteria del grupo estrectococus Milleiri que da lugar a la formación de abscesos) se identificó tardíamente porque, como se indica en los informes médicos de los servicios de neurología, neurocirugía y de..., la formación del absceso es la de cerebristis precoz (de 1 a 3 días de formación) y ello combinado con la evolución de la sintomatología de unas 48 horas únicamente, hace evidente pensar que la formación del absceso como mucho era de unos 3 o 4 días como máximo, y, en consecuencia, no se podría haber sospechado ni diagnosticado 24 días

antes en las visitas a Urgencias de 2 julio de 2010. En consecuencia, no hubo demora en el diagnóstico ni en el tratamiento con antibiótico específico.

Por todo ello, se considera que no hubo mala praxis ad hoc en el tratamiento y asistencia sanitaria prestada al reclamante en los primeros momentos en el Servicio de Urgencias, de manera que no puede estimarse la existencia de responsabilidad de la Administración por este primer motivo de reclamación.

En segundo lugar, denuncia el reclamante una serie de actuaciones defectuosas en la realización de craneoplastias y las suturas correspondientes. Considera, como se ha señalado, que las craneoplastias se realizaron supuestamente sin ningún rigor técnico, mala técnica quirúrgica y mala asepsia del sitio quirúrgico y de sutura lo que provocó múltiples intervenciones quirúrgicas por desplazamiento y supuración a través de la herida.

A efectos de evaluar la lex artis empleada, útil será comenzar recordando cada una de las intervenciones quirúrgicas y las deficiencias expresadas por el reclamante.

1) El día 27 de julio de 2010, el paciente, tras presentar un deterioro cognitivo neurológico, con disminución del nivel de consciencia y hemiparesia izquierda, ingresó en el… realizándose, previa obtención del consentimiento informado, cirugía urgente, una craniectomía descomprensiva frontotemporal derecha y evacuación de empiema subdural con toma de muestras de cultivos de microbiología. Sobre la indicación de la neuroquirúrgica de la craniectomía y la retirada del colgajo óseo infectado, no hay discusión alguna; el reclamante la considera “de obligada necesidad”, aunque critica que podía haberse evitado de haberse atajado la infección el día 2 de julio, lo que nos remite a lo ya tratado anteriormente y que ya ha sido rechazado, porque la relación de causalidad entre el supuesto retraso en el diagnóstico de la bacteria y la aparición del absceso ya ha quedado desmontado con base en un criterio de orden temporal.

2) Tras evolución favorable el paciente es programado para reposición del colgajo óseo de craniectomía con craneoplastia (hueso sintético) el día 5 de octubre de 2011, tras más de un año de evolución desde el final del tratamiento antibiótico. Se realiza craneoplastia con colocación de plastia de material PEEK con tres miniplacas de titanio y seis tornillos, la evolución posterior es buena, con alta a domicilio el día 11 de octubre de 2011. Previo al alta se realiza Rx craneal donde se objetiva la correcta colocación de la misma. Al respecto el reclamante denuncia que “no se hace después de esta cráneo plastia ningún seguimiento a través de TAC o Resonancia Magnética, para determinar la estabilidad de la plastia y en todo caso, si existían o no trazas de infección cerebral”. Lo alegado nada tiene que ver con los defectos inherentes a la intervención quirúrgica. Aquí no se ofrece indicación alguna de qué defecto técnico en concreto adoleció la cirugía practicada, ni de cómo debió realizarse, sin perjuicio de que en ningún momento se descuidó la evolución del paciente.

3) El día 26 de abril de 2012 se objetivó por el Neurocirujano presencia de movilidad de la prótesis. Se realizó TAC craneal donde se objetivó la ausencia de signos de complicación o infección activa y se decide intervenir para reparación de la misma. La cirugía se realiza con consentimiento informado el día 22 de agosto de 2012, procediéndose a reajustar la craneoplastia y osteosíntesis con seis miniplazas de titanio y 12 tornillos. La evolución postquirúrgica es buena, siendo dado de alta el día 25 de agosto de 2012, con seguimiento estrecho de la herida en consulta de curas de Neurocirugía. Se comenta por el reclamante que esta nueva intervención quirúrgica para la recolocación plastia refleja la mala técnica en la implantación de aquella primera de 5 de octubre de 2011 y la mala asepsia en aquella primera intervención. No se concreta en qué consiste la mala técnica en la implantación ni la mala asepsia. En cambio, el perito médico de… justifica la actuación en “la falta de osteointegración (que) es una de las complicaciones más frecuentes de las plastias sintéticas en aquellos lechos quirúrgicos donde el hueso ha sufrido una osteomielitis, dado que la calidad de los bordes óseos, aquellos a los que se debe pegar la plastia es inferior a

la del hueso normal". Así, "ante la identificación de movilidad de la prótesis, debe realizarse una nueva fijación de la misma, como se intentó en este caso". Por ello, puede entenderse correcta la nueva fijación de la plastia mediante aumento de miniplacas.

4) El día 17 de julio de 2014, casi dos años después, se objetiva la presencia de una lesión en la piel de unos tornillos de fijación de la prótesis, con exposición del mismo. Se decide de acuerdo con el paciente y dado sus antecedentes, realización de nueva cirugía para retirada de la prótesis y colgajo de periostio junto con el Servicio de Cirugía Plástica. Dicha cirugía se realiza el día 9 de octubre de 2014 y la evolución es favorable con alta el día 12 de octubre de 2014. Alega el reclamante que la supuración y salida del líquido amarillento es debido a una malformación del cierre craneal que deja una comunicación entre la piel y el interior del cráneo lo que provocó una nueva infección y el absceso consecuente, un fallo en la técnica de sutura precedido de la mala técnica aséptica. Sin embargo, y si bien no se aclara por la Jefa del Servicio de Neurocirugía a qué se debe la salida del líquido amarillo, el informe de…, considera que ello es debido a la presencia de una ulceración sobre una miniplaca en una región de la cicatriz, y no depende de la técnica quirúrgica ni supone para nada una mala praxis, sino que es un riesgo inherente a la propia presencia de material metálico debajo de la piel y que se hace especialmente importante en situaciones de cicatrices del cuero cabelludo que se han reabierto en varias ocasiones. La actitud tomada, por tanto, por los cirujanos no parece, en principio, incorrecta ni, en consecuencia, una mala técnica quirúrgica.

5) A fin de corregir el defecto óseo resultante de la retirada de la craneoplastia, el paciente es reintervenido nuevamente el día 12 de febrero de 2016 mediante implantación de craneoplastia diseñada a medida de material PEEK con seis placas y doce tornillos. Tras cirugía la evolución fue buena, realizando Radiografía de control sin datos de complicación, y es dado de alta hospitalaria el 15 de febrero de 2016. Aduce el reclamante que esta nueva intervención resultó fallida y obligó

a una nueva intervención de cráneo plastia en fecha de 26 de febrero de 2018 para recolocación de placas y tornillos lo que evidencia mala técnica en la implantación de la prótesis y mala asepsia del sitio quirúrgico con graves secuelas cerebrales. En el informe de Neurocirugía se señala que el paciente siguió posteriormente a la cirugía una evolución clínica satisfactoria con radiología de control que objetivaba correcta colocación del material de osteosíntesis y que, posteriormente, el 14 de octubre de 2016 en el TC craneal se vuelve a objetivar la correcta implantación del material de osteosínteis, y que la piel no estaba ulcerada, así como que no existía movilidad de la craneoplastia. No parece, por tanto, que hubiera habido mala técnica en la implantación de la prótesis ni mala asepsia del sitio quirúrgico, como indica el reclamante.

6) El paciente es valorado el 21 de agosto de 2017 en consultas de Neurocirugía, presentando un muy ligero movimiento de la plastia y refiriendo además mareo y cefalea, no presentando en ningún momento nueva ulceración de la plastia. De acuerdo con el paciente se decide nueva intervención para colocación de nuevas miniplacas y eliminar la movilidad, que se realiza el día 26 de febrero de 2018, colocándose tres nuevas miniplacas con 6 tornillos. La evolución postquirúrgica es favorable, encontrándose en la visita del 12 de abril de 2018 una plastia sin movilidad por lo que se decide el alta médica a expensas de la evolución en consultas de curas por parte de Enfermería. En sus comentarios críticos, el reclamante insiste en reprochar a los médicos cirujanos la mala técnica de implantación y la mala asepsia del locus quirúrgico. Sin embargo, una postura totalmente divergente mantiene el informe médico pericial del especialista en Neurocirugía de…, quien considera que la "*colocación de la nueva plastia se indicó en el tiempo correcto y se realizó como la plastia previa, de la forma más adecuada para el paciente, diseñada a medida. La cirugía fue sin incidencias, por lo que se considera correcta y no cabe más análisis sobre ella*". Añade que, "*en agosto de 2016 según el evolutivo de consultas leve movilidad y de acuerdo con el paciente, se decidió nueva cirugía para volver a anclar la prótesis. Este tipo de*

evolución, con una osteointegración de la prótesis tan pobre durante toda la evolución del paciente, como se ha dejado ya constancia previamente, viene condicionada sobre todo por la mala calidad de los bordes óseos del hueso que ha sufrido previamente una infección, no tiene relación con una mala praxis ni con la técnica quirúrgica. Una vez colocada la prótesis, el potencial de integración de la misma, reside en el hueso propio del paciente, que en el caso que nos ocupa está mermado, dado el antecedente de ostemomilitis sufrida". Y en consecuencia, concluye que *"las sucesivas movilizaciones de la prótesis no están motivadas por una mala técnica quirúrgica, dado que la colocación de la prótesis es correcta y sólo se puede colocar de esa forma, sino que son el resultado de una idiosincrasia propia del paciente por la mala calidad de los bordes óseos afectados previamente por una infección severa en 2010".* La mencionada pericial de… ofrece razones de peso para excluir que haya existido una mala praxis en la actuación médica.

En trámite de alegaciones se formulan nuevas supuestas deficiencias constitutivas de responsabilidad patrimonial sanitaria.

A mayor abundamiento, y reproduciendo el informe de parte del perito médico especialista en Otorrinolaringología (que, por ciento, reconoce no ser especialista en neurocirugía), señala, en primer lugar, que los desplazamientos de la plastia y el desprendimiento de los tornillos se deben a un descontrol del lecho quirúrgico con infecciones subyacentes que imposibilitaron de forma eficaz la osteintegración de los tornillos en el lecho quirúrgico; en segundo lugar, que fallaron los controles del TAC y resonancia magnética a realizar en los preoperatorios y en los posoperatorios; y por último, se destaca la ausencia de cualquier referencia a los protocolos que se debieron realizar sobre los fallidos de craneoplastia.

En relación con lo primero, es decir, la falta de control de la infección craneal "que dio lugar a la continuas craneoosteoplastias de repetición por esas infecciones sistemáticas que provocaron la falta de

osteointegración del material de osteosíntesis”, no cabe sino reiterar lo ya señalado por el informe médico pericial emitido por especialista en ejercicio en Neurocirugía de… en cuanto a que la causa de las sucesivas movilizaciones de la prótesis no está en una mala técnica quirúrgica, ni probablemente en las infecciones, sino que son el resultado de una idiosincrasia propia del paciente por la mala calidad de los bordes óseos afectados previamente por una infección severa en 2010, y que la falta de osteointegración es una de las complicaciones más frecuentes de las plastias sintéticas en aquellos lechos quirúrgicos donde el hueso ha sufrido una osteomielitis, dado que la calidad de los bordes óseos, aquellos a los que se debe pegar la plastia es inferior a la del hueso normal.

Por lo que respecta a la alegación relativa a la falta de control mediante TAC o resonancia magnética en los preoperatorios y en los posoperatorios de las intervenciones de craneoplastia, los hechos reflejados en el expediente parecen desmentir tal aserto. Consta en la historia clínica que la cirugía se indicaba tras descartar complicaciones infecciosas y que, como señala la propuesta de Resolución de la Administración sanitaria, tras cada una de las intervenciones practicadas se hacía un seguimiento posterior utilizando en la mayoría de las ocasiones el TAC para objetivar la ausencia de signos de complicación o infección activa, por lo que no se aprecia la señalada falta de control.

Por lo demás, en cuanto a la falta de seguimiento de los protocolos establecidos, la parte que lo invoca tampoco indica qué concreto protocolo se ha omitido o se ha dejado de observar. La alegación se queda en una mera manifestación retórica de parte. Además, tampoco está claro que la repetición de las cronoplastias obedezca, como se afirma en trámite de alegaciones, a un “proceso infeccioso (…) que jamás se controló con la diligencia debida y por eso causalmente se dio el 100 % de las craneoplastias fallidas”. No hay datos objetivos en el historial médico ni en los informes oficiales que evidencien esa asociación, al contrario, lo que se infiere más bien es

que traen causa, como ya se ha reiterado, de la mala calidad de los bordes óseos afectados previamente por una infección severa en 2010.

Pero tampoco podemos obviar el hecho de que en el Informe rendido por la Jefa de Servicio de Neurocirugía del…, para justificar la aparición de la dehisciencia de la herida quirúrgica y la malposición del material de osteosíntesis, se hace mención a un estudio de un médico Residente del Servicio Navarro de Salud presentado en una Reunión de la Sociedad Española de Neurocirugía en Lisboa en 2016 con el título de "*Factores de riesgo para la resorción ósea como complicación a lo largo plazo de la craneoplastia después de craniectomía dexcomprensiva*", que pone de manifiesto una evidente disonancia entre las sucesivas movilizaciones de la prótesis realizadas en el caso del paciente y los resultados presentados en dicho estudio. Según dicho estudio los factores y tasas de la movilización de la prótesis serían los siguientes:

> *"- Una tasa de recolocación de plastia del 17% por distintos motivos*
>
> *- Una tasa de infección del 11,5 %*
>
> *- Encontramos que la presencia de infección previa, como en el caso del paciente fue un factor que condicionó la resorción ósea de forma estadísticamente signficativa (p=0.018), siendo esto un factor que influye en la necesidad de recolocación de la plastia"*

En el informe médico de la Jefa del Servicio de Neurocirugía se añade, finalmente, que:

> *"En dicho estudio se reflejó que dichos porcentajes son similares a los de otras series recogidas en la literatura, lo que avala la buena praxis de nuestro Servicio en este tipo de patología, así como la excelencia en los cuidados tanto pre como postoperatorios de la herida quirúrgica, por parte del personal del Servicio de Neurología".*

Paradójicamente, sin embargo, el referido estudio, al contrario de lo afirmado, evidencia que la credibilidad del Servicio de Neurocirugía en cuanto al correcto abordaje terapéutico del paciente queda muy cuestionada, pues, si la tasa de reposición por otros motivos distintos

de la infección es, según el estudio y la literatura científica invocadas, del 17 % y han fallado todas las plastias, a excepción tal vez de la última, es decir, las cinco craneoplastias, es obvio que la tasa de recolocación se sitúa muy lejos del indicado 17 %, de forma que, como se alega en el informe de parte de la perito médico especialista en odontología, se acerca más bien al 100% de fracaso. Y, por tanto, es muy probable que haya habido intervenciones (craneoplastias) innecesarias y, como consecuencia de ello, algunos episodios, como las crisis epilépticas y las secuelas provocadas por esas intervenciones evitables, que han desembocado en la declaración de la incapacidad permanente total, que tal vez también podrían haberse evitado.

Ello nos lleva a preguntarnos, bien que no haya sido invocado por el reclamante, si podríamos estar en el presente caso ante el llamado daño desproporcionado.

En relación a la denominada teoría del resultado desproporcionado, la Sentencia del Tribunal Supremo de 29 de noviembre de 2002 (Número de Recurso 1270//1997) recuerda que cuando no se ha probado una conducta productora del daño y se ha acreditado una actuación correcta es procedente aplicar la consolidada doctrina sobre el daño desproporcionado, que, como expresan las Sentencias del TS de 29 de junio de 1999 y de 9 de diciembre de 1.999, “corresponde a la regla "res ipsa loquitur" (la cosa habla por sí misma), que se refiere a la evidencia que crea una deducción de negligencia, y que ha sido tratada profundamente por la doctrina angloamericana, y a la regla del "Ansgheinsbeweies" (apariencia de prueba) de doctrina alemana y así mismo a la doctrina francesa de la "Faute virtuelle" (culpa virtual), lo que requiere que se produzca un evento dañoso de lo que normalmente no se produce sino por razón de conducta negligente; que dicho evento se origine por alguna conducta que entre en la esfera de la acción del demandado aunque no se conozca el detalle exacto y que el mismo no sea causado por una conducta o acción que corresponda a la esfera de la propia víctima”.

Señala el Alto tribunal que esta doctrina no lleva a la objetivación de la responsabilidad sino a la demostración de la culpabilidad del autor del daño desproporcionado. A no ser, claro es, que tal autor, médico, pruebe que tal daño no deriva de su actuación, como dice la sentencia de 2 de diciembre de 1996, «el deber procesal de probar recae, también, y de manera muy fundamental, sobre los facultativos demandados, que por sus propios conocimientos técnicos en la materia litigiosa y por los medios poderosos a su disposición gozan de una posición procesal mucho más ventajosa que la de la propia víctima, ajena al entorno médico y, por ello, con mucha mayor dificultad a la hora de buscar la prueba, en posesión muchas veces sus elementos de los propios médicos o de los centros hospitalarios a los que, qué duda cabe, aquéllos tienen mucho más fácil acceso por su profesión».

Abundando en ello, la Sentencia del Tribunal Supremo de 22 de septiembre de 2010 (Número de recurso:1004/2006) precisa que:

> “El daño desproporcionado es aquél no previsto ni explicable en la esfera de su actuación profesional y obliga al profesional médico a acreditar las circunstancias en que se produjo por el principio de facilidad y proximidad probatoria. Se le exige una explicación coherente acerca del porqué de la importante disonancia existente entre el riesgo inicial que implica la actividad médica y la consecuencia producida, de modo que la ausencia u omisión de explicación puede determinar la imputación, creando o haciendo surgir una deducción de negligencia. La existencia de un daño desproporcionado incide en la atribución causal y en el reproche de culpabilidad, alterando los cánones generales sobre responsabilidad civil médica en relación con el «onus probandi» de la relación de causalidad y la presunción de culpa (STS 23 de octubre de 2008 y las que en ella se citan). Siendo así, no puede existir daño desproporcionado, por más que en la práctica lo parezca, cuando hay una causa que explica el resultado, explicación que excluye la aplicabilidad de las consecuencias de esta doctrina jurisprudencial, al no poder atribuírseles cualquier consecuencia, por nociva que sea, que caiga fuera de su campo de actuación (STS 19 de octubre 2007, 30 de junio 2009)"

En el caso presente, el paciente ha sido sometido a no menos de cinco intervenciones inherentes a las sucesivas craneoctomías y

cráneoplástias, bien debido a desplazamientos de plastia o al desprendimiento de tornillos, o a otras causas. Aun admitiendo que el motivo de la sucesión de plastias, tal y como hemos creído entender, sea la mala calidad de los bordes óseos afectados y no la infección, parece evidente que algo ha fallado, esto es, que, aun habiéndose actuado con corrección, no se han aplicado, tal vez, la técnica o los medios adecuados a los estándares que determinan los porcentajes del estudio traído a colación como aval del buen resultado médico, pues la confrontación entre los datos estadísticos del estudio invocado y los correspondientes al paciente revela una clamorosa contradicción.

Con carácter general, la jurisprudencia viene declarando que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. Pero aquí sucede que es la propia Administración sanitaria, el Servicio de Neurocirugía, el que exhibe como estándar de corrección médica un resultado (solo un 17% de fallidos) y ese estándar, en el caso del paciente, lejos de alcanzarse, se ha incumplido radicalmente; por tanto, la cosa habla por sí misma.

Por otra parte, es lo cierto que no se ha justificado por la Administración sanitaria el porqué no se ha podido alcanzar ni remotamente la tasa de recolocación. Sorprende, como señala el informe de la perito médico especializada en Odontología, que no consten en el expediente ni en los informes del… los “protocolos correspondientes tras las craneoplastias fallidas puesto que todos los fabricantes tienen sus protocolos en cualquier implantación de material de osteosíntesis”. Asimismo, llama la atención que, por parte de…, tampoco se haga mención alguna a los protocolos de actuación en los fallidos de la craneoplastia. Sin perjuicio de que la parte reclamante podía también haber alegado las omisiones que se han producido y no lo ha hecho, corresponde a la Administración sanitaria y de manera fundamental, al Servicio de Neurocirugía, por sus propios

conocimientos técnicos en la materia litigiosa, proporcionar algún tipo de información con arreglo a los protocolos establecidos sobre los fallidos de la craneoplastia y acreditar que son ajenos a la actuación médica, y eso no se ha realizado.

En suma, poca duda cabe de que se ha producido un evento dañoso (varias craneoplastias fallidas) y que ello se ha originado por alguna conducta que entra en la esfera de la acción de los facultativos del Servicio de Neurocirugía aunque no se conozca el detalle exacto, creando una “deducción de negligencia”.

Hay que tener en cuenta, además, que como consecuencia de esas intervenciones, se han podido producir algunos episodios, como las crisis epilépticas, y secuelas que han desembocado en la declaración de la incapacidad permanente total, que tal vez guarden alguna conexión.

En este sentido, el reclamante no duda en afirmar que “*las 5 intervenciones quirúrgicas conexas con la craneoctomía y la craneoplastia defectuosamente implantadas alimentan y concatenan el cuadro epiléptico que aqueja al suscribiente, intervenciones quirúrgicas absolutamente innecesarias de haberse tratado a tiempo el cuadro inicial a 1 o 2 de julio de 2010, con graves lesiones y secuelas del paciente*”. Aduce, asimismo, la ausencia de tratamientos preventivos y profilácticos de antipilépticos durante las intervenciones que se le han practicado.

Comenzando por esto último, debemos descartar que haya habido una mala praxis en el tratamiento de las crisis epilépticas. Consta en la historia clínica que el 12 de agosto de 2016, el paciente presentó un episodio convulsivo tónico clónico en su domicilio, que le sucede durmiendo, consistente en convulsión tónico-clónica generalizada con relación de esfínter urinario y mordedura de la lengua, siendo valorado en el Servicio de Urgencias por Neurología, que, tras realizarse análisis de sangre, un scanner craneal y repetir eletroencefalograma, instauró tratamiento con Ácido Valproico. Con

posterioridad, el 2 de septiembre de 2016 presenta nueva crisis, y el 2 de febrero de 2017 una tercera crisis epiléptica, siendo atendido en ambos casos por el Servicio de Neurología, que fue ajustando la dosis del antipiléptico con aparente buen control, sin que haya tenido nuevas crisis, al menos, hasta el 14 de septiembre de 2018, en que es citado y no acude.

El tratamiento profiláctico antiepiléptico se inició tras la primera intervención quirúrgica, porque, tal y como indica el Jefe de Servicio de Neurología del…, está indicado en la fase aguda de un procedimiento quirúrgico, aun en ausencia de crisis epilépticas, pero "no debe mantenerse de forma indefinida si no se han producido crisis epilépticas". Coincide en ello el perito médico de… quien considera que: "*En el resto de cirugías, sin manipulación de parénquima cerebral, no era necesario la realización de profilaxis. El paciente presentó crisis en el curso de su evolución, como consecuencia posiblemente de la encefalomalacia (cicatriz) secundaria a la evolución de la región donde se asentó el absceso cerebral. En este momento se trataron adecuadamente por parte de Neurología. Estas crisis no se pueden prevenir dado que ocurrieron seis años después de la primera cirugía, y el único manejo que ha de hacerse es el tratamiento cuando aparecen como así se hicieron*". Y estos juicios médicos, emitidos con base, entre otras, en la Guía oficial de práctica clínica en Epilepsia (SEN. 2012) no han sido desvirtuados por el reclamante, que no fundamenta su alegación más que en afirmar que en el curso de las intervenciones no se le ha administrado al paciente ningún tratamiento profiláctico.

Por lo que hace al alegato primero de que la epilepsia que padece el paciente esté asociado a las intervenciones quirúrgicas, en principio parece tratarse de un extremo hasta cierto punto incontrovertido, puesto que tal hecho es admitido en distintos informes de Neurocirugía, entre otros, de 12 de agosto de 2016, y porque en el Informe de la Jefa del Servicio de Neurología del… de 7 de marzo de 2019, se indica con claridad que: "*la causa más probable de las crisis epilépticas en este paciente es la lesión cerebral residual al absceso-empiema que sufre*

en 2010. Las lesiones residuales de distinta naturaleza, tanto traumática, vascular, tumoral o infecciosa, como en este caso, pueden ocasionar crisis epilépticas que puede aparecer años después del proceso agudo, independientemente de que hayan sido tratadas quirúrgicamente o no". Habría, por tanto, una parte del evento dañoso derivado de las crisis epilépticas asociada a la intervención quirúrgica primera correspondiente al absceso empiema descubierto en la tercera visita a Urgencias en 2010, que, en la medida en que se produce por razón de una conducta no negligente, no cabría establecer responsabilidad alguna por esta parte del daño. Sin embargo, habida cuenta que, a tenor de los datos estadísticos ofrecidos por la Jefa del Servicio de Neurocirugía del…, ha habido, como se ha señalado antes, alguna conducta que entra en la esfera de la acción de los facultativos del Servicio de Neurocirugía aunque no se conozca el detalle exacto, creando una "deducción de negligencia", habría otra parte del evento dañoso de las crisis epilépticas, causado por una acción de las intervenciones quirúrgicas innecesarias, que corresponde a la esfera de los facultativos que han realizado dichas sucesivas craneoplastias innecesarias, y del que cabría derivar responsabilidad patrimonial para la Administración sanitaria.

Por todo ello este Consejo considera que, en el presente caso, el reclamante ha sufrido un daño antijurídico que no tiene el deber jurídico de soportar y del que se puede derivar responsabilidad patrimonial de la Administración por el funcionamiento de los servicios sanitarios públicos.

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.

Recordemos que el Tribunal Supremo tiene declarado que cabe el establecimiento de una indemnización a tanto alzado (sentencia del TS, Sala de lo Contencioso Administrativo, de 25 de mayo de 2016, Número de Recurso 2396/2014).

En este caso, se va a indemnizar a la parte reclamante a través de una cantidad determinada a tanto alzado, que ha de valorarse teniendo en cuenta la incertidumbre acerca de que la actuación médica omitida pudiera haber evitado o minorado el grave cuadro que presenta el reclamante.

Esa indemnización, a nuestro prudente arbitrio, se cifra en 150.000 euros. atendiendo a la edad (30 años), al grado de invalidez permanente total declarada, el indeterminado grado de probabilidad de éxito de la técnica que hubiera podido evitar el número de craniectomías y craneoplastias realizadas, y las disfunciones a que han dado lugar éstas con indiscutible incidencia en la vida personal y familiar.

III. CONCLUSIÓN

El Consejo de Navarra considera que debe estimarse la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por don... por daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios, reconociéndole una indemnización de 150.000 euros.

En el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.