CONSEJO CONSULTIVO
DE CASTILLA Y LEÓN

Sr. Amilivia González, Presidente

Sr. Rey Martínez, Consejero
Sr. Velasco Rodríguez, Consejero
Sr. Nalda García, Consejero y Ponente

Sra. García Fonseca, Secretaria

La Sección Primera del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 6 de febrero de 2014, ha examinado el *procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de D. xxxx y Dña. xxxx1,* y a la vista del mismo y tal como corresponde a sus competencias, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

I
ANTECEDENTES DE HECHO

El día 29 de octubre de 2013 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el *procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. yyyy, en nombre y representación de D. xxxx y Dña. xxxx1, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su hijo fallecido, D. zzzz, en el Hospital hhhh de xxxx1.*

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 30 de octubre de 2013, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 776/2013, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen. Turnado por el Sr. Presidente del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Nalda García.

Primero.- El 13 de septiembre de 2011 D. yyyy, en nombre y representación de D. xxxx y Dña. xxxx1, presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su hijo fallecido, D. zzzz, de 34 años de edad, en el Hospital hhhh de xxxx1.

En su escrito expone que el 6 de octubre de 2010 el paciente acude al Servicio de Urgencias del citado Complejo Asistencial aquejado de un fuerte e inusual dolor de cabeza que venía soportando desde hacía dos días. Tras relatar los síntomas que padecía, se le da de alta con el diagnóstico de "cefalea migrañosa en racimos" o "cefalea intensa" y se le recomienda control por parte de su médico de Atención Primaria. Al día siguiente acude a su médico de Atención Primaria al que manifiesta que seguía padeciendo fuertes dolores, que no desaparecían a pesar del suministro de analgésicos. El 9 de octubre acude de nuevo al Servicio de Urgencias del Hospital, debido a que los dolores eran cada vez mayores y se acompañaban de zumbidos. Se deriva al paciente a la consulta de un médico neurólogo y se le da cita para el 26 de octubre. Ante la persistencia de su dolor de cabeza el 11 de octubre acude de nuevo al Servicio de Urgencias donde, tras relatar los síntomas que venía presentando, se decide practicarle un TAC craneal en el que no se evidencian "alteraciones morfológicas ni densitométricas significativas a nivel supra ni infratentorial". Se emite de nuevo el diagnóstico de "cefalea intensa". Se le recomienda acudir a su médico de Atención Primaria y acudir a la consulta de Neurología en la fecha prevista. El 26 de octubre acude a la consulta de Neurología en la que se le indica que continuara con la misma medicación y se le cita para 3 meses más tarde con el fin de ver los resultados del escáner que se le realizaría a principios del mes de enero. El 20 de noviembre el paciente comienza con un brusco deterioro neurológico y es trasladado al Hospital hhhh de xxxx1, donde se le diagnostica hemorragia subaracnoidea de cisura de Silvio y efecto de masa con inicio de herniación por debajo de la hoz. Con dicho diagnóstico es derivado al Hospital hhhh1 de xxxx2, donde fallece el día 17 de diciembre de 2010.

La reclamación se fundamenta en un error de diagnóstico, en un incumplimiento del Protocolo de Manejo de Cefaleas en el Servicio de Urgencias al no realizarse todas las pruebas necesarias -en este caso una punción lumbar- y en una negligencia de la asistencia sanitaria prestada al paciente, por lo que solicita una indemnización total de 139.686,34 euros.

Adjunta a su reclamación escrito de otorgamiento de poder, copia del Libro de Familia, informes del Servicio de Urgencias del Hospital hhhh de xxxx1, Protocolo de Manejo de Cefaleas en el Servicio de Urgencias, copia del poder general para pleitos, modificación del monto indemnizatorio que se cuantifica en 209.529,51 euros y Resoluciones del Gerente Territorial de Servicios Sociales de

xxxx1 en las que se reconoce un grado de minusvalía del 75% a Dña. xxxx1 y del 45% a D. xxxx.

Segundo.- Al expediente se incorpora, además de la historia clínica, informes del Jefe de Sección de la Unidad de Urgencias del Hospital hhhh de xxxx1 de 4 de noviembre de 2011 y del Licenciado Especialista en Neurología del citado Hospital de 20 de marzo de 201; dictamen médico realizado a instancia de la compañía aseguradora de la Administración e informe de la Inspección Médica de 14 de diciembre de 2012, que concluye que "Durante todo el proceso asistencial, consideramos que en todo momento el paciente fue consultado, y de acuerdo con los datos existentes en cada momento (tanto clínicos como exploratorios), se realizaron las pruebas y exploraciones complementarias que los distintos facultativos actuantes consideraron adecuadas a los datos y situación clínica".

Tercero.- Consta en el expediente escrito de 30 de abril de 2013 del Jefe de Servicio de Inspección, en el que se comunica el rehúse de la petición indemnizatoria por la Comisión de Seguimiento del Seguro de Responsabilidad Civil.

Cuarto.- Concedido trámite de audiencia a los reclamantes, éstos presentan alegaciones en las que reiteran la pretensión indemnizatoria.

Quinto.- El 23 de septiembre se formula propuesta de orden desestimatoria de la reclamación.

Sexto.- El 8 de octubre la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa dicha propuesta favorablemente.

En tal estado de tramitación, se dispuso la remisión del expediente al Consejo Consultivo de Castilla y León para que emitiera dictamen.

Séptimo.- Mediante Acuerdo del Presidente del Consejo Consultivo de 13 de noviembre de 2013 se requiere informe médico complementario elaborado por un especialista en Neurocirugía en el que se indique, a la vista de las circunstancias del caso concreto, si hubiera sido necesario y determinante la realización de una punción lumbar para llegar al correcto diagnostico de hemorragia subaracnoidea de forma más precoz y así evitar el fatal desenlace.

En dicho Acuerdo se suspende el plazo para la emisión del dictamen.

El 24 de enero de 2014 tiene entrada en el registro de este Consejo la documentación solicitada, por lo que se procede a la reanudación del plazo para emitir el dictamen.

II
CONSIDERACIONES JURÍDICAS

1ª.- El Consejo Consultivo de Castilla y León dictamina en el presente expediente con carácter preceptivo, de conformidad con lo previsto en el artículo 4.1.h),1º de la Ley 1/2002, de 9 de abril, reguladora del Consejo Consultivo de Castilla y León, correspondiendo a la Sección Primera emitir el dictamen según lo establecido en el apartado tercero, 1.f) del Acuerdo de 31 de mayo de 2012, del Pleno del Consejo, por el que se determina la composición y competencias de las Secciones.

2ª.- El procedimiento se ha instruido con arreglo a lo previsto en los artículos 139 a 144 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, desarrollados por el Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

No obstante, cabe poner de manifiesto el excesivo tiempo transcurrido desde que se presenta la reclamación (13 de septiembre de 2011) hasta que se formula la propuesta de orden (23 de septiembre de 2013). Esta circunstancia necesariamente ha de considerarse como una vulneración por parte de la Administración del artículo 12.b) del Estatuto de Autonomía de Castilla y León, que consagra el derecho de los ciudadanos a la resolución de los asuntos que les conciernan en un plazo razonable; e igualmente como una infracción de los principios y criterios que han de regir su actuación, recogidos en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, como los de eficacia, celeridad, eficiencia y servicio a los ciudadanos, entre otros, sin olvidar el incremento que ha de conllevar necesariamente la cantidad que, como indemnización por responsabilidad patrimonial de la Administración, se vaya a conceder, en su caso, mediante la oportuna resolución.

3ª.- Concurren en los reclamantes los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la referida Ley 30/1992, de 26 de noviembre. La competencia para resolver la presente reclamación corresponde al Consejero de Sanidad, en virtud de lo dispuesto en el artículo 82.2 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

La reclamación se ha interpuesto en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre.

4ª.- El artículo 106.2 de la Constitución establece que "Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos".

La referencia constitucional a la ley debe entenderse hecha a los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, a la que además se remite el artículo 82.1 de la Ley 3/2001, de 3 de julio.

Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo, la reiterada doctrina del Consejo de Estado, así como la de este Consejo Consultivo, la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública exige la concurrencia de los siguientes requisitos:

a) La existencia de un daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas.

b) El carácter antijurídico del daño, en el sentido de que la persona que lo sufre no tenga el deber jurídico de soportarlo, de acuerdo con la ley.

c) La imputabilidad a la Administración de la actividad dañosa, es decir, la integración del agente en el marco de la organización administrativa a la que pertenece o la titularidad pública del servicio o la actividad en cuyo ámbito se produce el daño.

d) La relación de causa a efecto entre la actividad administrativa y el resultado dañoso, nexo causal que implica la necesidad de que el daño sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de un servicio público o actividad administrativa en relación directa e inmediata.

e) Ausencia de fuerza mayor.

f) Que no haya transcurrido un año desde el momento en que se produjo el hecho causante.

No obstante, la jurisprudencia modula el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial al rechazar que la mera titularidad del servicio determine la responsabilidad de la Administración respecto de cualquier consecuencia lesiva relacionada con aquél que pueda producirse.

En el ámbito de la responsabilidad sanitaria, el parámetro que permite apreciar el grado de corrección de la actuación sanitaria a la que se imputa el daño viene determinado por el criterio de la *lex artis*. La teoría de la *lex artis ad hoc* en la actuación médica parte de considerar que la obligación del médico o de los servicios sanitarios es una obligación de medios en tanto que no es posible asegurar la salud en términos absolutos. De ahí que la Administración Sanitaria y sus agentes estén obligados a poner a disposición del usuario todos los medios disponibles que hagan posible la protección de la salud, protección que no siempre alcanza un diagnóstico cierto rápido, una curación sin secuelas o una atención sanitaria en un determinado tiempo y sin espera. El paciente tiene derecho a que se le dispense una atención adecuada, según la *lex artis ad hoc*, y no a obtener un resultado curativo determinado, toda vez que la medicina no es una ciencia exacta; la *lex artis ad hoc* abarca no sólo intervenciones quirúrgicas, sino también tratamientos no quirúrgicos y de diagnóstico.

Por tanto, según el criterio de la *lex artis ad hoc*, sólo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio, que está, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño -por no ser éste antijurídico- cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada a la *lex artis*, mientras que, en caso contrario, cuando la actuación del médico ha sido contraria a la *lex artis*, la obligación de reparar recae sobre la Administración.

Quiere con ello decirse que, incluso en aquellos supuestos en los que pudiera producirse un error de diagnóstico, de tal circunstancia no cabe derivar automáticamente la responsabilidad patrimonial de la Administración, toda vez que pueden producirse situaciones en las que la evolución silente de la dolencia u otras circunstancias hayan impedido acertar con el diagnóstico, a pesar de la correcta actuación seguida a tal fin por los servicios sanitarios.

Finalmente debe mencionarse la reiterada jurisprudencia (por todas, Sentencias de 16 de marzo de 2005 y de 7 y 20 de marzo y 20 de diciembre de 2007), según la cual "a la Administración no es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente, lo que resulta especialmente relevante a los efectos de la cuestión debatida".

5ª.- En cuanto al fondo del asunto, este Consejo Consultivo comparte el criterio de la propuesta de orden que conduce a desestimar la reclamación planteada.

Los reclamantes consideran que existió un manifiesto error de diagnóstico, una negligente asistencia sanitaria y una vulneración del Protocolo de Manejo de Cefaleas en el Servicio de Urgencias, al no realizarse todas las pruebas necesarias para llegar a un diagnóstico correcto, lo que impidió que el paciente tuviera opciones de vida produciéndose en consecuencia su fallecimiento.

El informe de la Inspección Médica, sin embargo, avala la adecuación de las actuaciones sanitarias llevadas a cabo. Las veces que acude al Servicio de Urgencias se le realiza anamnesis, toma de constantes y exploración neurológica completa tras las que no se observa focalidad neurológica ni la existencia de ningún signo de alarma. En el TAC practicado el 11 de octubre de 2010 en el Servicio de Urgencias no se observan signos anómalos. En la consulta de Neurología se realiza anamnesis y exploración neurológica completa (incluido el fondo del ojo); se llega al diagnóstico de cefalea tipo migraña de origen y se solicita RNM. El 20 de noviembre sufre crisis convulsivas y se

evidencia, mediante un TAC, la existencia de un hematoma subdural temporo-parietal derecho con espesor de 5 milímetros, que se asocia a hemorragia subaracnoidea en Cisura de Silvio y efecto de masa con inicio de herniación por debajo de la hoz.

Señala la Inspección Médica que las cefaleas representan uno de los motivos más frecuentes de asistencia en los Servicios de Urgencias, ya que suponen entre el 1 y el 4% de las consultas y el motivo principal para la asistencia al neurólogo. Para determinar el origen de las cefaleas son precisas la realización de una anamnesis y exploración física y neurológica. La realización de exploración complementaria está indicada sólo cuando se sospecha de una cefalea secundaria o ante situaciones en las que exista un síntoma de alerta o indicador de gravedad, lo que no sucede en el presente caso, ya que no existía focalidad neurológica cuando acudió en reiteradas ocasiones a Urgencias, ni el TAC craneal reveló signos anómalos. En el citado informe se señala que los estudios de neuroimagen se aconsejan a pacientes con signos anormales en el examen neurológico y en los que se presentan cefaleas atípicas; por lo tanto la actuación realizada en el Servicio de Urgencias cuando se le practicó el TAC fue de una valoración exhaustiva del paciente, cuando en todas las ocasiones a las que acudió a Urgencias el examen neurológico fue normal.

A diferencia de lo alegado por los reclamantes, la punción lumbar no era necesaria para llegar a un diagnóstico, puesto que esa prueba no forma parte de la sistemática de estudio de los pacientes con cefalea ya que, dado su carácter de procedimiento invasivo, su práctica debe quedar limitada a los pacientes en los que se precisa confirmar o descartar una infección del sistema nervioso central, ante la sospecha de un sangrado subaracnoideo en el que el TAC no haya sido concluyente o ante la aparición de cefalea no explicada en un paciente oncológico y en el que se hayan descartado otras etiologías, lo que no sucede en el presente caso.

A la misma conclusión llega el informe complementario del Jefe del Servicio de Neurocirugía del Hospital Universitario de Salamanca, emitido el 8 de enero de 2014 a instancia de este Consejo Consultivo.

En el informe referido se señala que, según la guía de manejo de la hemorragia subaracnoidea aneurismática, la punción lumbar puede tener un

papel relevante en el diagnóstico de un pequeño número de pacientes en los que el TAC es negativo. Si bien, su indicación es muy restringida y se reserva sólo para aquellos casos en los que existe un alto índice de sospecha diagnóstica de hemorragia subaracnoidea, recomendándose su empleo en aquellos casos en los que exista duda de la existencia de sangre en el TAC o en los casos en que el TAC se practicó con demora respecto al sangrado inicial. Estos son supuestos de cefaleas bruscas e intensas acompañadas de rigidez de nuca o signos meníngeos a la exploración o incluso focalidad neurológica menor o déficit de pares craneales o, en definitiva, un cuadro clínico muy sospechoso de hemorragia subaracnoidea, clínica que no presentaba el paciente. Así pues, el hecho de no realizar una punción lumbar no supone la vulneración de ningún protocolo, por lo que no puede considerarse que exista una mala *praxis*.

Los síntomas que presentaba el paciente no se asociaban con la presencia de una hemorragia subaracnoidea, al no existir focalidad neurológica, rigidez de nuca, vómitos ni náuseas.

Del mismo modo, el dictamen pericial considera que, de acuerdo con todos los datos que obran en el expediente, se realizó al paciente un proceso de diagnóstico correcto, que orientaba a la presencia de una cefalea primaria de perfil migrañoso o por racimos. En relación con la alegación de incumplimiento de protocolo, cabe señalar que éste es un instrumento de ayuda para el médico que se encuentra sometido a una serie de restricciones y condicionantes que no permiten su utilización de forma universal, por lo que es el facultativo el que, en cada situación concreta, tiene que tomar decisiones individuales para cada paciente.

Por tanto, según se desprende del expediente, la asistencia médica prestada en el Servicio de Urgencias del Hospital hhhh de xxxx1 fue adecuada a la *lex artis,* ya que en todas las asistencias se llevaron a cabo las anamnesis, las exploraciones físicas y neurológicas y las pruebas diagnósticas adecuadas, sin que pudiera sospecharse de la existencia de una hemorragia subaracnoidea, debido a la ausencia de síntomas orientadores y la ausencia inicial de datos de gravedad. No hay que olvidar la finalidad del Servicio de Urgencias que, como es sabido, "está principalmente orientado a aliviar la sintomatología que presenta el paciente en el momento de la actuación médica y administrar el tratamiento adecuado para dicha sintomatología, no pudiéndose en ocasiones

llegar al diagnóstico preciso en esta fase de la asistencia, sino en una posterior, dentro del contexto del seguimiento y control del cuadro clínico".

En consecuencia, no cabe apreciar responsabilidad patrimonial de la Administración Pública y, por tanto, la reclamación debe desestimarse.

III
CONCLUSIONES

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo de Castilla y León informa:

Procede dictar resolución desestimatoria en el procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. yyyy, en nombre y representación de D. xxxx y Dña. xxxx1, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su hijo fallecido, D. zzzz, en el Hospital hhhh de xxxx1.

No obstante, V.E. resolverá lo que estime más acertado.