

En Logroño, a 8 de septiembre de 2011, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en su sede, con asistencia de su Presidente, D. Joaquín Espert Pérez-Caballero, y de los Consejeros D. Antonio Fanlo Loras, D. Pedro de Pablo Contreras, D^a M^a del Carmen Ortiz Lallana y D. José María Cid Monreal, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Granado Hijelmo, y siendo ponente D^a M^a del Carmen Ortiz Lallana, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

63/11

Correspondiente a la consulta formulada por el Excmo. Sr. Consejero de Salud en relación con Reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria presentada a instancia de D^a J. I. M., por los daños, a su juicio, causados por un edema cerebral post-quirúrgico.

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

Primero

El 13 de septiembre de 2010, tiene entrada en el Registro Auxiliar de la Consejería de Salud, un escrito de la Letrada D^a Y. A. G., en nombre y representación de D^a M. J. I. M., solicitando indemnización por responsabilidad patrimonial de la Administración, al considerar que *“a resultas de la falta de asistencia recibida, omisión de medios y debido a los errores de diagnóstico (cometidos por el SERIS), se ha agravado la situación de la paciente, produciéndose graves secuelas que en este momento se están valorando”* y, más concretamente, que *“la asistencia recibida, procedente del Servicio Riojano de Salud de la Comunidad Autónoma ... ha sido contraria a la lex artis (págs. 1 a 4 del expediente administrativo).*

En particular, expone los siguientes hechos:

PRIMERO: Con fecha 19 de septiembre de 2009, mi representada acudió al Servicio de Urgencias del Hospital San Pedro de Logroño aquejada de un fuerte dolor y enrojecimiento facial izquierdo. Tras la realización de un TAC craneal, se le diagnosticó parálisis facial periférica. Se le dio de alta ese mismo día y se le pautó la ingesta de corticoides, indicando revisión en Neurología el 15 de octubre de 2010.

SEGUNDO: (La paciente) continuaba con dolor, así como con grave dificultad para expresarse de forma hablada. El día 23 de septiembre, esto es 4 días, mientras se encontraba por motivos familiares en Santander, sus familiares observaron la falta de expresividad facial de la paciente y la llevaron al Servicio de Urgencias del Hospital Marqués de Valdecilla, donde, tras realizarle un TAC, Resonancia magnética y Arteriografía craneal, se le diagnosticó de "aneurisma a nivel de bifurcación de la Arteria cerebral media derecha, de 4 mm de diámetro. Se le indicó intervención quirúrgica, que se practicó el 27 de enero de 2010, consistiendo en una craneotomía más clipaje del aneurisma. Fue dada de alta el 4 de febrero de 2010.

TERCERO: El 11 de febrero de 2010, y tras un episodio de fuerte dolor de cabeza, (la paciente) acudió nuevamente al Hospital San Pedro de Logroño, se le realizó un TAC, indicando la existencia de un edema de sutura, dándole cita para el Neurólogo el 26 de febrero de 2010.

CUARTO: Atendiendo a la gravedad de la patología, la paciente decide acudir al Hospital Marqués de Valdecilla al día siguiente, donde le diagnosticaron de paresia braquiocrural izquierda postquirúrgica.

*QUINTO: A resultas de la **falta de asistencia** recibida, omisión de medios y debido a los errores de diagnóstico, se ha agravado la situación de la paciente, produciéndose graves secuelas que, en este momento, se están valorando. El Servicio Riojano de Salud ha emitido resolución indicando que (la paciente) se encuentra en situación de incapacidad permanente total para su trabajo habitual como Celadora del Hospital San Pedro.*

La petición indemnizatoria que se asciende a 400.000 euros.

Segundo

El 13 de septiembre de 2010, el Secretario General Técnico, por delegación del Sr. Consejero, resuelve tener por iniciado el procedimiento y nombra Instructora del mismo. Dicha Resolución es notificada a la interesada y su representante, según consta en los acuses de recibo de 22 de septiembre y 29 de octubre siguientes respectivamente, con indicación escrita de lo establecido en la legislación del procedimiento común (págs 6 a 8 vto).

Tercero

El 15 de septiembre del mismo año, Z. E., en cuanto Aseguradora del SERIS, acusa recibo de la reclamación enviada (pág. 11).

Cuarto

Mediante escrito de 14 de septiembre de 2010, la Jefa del Servicio de la Secretaría General Técnica, solicita a la Gerencia del Área de Salud de La Rioja, Hospital *San Pedro*, cuantos antecedentes existan y aquellos datos e informes que estime de interés relacionados con la asistencia sanitaria prestada en el Servicio de Urgencias a la reclamante, copia de la historia clínica de la misma, relativa a la asistencia reclamada "exclusivamente" y, en particular, al informe emitido por los Facultativos intervinientes

en la asistencia que se reclama, (pág. 9). El escrito de petición es reiterado el 26 de septiembre de 2010 (pág. 20).

Asimismo, mediante escrito de 19 de octubre de 2010, la Instructora del expediente solicita al Hospital *Marqués de Valdecilla*, como consecuencia del expediente de responsabilidad patrimonial que se está instruyendo, cuantos antecedentes existan y datos e informes que se estimen de interés relacionados con la asistencia sanitaria prestada en ese Hospital a la reclamante, desde el 23 de septiembre de 2009 hasta en día de la fecha. En particular, el informe emitido por los Facultativos intervinientes en la asistencia y, en general, cuantos documentos e informes puedan ser aportados para una mejor decisión sobre la pretensión de la reclamante (pág. 10).

El referido Hospital remite la documentación correspondiente, el 5 de noviembre siguiente, mediante escrito de 26 de octubre de 2010, con entrada en el Registro Auxiliar de la Consejería de Salud de La Rioja el 5 de noviembre siguiente (págs. 12 a 19). En ella, se incluye un informe clínico del Servicio de Neurología, de 25 de junio de 2010; un informe radiodiagnóstico del TAC craneal, efectuado el 24 de febrero de 2010; informes del Servicio de Neurocirugía Hospitalaria, de 13 a 16 de febrero, 19 y 20 de enero de 2010 y 23 a 28 de febrero de 2010; e informe del Servicio de Neurología, de 23 y 24 de septiembre de 2009

El Hospital *San Pedro* remite la documentación mediante escrito de 17 de diciembre de 2010, registrado de entrada en el Servicio Riojano de Salud el 20 de diciembre siguiente (págs. 21 a 37). Comprende el historial clínico de la paciente y los informes de: la Dra. O. C., Médico Adjunto de Urgencias, de 11 de febrero de 2010; Dr. M. A., Coordinador de Urgencias, de 26 de noviembre de 2010; Dra. G. P., del Servicio de Neurología, de 18 de noviembre de 2011; Dra. M. S., Neuróloga, de 26 de noviembre de 2010; y de la Dra. S. P., de la Sección de Neurología, de 10 de diciembre de 2010.

Quinto

El 22 de diciembre de 2010, la Instructora del procedimiento remite el expediente de responsabilidad a la Dirección General de Aseguramiento, Acreditación y Prestaciones, para que la Inspección médica elabore el informe que proceda (pág 38); y el Inspector, con fecha 18 de marzo de 2010, solicita la remisión de los informes médicos correspondientes a toda la atención médica recibida por la paciente en el Hospital *Marqués de Valdecilla* desde el mes de septiembre de 2009 (pág. 48).

Recibida la documentación solicitada (págs. 49 a 52), la Inspección médica, el 29 de marzo de 2011, emite informe, que obra al expediente en las págs. 40 a 47, emitido por el Médico Inspector, Dr. F. B. C., y que se manifiesta en los siguientes términos:

1.- Estamos ante una paciente con un cuadro de alteraciones nerviosas periféricas a nivel facial que se remontan al menos hasta el año 2001. En este contexto, la paciente acudió al Servicio de Urgencias del Hospital San Pedro, el día 19 de septiembre de 2009, con un cuadro de disartria y alteraciones faciales, donde se le realizaron una serie de pruebas y exploraciones, alcanzándose un diagnóstico de parálisis facial periférica, con una imagen hipodensa caudal al núcleo lenticular izquierdo, pautándose tratamiento con corticoides, con revisión preferente en el Servicio de Neurología del Hospital San Pedro.

2.-La paciente acudió, 4 días después y con un cuadro similar, al Servicio de Urgencias del Hospital Marqués de Valdecilla de Santander. Se activó el "código ictus" de dicho Centro, siendo la paciente trasladada a la Unidad de Alta Resolución Hospitalaria Neurología, donde se le realizaron dos tomografías axiales computerizadas, con y sin contraste, arrojando ambas un resultado normal, una resonancia magnética nuclear, que no evidenció la existencia de lesiones isquémicas y/o hemorrágicas; y un angio-TAC, que evidenció la presencia de una aneurisma en la bifurcación de la arteria cerebral media derecha, hallazgo éste calificado como "incidental" en el informe emitido por el propio Hospital Marqués de Valdecilla.

3.-El diagnóstico principal emitido por el Hospital Marques de Valdecilla de Santander fue el de "posible ictus isquémico vertebro-basilar". Se trata de un "posible" diagnóstico, ni siquiera de un "probable" diagnóstico, lo que es consistente con la documentación aportada por la paciente al expediente y por la recabada por esta Inspección, pues el diagnóstico de ictus, no es compatible con los hallazgos de las dos tomografías computerizadas, de la resonancia magnética e incluso del angio TAC realizado en Santander, que no mostraron evidencia de lesión isquémica o hemorrágica alguna, ni con la clínica de la paciente, mas sugestiva de una lesión a nivel periférico. Queda fuera del campo de actuación de esta Inspección medica el profundizar en las posibles causas y consecuencias de esta inconsistencia diagnóstica.

4.-La paciente fue dada de alta y no es cierto, como dice la Letrada en su escrito de reclamación en el punto segundo de su escrito, que en este ingreso se le indicara a la paciente una intervención quirúrgica del aneurisma encontrado de forma incidental. De hecho, se realiza una arteriografía el día 8 de octubre de 2009 y no es hasta el día 25 de noviembre cuando se decide intervenir. Entre la documentación aportada por la reclamante, no se encuentran los informes que confirman los hechos anteriormente citados, como tampoco se encuentra el informe emitido por el Servicio de Neurología del Hospital Marqués de Valdecilla de Santander de fecha 11 de diciembre de 2009 y que se refiere en dos ocasiones a la lesión vascular, intervenida posteriormente, como "aneurisma asintomático".

*5.-No es cierta la afirmación que realiza la Letrada en el punto tercero de su escrito de que, el día 11 de febrero de 2010, se diagnosticó a la paciente un "edema de sutura" en el Servicio de Urgencias del Hospital San Pedro. Se encuentra, no sólo claramente documentado (tanto en el informe de asistencia en Urgencias como en las anotaciones de la Dra. S. en la historia clínica de la paciente), sino también explicado, más allá de toda duda, en el informe de la Dra. S. (folio nº 28 del expediente): "en ningún momento se hace referencia a la nota clínica realizada por mí que presentase "edema de sutura", o que esa fuera la causa de su sintomatología (el edema descrito en el TC craneal era edema **cerebral** postquirúrgico) ni tampoco se obvia la presencia de una paresia*

faciobraquiocrural izquierda (descrita en mi nota clínica de ese día), que fue precisamente el motivo por el que se indicó el tratamiento antiedema con corticoides previo a la revisión prevista próximamente por Neurocirugía".

6.-Coincido tanto con la Dra. S. como con los Facultativos del Servicio de Neurología del Hospital Marqués de Valdecilla de Santander en que el diagnóstico del cuadro presentado por la paciente en febrero de 2010 se corresponde con una paresia braquiocrural secundaria a la cirugía. No puedo, por tanto, coincidir con la afirmación de la Letrada en el punto quinto de su escrito de que, a resultas de la falta de asistencia, omisión de medios y debido a los errores de diagnóstico, se ha agravado la situación de la paciente, produciéndole graves secuelas que en este momento se están valorando. Las secuelas son, en todo caso, consecuencia de la cirugía, cirugía que ni indicó ni llevó a cabo el Servicio Riojano de Salud.

7.-En mi opinión, la atención prestada a (la paciente) en el Servicio de Urgencias del Hospital San Pedro los días 19 de septiembre de 2009 y 11 de febrero de 2010 fue la correcta y ajustada a lex artis. Es cierto que no se realizó el día 19 de septiembre de 2009 un angio-TAC, pero no por una falta de asistencia u omisión de medios, como dice la Letrada en el punto quinto de su escrito, sino simplemente por no estar indicada la prueba en el contexto de un Servicio de Urgencias y, más importante aún, en el contexto clínico de la paciente. En cuanto a la asistencia prestada el día 11 de febrero, de nuevo se aplicaron los medios correctos para alcanzar un diagnóstico acertado.

8.- Por último, creo necesario resaltar de nuevo que el hallazgo de un aneurisma en la bifurcación de la arteria cerebral media derecha de la paciente fue, como está reflejado en la documentación, accidental; es más, el propio personal del Hospital Marqués de Valdecilla lo califica como asintomático. Esto es cierto en general de todos los aneurismas cuando se detectan de forma casual, pues sólo dan síntomas cuando se rompen (por la hemorragia) o cuando, por su gran tamaño, ejercen un efecto compresivo sobre tejidos adyacentes. Por este motivo, es incorrecto afirmar que los síntomas que presentaba la paciente en septiembre de 2009 eran debidos al aneurisma citado: Por la misma razón, no se puede hablar de retraso en el diagnóstico en este caso.

En consecuencia, no se puede determinar que haya existido una mala praxis médica, estimando que se ha dado a la paciente la prestación médica adecuada con los medios disponibles del sistema sanitario y de acuerdo a la lex artis.

Sexto

El día 11 de abril de 2011 la Compañía Aseguradora acusa recibo de la documentación complementaria (págs. 53 y 54) y, a solicitud de ésta, D., A. M., con fecha 6 de mayo, emite dictamen médico (págs. 55 a 63), que suscriben los Dres. D. E. G. N., D. J.M. P. G. y D. R. L. G., todos ellos Especialistas en Neurocirugía del Hospital Universitario de *La Princesa*. El mencionado dictamen señala en las *Conclusiones* que:

1.-No hay evidencias de ningún déficit de atención en este caso.

2.-La paciente sufrió un cuadro de mayor hemiparesia por edema cerebral postquirúrgico y no por "edema de sutura", como se expone en su reclamación.

3.-Dicho edema fue tratado con la medicación correcta sin complicaciones.

4.-La aparición de un edema cerebral tras la cirugía es frecuente, no se debe a defecto técnico y suele remitir espontáneamente.

5.-Por todo lo anterior, no está justificada la reclamación

Séptimo

Finalizada la instrucción del expediente, la Instructora, con fecha 18 de mayo de 2011, comunica a la parte reclamante el trámite de audiencia, notificado el 23 de mayo, quien comparece el siguiente día 15 de junio, se le facilita copia de la documentación obrante en el expediente y se le reitera la advertencia de que podrá formular alegaciones y presentar los documentos y justificantes que estime pertinentes en defensa de sus derechos, en el plazo legalmente establecido (págs. 63 a 65). No consta que se haya formulado alegación alguna al respecto.

Octavo

El 28 de julio de 2011, la Instructora elabora una Propuesta de resolución, en sentido de desestimar la reclamación (págs. 66 a 75 vto): *"por no haber quedado acreditado daño alguno como consecuencia de la actividad sanitaria de los Servicios Públicos de salud, que, además, fue totalmente acorde a la lex artis"*.

Noveno

El Secretario General Técnico, por escrito de 1 de agosto de 2011, solicita informe a los Servicios Jurídicos (pág. 76), que lo emiten el 3 de agosto de 2011, (págs.77 a 90) conforme con la Propuesta de resolución expresada.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito de 8 de agosto de 2011, registrado de entrada en este Consejo el 16 de agosto de 2011, el Excmo. Sr. Consejero de Salud y Servicios Sociales del Gobierno de La Rioja remite al Consejo Consultivo de La Rioja, a través de su Presidente y para dictamen, el expediente tramitado sobre el asunto referido.

Segundo

Mediante escrito de fecha 16 de agosto de 2011, registrado de salida el 17 de agosto de 2011, el Sr. Presidente del Consejo Consultivo procedió, en nombre del mismo, a acusar recibo de la consulta, a declarar, provisionalmente, la misma bien efectuada, así como la competencia del Consejo para evacuarla en forma de dictamen.

Tercero

Asignada la ponencia a la Consejera señalada en el encabezamiento, la correspondiente ponencia quedó incluida, para debate y votación, en el orden del día de la sesión del Consejo Consultivo convocada para la fecha allí mismo indicada.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero

Necesidad del Dictamen del Consejo Consultivo

El art. 12 del Reglamento de los Procedimientos en materia de Responsabilidad Patrimonial de las Administraciones Públicas, aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, dispone que, concluido el trámite de audiencia, se recabará el dictamen del Consejo de Estado o del órgano consultivo de la Comunidad Autónoma cuando dicho dictamen sea preceptivo, para lo que se remitirá todo lo actuado en el procedimiento y una propuesta de resolución.

En el caso de la Comunidad Autónoma de La Rioja, el artículo 11 -g) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja, en la redacción dada por la D.A. 2ª de la Ley 4/2005, de 1 de junio, de Funcionamiento y Régimen Jurídico de la Administración de la Comunidad Autónoma de La Rioja, modificada por la Ley 5/2008, que ha dado nueva redacción al citado precepto, limita la preceptividad de nuestro dictamen a las reclamaciones de cuantía indeterminada o superiores a 6000 euros. Por tanto, al ser la cuantía de la reclamación superior a esta cantidad, nuestro dictamen resulta ser preceptivo.

En cuanto al contenido del dictamen, éste, a tenor del art. 12.2 del citado Real Decreto 429/1993, ha de pronunciarse sobre la existencia o no de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y la lesión producida y, en su caso, sobre la valoración del daño causado y la cuantía y modo de la indemnización, considerando los criterios previstos en la Ley 30/1992, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC).

Segundo

Sobre la responsabilidad de la Administración.

De acuerdo con el marco jurídico de la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, enunciado en el artículo 106.2 de la Constitución Española y desarrollado en el Título X de la LPAC, con el pertinente desarrollo reglamentario en materia procedimental, a través del R.D. 429/1993 de 26 de marzo, los requisitos necesarios para que se reconozca la responsabilidad patrimonial, tal y como este Consejo viene recogiendo en sus dictámenes (cfr. Dictamen 23/98, F.J.2 08/2008, F.J.2), pueden sintetizarse así:

1º.- Existencia de *un daño que el particular no tenga el deber jurídico de soportar* (lesión antijurídica). El daño ha de ser efectivo (no hipotético, potencial o de futuro, sino real), evaluable económicamente (bien se trate de daños materiales, personales o morales) e individualizado en relación con una persona o grupo de personas.

2º.- Que el *daño sufrido sea consecuencia del funcionamiento, normal o anormal, de un servicio público*, sin intervención del propio perjudicado o de un tercero que pueda influir en el nexo causal.

3º.- Que el *daño no se haya producido por fuerza mayor*.

4º.- Que *no haya prescrito el derecho a reclamar*, cuyo plazo legal es de un año, computado desde la producción del hecho o acto que motive la indemnización o desde la manifestación de su efecto lesivo.

Se trata de un sistema de responsabilidad *directa* de la Administración (aunque el daño haya sido causado por personal dependiente de la Administración o sea atribuible genéricamente a los servicios administrativos), *objetiva* (aunque no haya mediado culpa individual o la actuación no haya sido “ilícita”) y *general* (aplicable a cualesquiera de las actividades y servicios de la Administración).

Ahora bien, que el sistema de responsabilidad patrimonial sea objetivo no permite deducir, como oportunamente ha señalado la jurisprudencia, que la Administración tenga un deber general de indemnizar cualquier daño que pueda imputarse causalmente al funcionamiento de sus servicios. No es ocioso recordar que la protección constitucional de la salud y el derecho de asistencia sanitaria reconocido en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, desarrollada por el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre Ordenación de prestaciones sanitarias del sistema nacional de salud, así como en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y calidad del sistema nacional de salud, no son absolutos, pues, por ambiciosas y amplias que sean las prestaciones reconocidas, no podemos soslayar nuestra condición perezcedera como seres vivos. Por esa razón, la acción

de los poderes públicos en materia sanitaria es, sobre todo, una *prestación de medios* (correlato al derecho individual de cada paciente a la protección a la salud y a la atención sanitaria) y *no de resultados*.

Y es que, en materia sanitaria, la responsabilidad no surge, sin más, por la existencia de un daño, sino del incumplimiento de una obligación o deber jurídico preexistente, a cargo de la Administración, que es el de prestar la concreta asistencia sanitaria que el caso demande: es esta premisa la que permite decir que la obligación a cargo de los servicios públicos de salud es *de medios* y no de resultado, de modo que, si los medios se han puesto –se ha actuado conforme a la *lex artis ad hoc*–, la Administración ha cumplido con ese deber y, en consecuencia, no cabe hacerla responder por su incumplimiento. Incluso el simple error de diagnóstico no es, propiamente y por sí solo, motivo suficiente para entender que el particular que lo padece tiene derecho a obtener una indemnización, sino que, para llegar a tal conclusión, ha de darse la concurrencia de dos circunstancias que la doctrina reiterada del Consejo de Estado viene exigiendo: que exista una negligencia o impericia probada en la aplicación de la *lex artis*, y que ésta sea, a su vez, generadora de un daño innecesario y evitable en sus consecuencias y resultado, y, por lo tanto, antijurídico e indemnizable.

Tercero

La ausencia de responsabilidad de la Administración en el presente caso.

En el caso dictaminado, el sentido de la reclamación se centra principalmente en la afirmación mantenida por la reclamante, según la cual, “*a resultas de la falta de asistencia recibida, omisión de medios y debido a los errores de diagnóstico se ha agravado la situación de la paciente, produciéndose graves secuelas que en este momento se están valorando*”. Por tanto, tales secuelas no se determinan y del conjunto del expediente administrativo resulta imposible fijarlas. Se indica que la paciente se encuentra en situación de incapacidad permanente total para su trabajo habitual; pero se desconocen las secuelas concretas que presenta hoy en día, ni la causa de la declaración de la situación incapacitante.

En particular, se aduce en la reclamación, de una parte, que, cuando la paciente acudió al Servicio de Urgencias el 19 de septiembre de 2009, “*los Facultativos que atendieron a la paciente, no pusieron todos los medios a su alcance realizando únicamente un TAC y pautando la administración de corticoides. Además, ni siquiera consta que permaneciera en observación, ni tampoco que se realizase por un Especialista en Neurología un seguimiento adecuado de la paciente, ya que se le indicó cita en Neurología para un mes después*”. De otra parte, que “*de idéntica manera errónea, se le atendió el 11 de febrero de 2010, cuando se le diagnosticó un edema de sutura y lo que padecía era una paresia braquiocrural izquierda postquirúrgica.*” En definitiva, se alega

una demora en el diagnóstico de aneurisma de la arteria cerebral y un error de diagnóstico de edema cerebral.

I.-Partiendo del conjunto de la prueba médica incorporada al expediente, ha quedado acreditado lo siguiente:

1.-La reclamante presenta un cuadro de alteraciones nerviosas periféricas a nivel facial que ya padecía al menos desde el año 2001; según se desprende de los informes de 26 de noviembre de 2010, emitido por el Dr. M., Coordinador de Urgencias, obrante a la pág. 24 del expediente administrativo, y de 18 de noviembre de 2005, del Dr. G.P., del Servicio de Neurología, incorporado a la pág. 26 de mismo.

El primero de ellos, en su tercer párrafo, afirma que: *"al revisar la historia clínica, he encontrado un dato que puede ser relevante y congruente con los síntomas que presentaba la paciente cuando acudió a Urgencias el día 19 de septiembre de 2009, como es que, en el año 2001, presentó parestesias en hemicara izquierda, estaba diagnosticada de un trastorno de hemiespasma facial desde el año 2004, por el que se pautó tratamiento con toxina botulínica, y que ingresó en el Servicio de Neurología, con fecha 11 de noviembre de 2005, con un cuadro similar al que motivó su consulta en Urgencias (dificultad para articular palabras y disestesias), sin que se encontrara patología subyacente"*.

En el segundo, en el apartado de antecedentes personales, se lee: *"en el año 2001, tuvo parestesias en el hemicara izquierda; síndrome depresivo en el 2002 y, estudiado en Neurología en el año 2004, por un cuadro de hemiespasma facial, por lo que sigue tratamiento con toxina botulínica"*. Durante dicha estancia hospitalaria, se realizaron distintas pruebas complementarias (entre las que se encuentran analíticas, un TAC y una RMN cerebral) que arrojaron resultados normales, sin que se diagnosticara una nueva patología neurológica.

2.-Según la historia clínica y los datos que obran al expediente, la paciente acudió al Servicio de Urgencias del Hospital *San Pedro* el día 19 de septiembre de 2009, con un cuadro de disartria y alteraciones faciales, donde se le realizaron una serie de pruebas y exploraciones, alcanzándose un diagnóstico de parálisis facial periférica, con una imagen hipodensa caudal al núcleo lenticular izquierdo, pautándose tratamiento con corticoides, con revisión preferente en el Servicio de Neurología del Hospital *San Pedro*. Según consta en el Informe de asistencia de Urgencias del citado Hospital, emitido por la Dra. S. O. Silva con idéntica fecha, incorporado a los folios 54 y 54 vto, la paciente acudió ese día al Hospital *San Pedro* aquejada de un cuadro de: *"intenso dolor y calor en hemifacies izda y disartria"*. Se le realizó una exploración física general, una exploración neurológica y pruebas complementarias consistentes en una analítica y un TAC cerebral, sin contraste, y se realizó un diagnóstico de *"parálisis facial periférica -imagen hipodensa caudal al*

núcleo lenticular izquierdo". Se le administró tratamiento consistente en 60 mg de Urbason por vía endovenosa, con una mejoría de la sintomatología, por lo que se dio de alta a la paciente con la recomendación de acudir a Consulta Externa para ajustar tratamiento.

Siempre según la documentación aportada al expediente, en la copia de la hoja de citas obtenida de la aplicación informática Selene, que se adjunta a la página 52, no consta que la paciente acudiese a la cita que la propia reclamante señala el 15 de octubre de 2009 (pág.1).

3.- Cuatro días después, la paciente acudió de nuevo, con un cuadro similar, al Servicio de Urgencias del Hospital *Marqués de Valdecilla* de Santander. Se activó el *código ictus* de dicho Centro siendo la paciente trasladada a la Unidad de Alta Resolución Hospitalaria Neurología, donde se le realizaron dos TAC computerizadas, con y sin contraste, arrojando ambas un resultado normal, una RMN, que no evidenció la existencia de lesiones isquémicas y/o hemorrágicas, y un angio-TAC, que evidenció la presencia de una aneurisma en la bifurcación de la arteria cerebral media derecha, hallazgo éste calificado como "incidental" en el informe emitido por el propio Hospital *Marqués de Valdecilla* (págs 18 y 19).

En efecto, según se acredita en el Informe Clínico de la *UARH-Neurología* (pág. 19), el día 23 de septiembre de 2009, la paciente acudió al Servicio Urgencias del Hospital *Marqués de Valdecilla* de Santander por presentar disartria, desviación de la comisura bucal a la izquierda y debilidad en miembros izquierdos. Siempre según el citado informe, se realizó una exploración física, una analítica y las siguientes pruebas diagnósticas: TAC craneal basal, sin alteraciones significativas, TAC perfusión normal, y angio-TAC de polígono y troncos, que mostró aneurisma en bifurcación de la arteria cerebral media derecha, siendo el resto normal.

Según consta en el informe de alta del Servicio de Neurología del Hospital *Marqués de Valdecilla* de Santander (pág. 18), la paciente quedó ingresada en dicho Servicio el día 23 de septiembre de 2009, siendo dada de alta el día 28 de septiembre de 2009. Se le realizó una RMN craneal que arrojó el siguiente resultado: "*se evidencian alteraciones en unión cráneo-vertebral, sistema cisternal ventricular y surcos de la convexidad de tamaño y morfología normal. No se evidencian alteraciones de serial que sugieran la existencia de proceso isquémico, hemorrágico, desmielinizante o expansivo*". Los hallazgos del angio-TAC craneal quedan descritos de la siguiente manera: "*hallazgo incidental de malformación aneurismática en bifurcación de CMD, de aproximadamente 4 mm de diámetro. El estudio de perfusión no pone de manifiesto presencia de claras alteraciones en el territorio incluido en el estudio. Arterias carótidas primitivas y ramas internas con calibre y morfología conservada. Arterias vertebrales sin alteraciones*". En el apartado

evolución clínica, se lee: "una vez realizada y en situación clínica estable se decide alta siendo citada para realización de arteriografía previo ingreso en la UARH".

Siempre según el anteriormente citado informe, la paciente fue dada de alta a su domicilio con el siguiente juicio diagnóstico: "Diagnóstico Principal: *Posible ictus isquémico vertebro-basilar*. Otros diagnósticos: Aneurisma en bifurcación de CMD. Las recomendaciones al alta son como siguen: Tratamiento farmacológico: *Adiro 100*: 1 comprimido a la comida del mediodía. Seguimiento: control por parte de su Médico y Especialistas habituales".

4.- Según consta en el informe clínico del Servicio de Neurología del Hospital *Marqués de Valdecilla* de Santander de 9 de octubre de 2009, suscrito por los Dres. R. y G., Médicos Adjuntos de Neurología, (pág. 51), la reclamante acudió de nuevo a la Unidad de Alta Resolución de dicho Hospital el día 8 de octubre de 2009 para la realización de una Arteriografía, prueba que confirmó la presencia de una aneurisma en bifurcación de arteria cerebral media derecha, quedando "pendiente de decisión neuroquirúrgica tras lo cual se contactará telefónicamente con la paciente".

El contenido de la pág. 50, que incorpora el informe del Dr. P., Médico Adjunto de Neurología, de 25 de noviembre de 2009, pone de relieve que la paciente acudió de nuevo al Servicio de Neurología del Hospital *Marqués de Valdecilla* de Santander en el mes de noviembre de 2009. Y, en dicho informe, consta: "mujer de 43 años, ingresada en el Hospital *Marqués de Valdecilla* de Santander, el 23 de septiembre de 2009, por probable ictus isquémico en territorio vertebra-basilar, encontrándose en los estudios de neuroimagen realizados (TAC craneal y RMN craneal) aneurisma a nivel de la bifurcación de la arteria cerebral media derecha de 4 mm de diámetro. Se ha presentado el caso en sesión conjunta con los Servicios de Neurorradiología Intervencionista y Neurocirugía, y, dadas las características del aneurisma, no es posible su embolización, por lo que se decide la realización de tratamiento quirúrgico, estando actualmente la paciente en lista de espera."

Se aporta también copia de un informe de la atención ambulatoria prestada en el Hospital *Marqués de Valdecilla* de Santander, emitido por el Dr. P. P., del Servicio de Neurología, con fecha 11/12/2009 (pág. 49). En su contenido, figura: "Motivo de la atención: revisión alta de planta" y en el apartado *anámnesis y exploración física*: "ingreso el 23/9/09 por **ictus vertebro-basilar**, persistiendo pesadez en miembro inferior izdo. Se apreció, en pruebas complementarias, **aneurisma asintomático de ACM dcha**, pendiente de intervención quirúrgica, confirmado por arteriografía. Desde el alta, presenta cefalea de perfil tensional en relación con trastorno de ansiedad". El juicio clínico es el siguiente: "ictus vertebrobasilar; **aneurisma asintomático de ACM derecha**; Cefalea Tensional; Trastorno de ansiedad".

5.- La paciente es intervenida en el Hospital *Marqués de Valdecilla* el día 28 de enero de 2010. No aporta informe de dicha intervención, si bien ésta se confirma en informes posteriores. Se le practicó “*craneotomía mas clipaje de aneurisma*” (págs. 13 a 16, 27 y 30, entre otras).

6.- El 11 de febrero de 2010, la paciente acudió al Servicio de Urgencias del Hospital *San Pedro* de La Rioja. Según consta en el folio n° 23 del expediente, el motivo de consulta era el siguiente: “*paciente que, desde hace 2-3 días, presenta debilidad en la pierna izquierda, “se le queda arrastrando” y con menor intensidad ha notado lo mismo en el brazo izquierdo. Afebril. No náuseas ni vómitos. Ha llamado telefónicamente al H. Marqués de Valdecilla y le han aconsejado realizarse un TAC y valoración por Neurólogo*”. Siempre según dicho informe, la paciente fue valorada por la Dra. M. S. P., Médico Especialista en Neurología, con el siguiente resultado: “*antecedentes de parálisis facial izda periférica y disartria, en septiembre de 2009, diagnosticada en Santander de ictus VB (no se veía nada en RM, salvo hallazgo incidental de aneurisma de ACM derecha, que se opera hace 15 días. Desde hace 3 días nota torpeza progresiva en extremidades izquierda y distal, puede caminar y mantiene autonomía. En exploración: asimetría facial con hiperactividad izda, resto de pares normales, con Fisher izdo, sin caída en eess y con debiladid 4+/5 en eii (mantiene sin caer más de 10 segundos). Resto de exploración, normal. TC craneal: clipaje de aneurisma, leve subdural FP derecho y edema en zona Q. Plan: dexametasona descendente, le damos CD con imágenes y revisión de NQ control de temperatura y, si empeora, volver. Tomar temperatura antes de alta*”. La impresión clínica es de un “*edema cerebral en paciente intervenida de aneurisma arteria cerebral media*” y se mantuvo el tratamiento previo, añadiéndose *Fortecortin*, en pauta descendente.

7.-El día 13 de febrero de 2010, según consta en el documento n° 15 del expediente, la reclamante acude de nuevo al Hospital *Marqués de Valdecilla* de Santander con un cuadro, idéntico al del día anterior de “*pérdida de fuerza en pierna izquierda y brazo izquierdo*”. El diagnóstico emitido es el de “*paresia braquial y crural post cirugía de aneurisma cerebral*”.

II.-En relación con la aplicación a estos hechos, extraídos del historial clínico, los Informes médicos aportados, realizados por los Facultativos que atendieron a la paciente, la Inspección médica y la Aseguradora, se constata en todos ellos, la adecuación adecuada a la *lex artis* de la asistencia medica prestada por los distintos profesionales sanitarios a la reclamante.

1.- En relación con las actuaciones médicas practicadas a la paciente en el Servicio de Urgencias el 19 de septiembre de 2009, consta acreditado que ésta presentaba “*intenso dolor y calor en hemifacies izquierda y disatria*”, síntomas semejantes al cuadro clínico de alteraciones nerviosas periféricas a nivel facial, que venía experimentando, al menos desde

2001 y del que venía siendo tratada con toxina botulínica (págs 24 y 26). Consta asimismo que se le efectuó una exploración general, una exploración neurológica y las correspondientes pruebas de laboratorio (análisis de sangre, hemograma, bioquímica, coagulación y PCR; así como orina), que se apreciaron normales, y un TAC cerebral, cuya impresión clínica dio *“parálisis facial periférica e imagen hipodensa caudal al núcleo lenticular izquierdo”*, diagnóstico para el que, a juicio de la Inspección médica, no están indicadas otras pruebas complementarias, razón por la que no se practicaron. En este sentido, señala la Inspección: *“Es cierto que no se realizó el día 19 de septiembre de 2009 un angio-TAC, pero no por una falta de asistencia u omisión de medios, como dice la Letrada en el punto quinto de su escrito, sino simplemente por no estar indicada la prueba en el contexto de un Servicio de Urgencias y, mas importante aún, en el contexto clínico de la paciente”* (pág. 46).

Además, ese mismo día se le pautó tratamiento con corticoides, con la recomendación de acudir *“dentro de tres días a consulta de su MAP y a consultas externas Neurología-Cex, con carácter preferente”* (folio 54 y 54 vto); sin que conste que la reclamante acudiese a Consultas ni que, aun señalándose por ella misma que se dio cita para la Consulta de Neurología un mes después, (el 15 de octubre de 2009), acudiese a ésta (pág. 52).

Consta asimismo que, cuatro días después, el 23 de septiembre de 2009, la paciente acudió al Servicio de Neurología del Hospital *Marqués de Valdecilla*, por presentar disartria, desviación de la comisura bucal a la izquierda y debilidad en miembros izquierdos. Se le realizaron dos TAC, con y sin contraste, arrojando ambas un resultado normal, una RMN que no evidenció la existencia de lesiones isquémicas y/o hemorrágicas y un angio-TAC, que evidenció la presencia de una aneurisma en la bifurcación de la arteria cerebral media derecha, hallazgo Éste calificado como "incidental" en el informe emitido por el propio Hospital (págs 18 y 19).

La paciente quedó ingresada en dicho Servicio el día 23 de septiembre de 2009, siendo dada de alta el día 28 de septiembre de 2009. Se le realizó una RMN craneal que arrojó como resultado: *“ No se evidencian alteraciones de serial que sugieran la existencia de proceso isquernico, hemorregico, desmielinizante o expansivo”* y un Angio-TAC craneal por el que se aprecia un *“hallazgo incidental de malforrnación aneurismatica”*. Dada su evolución clínica, se le dio de alta, *“siendo citada para realización de arteriografía, previo ingreso en la UARH”*. Según el anteriormente citado informe, la paciente fue dada de alta a su domicilio con el siguiente juicio diagnóstico: *“Posible ictus isquémico vertebro-basilar”*. Y se le recomienda tratamiento farmacológico y control por parte de su Médico y Especialistas habituales.

Todo ello pone de relieve que, pese a realizarse más pruebas complementarias en el segundo hospital, el diagnóstico, cuatro días después, apunta al ictus incidental, como posibilidad y sin certeza de su existencia. Además, el informe de 11 de diciembre de 2009, del Servicio de Neurología, suscrito por el Dr. P. (pág. 49), al valorar las pruebas complementarias practicadas lo califica como “asintomático” y debe tenerse en cuenta que los Especialistas en Neurología que suscriben el dictamen de la Aseguradora lo califican como asintomático atendiendo a la literatura médica y sostienen que “*resulta imposible sospechar su existencia y, por tanto, diagnosticarlo y tratarlo antes de su ruptura*” (pág. 59). Además, como indica la Inspección médica “*el diagnóstico de ictus, no es compatible con los hallazgos de las dos tomografías computerizadas, de la resonancia magnética e incluso del angio-TAC realizado en Santander, que no mostraron evidencia de lesión isquémica o hemorragia alguna, ni con la clínica del paciente más sugestiva de una lesión a nivel periférico*” (pág. 45). Y, de hecho, pese a realizarse la arteriografía, no es hasta el 25 de noviembre cuando se decide intervenir y la intervención quirúrgica no se practica hasta enero de 2010.

De todo lo anterior, tanto el informe de la Inspección médica, como el de los Especialista y la propia Propuesta de resolución concluyen que “*es incorrecto afirmar que los síntomas que presentaba la paciente en septiembre de 2009 eran debidos al aneurisma citado*” (pág. 47) y que, una vez evaluados, todos los informes aportados conducen a afirmar que todas las actuaciones médicas, tanto diagnósticas como terapéuticas, llevadas a cabo por el Servicio de Urgencias del Hospital *San Pedro* de La Rioja han sido correctas y no evidencian mala praxis médica ni son contrarias a la *lex artis ad hoc*.

2.- En el punto tercero de su escrito, la reclamante alega que se produjo un error de diagnóstico por los Facultativos del Hospital *San Pedro* el día 11 de febrero de 2010, cuando se diagnosticó a su cliente un “edema de sutura”, y no un edema cerebral que padecía.

Tal afirmación es errónea y el error se evidencia y queda claramente documentado, tanto en el informe de asistencia en el Servicio de Urgencias (págs 30 y 54), como en las anotaciones de la Dra. Serrano en la historia clínica de la paciente (pág. 29), sino también explicado, más allá de toda duda, en el informe de la Dra. S. (pág. nº 28). En este último, se hace constar que: “*en ningún momento se hace referencia a la nota clínica realizada por mí que presentase “edema de sutura”, o que esa fuera la causa de su sintomatología (el edema descrito en el TC craneal era edema cerebral postquirúrgico) ni tampoco se obvia la presencia de una paresia faciobraquiocrural izquierda (descrita en mi nota clínica de ese día), que fue precisamente el motivo por el que se indicó el tratamiento antiedema con corticoides previa a la revisión prevista próximamente por Neurocirugía*”.

Asimismo, tanto la Dra. S. como los Facultativos del Servicio de Neurología del Hospital *Marqués de Valdecilla* de Santander coinciden en afirmar que el diagnóstico del cuadro presentado por la paciente en febrero de 2010 se corresponde con una paresia braquiocrural secundaria a la cirugía (págs. 23 y 15). En este sentido, señalan los Especialistas firmantes del informe emitido por la Aseguradora que *“la causa de la aparición de mayor hemiparesia izquierda de forma diferida ha sido el desarrollo de edema cerebral postquirúrgico, tal y como puede comprobarse en el informe de TAC cerebral y no de “edema de sutura”, como expone la paciente en su escrito de reclamación. La aparición de edema postquirúrgico es un cuadro frecuente e imprevisible para el que solo hay tratamiento médico con corticoides, tal como se le administraron a la paciente y que suele remitir espontáneamente”* (pág. 61).

En definitiva, las secuelas son, en todo caso, consecuencia de la cirugía, que ni indicó ni llevó a cabo el Servicio Riojano de Salud.

Por tanto, no puede admitirse la afirmación de la Letrada según la cual, a resultas de la falta de asistencia, omisión de medios y debido a los errores de diagnóstico, se ha agravado la situación de la paciente, produciéndole graves secuelas que en este momento se están valorando. Antes bien, del conjunto de la prueba practicada, se extrae que la intervención de los Facultativos del Hospital *San Pedro* que asistieron a la reclamante se ajustó a la *lex artis* y que no existe relación de causalidad entre esta y las secuelas que en la actualidad presenta la reclamante.

CONCLUSIONES

Única

A juicio de este Consejo Consultivo, debe desestimarse la reclamación interpuesta, por no ser imputables las secuelas que padece la reclamante al funcionamiento de los servicios públicos sanitarios de la Comunidad Autónoma de La Rioja.

Este es el dictamen que pronunciamos, emitimos y firmamos en el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.

Joaquín Espert y Pérez-Caballero
Presidente

Antonio Fanlo Loras
Consejero

Pedro de Pablo Contreras
Consejero

José M^a Cid Monreal
Consejero

M^a del Carmen Ortiz Lallana
Consejera

Ignacio Granado Hijelmo
Letrado-Secretario General