



Consejo Consultivo de Canarias

## DICTAMEN 137/2013

(Sección 2ª)

La Laguna, a 18 de abril de 2013.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por F.C.A., en nombre y representación de A.M.A.G., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 108/2013 IDS)\*.*

## FUNDAMENTOS

### I

1. Mediante escrito con salida de 11 de marzo de 2013, la Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias interesa Dictamen por el procedimiento ordinario respecto de la Propuesta de Resolución del procedimiento de reclamación de indemnización por las secuelas físicas y síquicas sufridas a consecuencia de un error de diagnóstico (cervicalgia, cefalea, migraña) cuando la interesada había sufrido un “infarto isquémico parietal izquierdo, a consecuencia del cual perdió gran parte de la movilidad de las manos así como la destreza (...) en el manejo de ciertos aparatos, como el ordenador, la escritura manual y ciertas manualidades de la vida diaria”.

En el escrito inicial la reclamante no se cuantifica el perjuicio por el que se reclama. La Administración, en trámite de subsanación y mejora, le solicitó la cuantificación de la reclamación si fuera posible, contestando aquélla que le es “absolutamente imposible”.

2. La solicitud del Dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo

---

\* **PONENTE:** Sr. Belda Quintana.

de Canarias (LCCC), estando legitimada para la misma la Consejera de Sanidad (art. 12.3 LCCC).

3. Concurren los requisitos legalmente establecidos para hacer efectivo el derecho indemnizatorio regulado en el art. 106.2 de la Constitución [arts. 139 y 142 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC)].

4. En el análisis jurídico de la PR es de aplicación la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común, así como el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP), aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, como regulación básica en la materia no desarrollada por la CAC, aun teniendo competencia estatutaria para ello, así como la regulación del servicio sanitario afectado, básica estatal y de desarrollo autonómico, particularmente la Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias.

## II

El procedimiento comienza mediante escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial que tuvo entrada en el Registro de la Subdelegación de Gobierno, en Santa Cruz de Tenerife, el 21 de octubre de 2010, es decir, en el plazo de un año reglamentariamente dispuesto, a computar desde que se manifiesta su efecto lesivo, es decir, "que se conozcan definitivamente los efectos del quebranto" (STS de 4 de abril de 2006, RJ 2006/2198), lo que coincide con la consolidación de secuelas que tuvo lugar el 16 de julio de 2010 con el alta hospitalaria definitiva.

2. Tras la admisión de la reclamación, que fue objeto de subsanación y mejora, se ordena la instrucción del correspondiente procedimiento, acordándose realizar cuantas actuaciones fueran necesarias para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales deba pronunciarse la Resolución que ponga fin al procedimiento.

3. Se acredita en las actuaciones la petición y emisión de los informes necesarios, entre ellos el preceptivo y previo informe del Servicio afectado por el daño (art. 10 RPAPRP), que en este caso son los Neurología y de Urgencias del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria (La Residencia) -con la matización que luego se dirá-; el trámite de propuesta y práctica de prueba, documental y testifical (art. 9 RPAPRP); la audiencia previa (art. 11 RPAPRP), al que la parte compareció retirando copia documentación solicitada, presentando escrito

de alegaciones en que manifiesta darse por informado de los documentos obrantes en el expediente; el preceptivo informe del Servicio Jurídico, de conformidad con la propuesta desestimatoria [art. 20.j) del Decreto 19/1992, de 7 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico]; y la Propuesta de Resolución (art. 50 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 181/2005, de 26 de julio), que es el objeto del Dictamen que emita este Consejo (art. 12 RPAPRP).

4. La Directora del Servicio Canario de la Salud es la competente para resolver el procedimiento incoado, de conformidad con los arts. 142.2 LRLAP-PAC y 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

5. Se resolverá vencido con amplitud el plazo resolutorio, aunque proceda resolver expresamente, sin perjuicio de los efectos que esta injustificada dilación comporta [arts. 42.1 y 7; 43.1 y 4.b); 141.3; y 142.1 LRJAP-PAC].

### III

De la documentación incorporada al expediente se constatan los siguientes hechos:

1) El 9 de diciembre de 2009, la reclamante ingresa de urgencia en la Residencia, refiriendo "dolor cervical irradiado a cráneo que empeoraba con la movilización de la columna cervical". Tras radiografía, se observa rectificación de la lordosis cervical. Con diagnóstico de "cervicalgia", se procede al alta médica el mismo día 9 de diciembre de 2009.

2) El día 11 de diciembre de 2009, la reclamante ingresa en el Servicio de Urgencias de La Residencia por un cuadro de cinco días de evolución de "cefalea pulsátil temporal izquierda con dolor retroorbitario izquierdo y lagrimeo". Se solicita estudio analítico, radiografía de senos paranasales y TAC de cráneo que resultó ser normal. Se consulta con el equipo de Neurología que "en la exploración no objetivó alteraciones neurológicas recomendando punción lumbar. El resultado fue normal por lo que se procedió al alta de la paciente aconsejándole tratamiento y "controles preferentes por su médico y neurólogo de zona".

3) El 14 de diciembre de 2009, acude a Urgencias del Hospital General refiriendo que desde hace 8 meses padece "cefalea hemicraneal opresiva", con "náuseas, vómito y fotofobia", que mejora con "decúbito". Diagnóstico de "cefalea t/t"

(temporal/transitoria), se le practica analítica en el Laboratorio de Urgencias y es derivada a consulta de Neurología de zona.

4) Los días 16 de diciembre de 2009 y 4 de enero de 2010 acude a consulta privada de neurólogo que se decanta por cervicobraquialgia izquierda, cefalea cervicogénica y contractura muscular laterocervical izquierda.

5) El 24 de febrero de 2010, pasa control en Neurología de la Residencia, para control de cefaleas. Refiere que "desde hace 3-4 años" refiere "cefaleas occipital", con juicio diagnóstico de "migraña sin aura probable". Se indican diversas pruebas diagnósticas que incluían analítica, EMG (electromiograma) y resonancia magnética (RM).

6) El 1 de abril de 2010, se emite informe neuroradiológico por imagen en centro privado que concluye con diagnóstico de "infarto isquémico parietal izquierdo de aspecto reciente (...). Sería conveniente la realización de un examen de control cerebral en un tiempo prudencial".

7) El 7 de abril de 2010, acude al Servicio de Neurología de la Residencia para "enseñar pruebas". Refiere la reclamante que en diciembre de 2009 sufrió episodios de dolor muy fuerte y que coincidiendo con uno de los dolores sufrió "visión doble, inestabilidad, alt(eración) del lenguaje [(...) tampoco decía cosas coherentes]" de un mes de evolución". También refería "disminución de las fuerzas en miembro inferior derecho (MID) y miembro inferior izquierdo (MII)". Juicio diagnóstico: "ictus isquémico parietal izquierdo. Migraña sin aura".

8) El 9 de abril de 2010, se emite informe de RM por IMETISA según el cual "los hallazgos descritos pueden estar en relación con una lesión isquémica subaguda crónica, aunque no se puede descartar otras etiologías como pequeña malformación vascular tipo angiomas leptomeningea, o bien una meningioangiomas (lesión benigna intracraneal poco frecuente). Valorar con controles evolutivos.

9) El 25 de mayo de 2010, el Servicio de Hematología informa que "los pacientes con niveles altos de factor VIII muestran un riesgo de trombosis venosas entre 3-5 veces con respecto a la población normal. También el riesgo de recurrencia de eventos trombóticos esta incrementado". Los niveles altos del factor VIII son "estables en el tiempo subyaciendo una base genética".

10) El 27 de mayo de 2010, acude al Servicio de Neurología para resultados de RM. Ésta constata como más probable "ictus isquémico parietal izquierdo: ictus juvenil. Factor VIII" y como menos probable "infarto migrañoso". Se inicia

tratamiento antiagregante y se amplían pruebas diagnósticas. Se solicita valoración por los Servicios de Cardiología y Hematología.

11) El 1 de julio de 2010, la paciente ingresa en el Servicio de Neurología de la Residencia para completar estudio. La RM de 2 de julio de 2010 objetiva "proceso cicatricial de probable etiología isquémica (probable infarto antiguo en territorio frontera cerebral media posterior izquierda)".

12) El 16 de julio, dada la estabilidad clínica de la paciente, se decide alta hospitalaria con juicio diagnóstico: "ictus isquémico territorio frontera parieto-occipital izquierdo (...) de etiología indeterminada".

13) En octubre de 2010, presenta la reclamación.

## IV

1. El 13 de enero de 2011, el Jefe de Servicio de Neurología informa (folios 200-201 del expediente) que en la visita del 11 de diciembre -en la del día 9 el Servicio no fue consultado- la reclamante, aparte de la cefalea, no refería otra clínica neurológica" y la exploración "no mostró signos de focalidad neurológica". En posterior visita al Servicio de Neurología (24 de febrero), "la anamnesis no recogió otra clínica neurológica ni en la exploración se objetivaron signos de daño neurológico". No obstante, se pautaron diversas pruebas diagnósticas (analítica, EMG y RM). El diagnóstico de "probable migraña sin aura era congruente con esa ausencia de focalidad neurológica".

La RM constató un "infarto parietal izquierdo". Se le pregunta retrospectivamente a la reclamante que "identifica un episodio de visión doble, inestabilidad, trastorno de lenguaje y afectación de miembros derechos". Preguntada por qué no buscó atención médica ante la clínica presentada, manifestó que no lo hizo a la "vista la actuación médica en sus anteriores visitas al área de Urgencias". Se inicia "tratamiento antiagregante y se amplían las pruebas diagnósticas (analítica, Eco, TSA angio, RM y valoración por los Servicios de Cardiología y Hematología) con vistas a aclarar la etiología del cuadro.

2. Ingresa en la Residencia en julio de 2010, etiquetándose el cuadro como "ictus de etiología indeterminada". Se han barajado como posibles factores predisponentes "el tabaquismo, un aumento del factor VIII y sus antecedentes de cefaleas migrañosas".

Los déficits neurológicos que refleja el alta (16 de julio) “se deben considerar menores y con posibilidades de recuperación con terapia rehabilitadora, por lo menos hasta que transcurra un año de evolución del cuadro”.

La Propuesta califica de especulativa la afirmación de la reclamante de que se podían haber evitado mayores daños cerebrales con la realización de diferentes pruebas clínicas de diagnóstico precoz, pero no había “indicación para la realización de la resonancia magnética en sus 2 primeras valoraciones en Urgencias de La Residencia. Tal criterio y la evolución de la paciente podían haberse modificado “si la usuaria hubiese acudido a Urgencias cuando presentó el cuadro anteriormente descrito”.

3. El 7 de febrero de 2011, el Coordinador de Urgencias de La Residencia emite informe (folio 202) referido a los días 9 y 11 de diciembre de 2009 -figura por error 2010- según el cual los síntomas de la paciente eran los de una cervicalgia -se observó “rectificación de la lordosis cervical”- sin que presentara focalidad neurológica.

4. El 13 de julio de 2011, el Servicio de Inspección y Prestaciones informa que los informes emitidos evidencian que se utilizaron todos los medios necesarios para el diagnóstico y tratamiento de la paciente conforme a la *lex artis ad hoc*; no hubo negligencia ni en el diagnóstico ni en el tratamiento; los medios fueron los adecuados “a la vista de los padecimientos”; y que las lesiones (déficits neurológicos) reflejadas en el informe de alta se deben considerar “menores y su recuperación es posible con terapia rehabilitadora”. No cabía exigir otra actuación diferente a la dispensada pues “administrar un tratamiento que dadas las circunstancias no era la indicada por los protocolos no entraba, lógicamente en las obligaciones de los facultativos”.

5. Mediante escrito de 18 de agosto de 2011, la reclamante incorpora al procedimiento informe de especialista privado, según el cual “el cuadro neurológico de la paciente presenta a lo largo de la cronología distintos enfoques contradictorios de difícil interpretación, que podrían estar en relación con el sesgo del observador (diferentes facultativos en distintos medios de trabajo) y la incierta etiología del proceso (presumible elevación del factor VIII con tendencia a la procoagulidad”. Ante los síntomas que presentaba la paciente (diplopia, inestabilidad, alteración en el lenguaje, pérdida de fuerza en hemicuerpo derecho), el técnico manifiesta que “o bien la paciente no refirió esta sintomatología en la consulta de febrero o bien el profesional no enfocó bien al paciente”.

6. El 14 de febrero de 2013, tras culminar los trámites procedimentales, se redacta la Propuesta de Resolución, desestimatoria.

## V

1. La responsabilidad de las Administraciones públicas (art. 106 CE) hace que los ciudadanos deban ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos salvo los casos de fuerza mayor, siempre que sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos (art. 139 LRJAP-PAC) y el daño sea efectivo, evaluable económicamente e individualizado y que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar. Se trata de una responsabilidad objetiva o de resultado, aunque es imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo. Cuando de responsabilidad sanitaria se trata, a la Administración solo le es exigible la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que quepa exigir la sanación completa. El límite de esta exigencia de encuentra en la denominada "pérdida de oportunidad", situación que permite una respuesta indemnizatoria en los casos en que tal quiebra no se ha producido pero se ha generado incertidumbre en torno a la secuencia que hubieran tomado los hechos de haberse seguido el servicio otros parámetros de actuación; en suma, la posibilidad de que las circunstancias concurrentes hubieran acaecido de otra manera.

Es decir, se le privó al paciente de determinadas expectativas de curación que deben ser indemnizadas, aunque el montante de la indemnización se debería reducir "en razón de la probabilidad de que el daño se hubiera producido igualmente de haberse actuado diligentemente".

La Propuesta de Resolución incorpora tales razonamientos a su contenido, pero concluye desestimando la reclamación interpuesta, por no ser el caso de "pérdida de oportunidad". Sin embargo, no se hace esfuerzo dialéctico alguno para concluir que en este caso no procede la aplicación de la doctrina de la "pérdida de oportunidad", siendo así que en el expediente hay información que permitiría avalar su concurso, siquiera sea parcialmente, en los términos que luego se dirá.

2. Retomando el hilo de los hechos, la reclamante acudió los días 9 y 11 de diciembre de 2009 a Urgencias de la Residencia refiriendo "cefalea".

El 9 fue diagnosticada de "cervicalgia", lo que era coherente con el síntoma de que el "dolor cervical irradiado a cráneo". No consta que la reclamante refiriera

otros síntomas neurológicos. Por ello, a la vista de los síntomas y manifestaciones de la reclamante se puede concluir que fue bien diagnosticada.

El 11 de diciembre la historia era más precisa, pero la reclamante tampoco refirió síntomas neurológicos. La reclamante presentaba cuadro de cinco días de evolución de "cefalea pulsátil temporal izquierda con dolor retroorbitario izquierdo y lagrimeo. No náuseas ni vómitos". Resultados de las pruebas (TAC, ECG), normales. El equipo de Neurología de guardia refiere "no antecedentes de cefalea, cefalea de reciente aparición, biparietal con irradiación a región occipital y dolor cervical". En suma, "la exploración no objetivó alteraciones neurológicas", sin que al parecer la paciente refiriera otros síntomas que los descritos. La paciente, pues, fue diagnosticada y tratada de conformidad con los síntomas que presentaba.

El 14 de diciembre de 2009, la reclamante acude a Urgencias del Hospital refiriendo episodio de "cefalea hemicraneal izquierda opresiva" desde hace "cinco días", con "náuseas, vómito y fotofobia". Se hace constar que había sido valorada (analítica, TAC) en la Residencia, con resultado "normal". Diagnóstico de "cefalea t/t" (transitoria temporal), siendo derivada a consulta de Neurología de zona.

Desconocemos la razón por la que la reclamante acudió al Hospital y no a la Residencia donde había sido ya valorada en dos ocasiones -aunque "ante la persistencia del síntoma era (...) justificable que la enferma no volviera a la misma consulta donde se le acaba de dar el alta (...), Sentencia TSJ Madrid 345/2010 de 29 marzo, JUR 2010\205330)-; también se desconoce si la reclamante llevó copia de su historial al Hospital y si en éste se hizo nueva lectura del TAC y valoración de todas las pruebas realizadas en la Residencia de forma conjunta. No sabemos si en el Hospital fueron plenamente conscientes de que se trataba de la tercera visita clínica que la paciente había hecho por el mismo motivo. Es decir, si trataron a la paciente como si fuera la primera vez o si, partiendo de la sintomatología y diagnósticos anteriores, continuaron con la secuencia lógica de diagnosis y tratamiento. Esta duda se la planteó asimismo el especialista privado que emitió informe en relación con este asunto. Sus palabras son muy significativas: "el cuadro neurológico de la paciente presenta a lo largo de la cronología distintos enfoques contradictorios de difícil interpretación, que podrían estar en relación con el sesgo del observador (diferentes facultativos en distintos medios de trabajo) y la incierta etiología del proceso (presumible elevación del factor VIII con tendencia a la procoagulabilidad". Y continúa diciendo: "o bien la paciente no refirió [su (...)] sintomatología en la consulta de febrero o bien el profesional no enfocó bien al paciente".



Desde luego, parece que la reclamante nunca fue plenamente consciente de la gravedad de su situación. Fue el 24 de febrero de 2010 cuando, en control de cefalea realizado en el Servicio de Neurología, en la Residencia, cuando aquella refirió que “desde hace 3-4 años” padecía “cefaleas occipital”. El juicio diagnóstico fue el de “migraña sin aura probable”; y es entonces se indican diversas pruebas diagnósticas (analítica, EMG y resonancia magnética, RM). El 27 de marzo de 2010, tras la RM, el juicio diagnóstico era de “ictus juvenil/infarto migrañoso”.

El 7 de abril de 2010 la reclamante refiere que “coincidiendo con uno de esos dolores (de diciembre de 2009) sufrió visión doble, inestabilidad, alteración del lenguaje”, todos ellos síntomas del infarto cerebral. Y en una de las visitas al Servicio de Rehabilitación (18 de marzo de 2011), la paciente reseñó que había padecido “nuevo cuadro de cefalea hemicraneal y torpeza en la lengua y con posterior rigidez cervical de 20 mn. de duración”, pero que “no acudió a Urgencias porque se “recuperó (de) la torpeza de la lengua ese mismo día”, manifestándole el rehabilitador que la próxima vez que refiriera tales síntomas debía ir de inmediato a Urgencias.

Sorprende desde luego tal olvido sintomático y que los recuerdos fluyeran tras la RM. En cualquier caso, inicialmente la paciente fue diagnosticada de cefalea.

Hay más de 160 clases de cefaleas. Entre ellas, un subtipo atribuido a trastorno vascular craneal o cervical. Pero al margen de tal pluralidad -que, desde luego, no facilitó la adecuada y anticipada diagnosis de la real dolencia- lo cierto es que desde el 14 de diciembre de 2009 la reclamante presentaba los síntomas (aparte de la “cefalea hemicraneal izquierda opresiva”) de “náuseas, vómito y fotofobia”, que eran coincidentes con los de la denominada “migraña sin aura probable”, que tiene estos criterios diagnósticos: A. Al menos 5 ataques que cumplan criterios B-D. B. Ataques de cefalea de 4-72 h de duración (sin tratamiento o si éste no es efectivo). C. La cefalea tiene al menos 2 de estas características: 1. Unilateral. 2. Pulsátil. 3. Intensidad moderada o grave. 4. Agravada por actividad física habitual (v. gr. andar o subir escaleras) o que motiva evitar esta actividad. D. Acompañada de al menos uno de los siguientes síntomas: 1. Náuseas con o sin vómitos. 2. Fotofobia y fonofobia.

Aunque hay que decir que tales síntomas son asimismo los propios del infarto cerebral (aturdimiento repentino, experimentarse debilidad, parálisis del rostro, brazo o pierna usualmente en un lado del cuerpo; dificultad para hablar o entender

la conversación; visión debilitada, borrosa o doble, también de forma repentina; mareos, pérdida de balance o coordinación, inesperados; repentino y agudo dolor de cabeza, o un dolor de cabeza inusual, que puede estar acompañado de rigidez en el cuello, dolor en la cara, dolor entre los ojos, vómito o incluso alteración de la conciencia; sensación de confusión o problemas con la memoria, orientación espacial o la percepción).

Según la Clínica M., "el tiempo es crucial para tratar un infarto (...) isquémico". Aunque cada persona es diferente con respecto a su historia médica, en general, mientras antes llegue a emergencias un paciente que experimenta un infarto o tenga los síntomas, mejor. Recibir atención médica inmediata es muy importante para evitar mayores daños y que los efectos del infarto puedan ser limitados a tiempo".

Pues bien, el diagnóstico correcto se va perfilando a partir de la realización de la RM pautada en la consulta de 24 de febrero de 2010, tras continuar la cefalea que ahora se dice que es de "3-4 años" de evolución.

3. La paciente reclama que la no realización anticipada de ciertas pruebas diagnósticas (RM) los días 9, 11 y 14 de diciembre impidió un diagnóstico certero preventivo de su real dolencia, que no era cervicalgia o migraña, sino infarto cerebral. Sin embargo, la reclamante silenció durante meses que en esas consultas de diciembre había presentado otros síntomas claros de la isquemia cuyo conocimiento hubieran permitido concluir que la migraña no era la dolencia, sino el síntoma de una dolencia más grave.

La Administración sanitaria entiende que la paciente fue tratada en cada ocasión de conformidad con los síntomas que iba presentando y sus propias manifestaciones.

Desde esta perspectiva, la Propuesta de Resolución es coherente en su construcción técnica y clínica. En efecto, los síntomas de la reclamante se encuentran dispersos en distintos días de la historia; se van decantando con el paso del tiempo a medida que la reclamante va completando los síntomas y se van realizando nuevas pruebas. Aparte de que sorprende que la reclamante no refiriera síntomas tan graves en sus consultas de diciembre de 2009, la historia, a la vista del resultado final, parece no reflejar la realidad de los hechos, pero por causa imputable a la propia reclamante. Pareciera como que una vez que la RM decantó el diagnóstico de isquemia, la reclamante reconstruyó sus síntomas de forma retrospectiva para así fundar una reclamación por diagnóstico insuficiente. Lo parece.

En cualquier caso, hasta aquí la Administración sanitaria parece haber actuado de conformidad con los síntomas presentes en cada consulta, los antecedentes y las propias manifestaciones de la reclamante, lo que excluye en principio la plenitud de responsabilidad sanitaria que la reclamante pretende.

4. Por otra parte, la reclamante poseía dos de tres de los principales factores predisponentes del infarto cerebral (trastornos lipídicos y el tabaquismo) que no constan hayan sido valorados junto con la cefalea, en las primeras consultas en Urgencias. De hecho, los pacientes con factor VIII tienen un riesgo de trombosis venosa "3-5 veces con respecto a la población normal". Quizás este hecho hubiera debido aconsejar que la primera prueba pautada el 11 diciembre de 2009 hubiera debido ser una RM y no un TAC. O, a la vista de su resultado negativo del TAC y la aparición de nuevos síntomas (náuseas, vómitos y fotofobia) hubiera debido pautarse la RM en la visita del 14 de diciembre. Pero no se hizo así. Tampoco podemos saber si es lo que hubiera exigido la praxis.

De hecho, esta es la base fundamental de la reclamación efectuada: la no realización de esa RM de forma anticipada.

Ciertamente, la literatura médica acredita una notable diferencia de "diagnóstico adecuado" según se utilice un TAC (46%) o una RM (71%). Si la prueba se hiciera en las tres primeras horas de la crisis, el porcentaje sería, respectivamente, del 54% y 89%. Los días 9, 11 y 14 de diciembre, la reclamante debió sufrir un "accidente isquémico transitorio" que se resolvió sin iniciales secuelas hasta que la arteria se obstruyó, sobreviniendo entonces el accidente vascular, el infarto cerebral.

La cuestión, pues, estriba en determinar si era razonable o exigible la realización anticipada de la RM, a la vista de los síntomas de la paciente.

De la literatura médica se desprende que se realizará el TAC o RM dependiendo de las siguientes cuestiones: disponibilidad de la RM en situación de urgencia; entrenamiento del personal, tanto del técnico como del radiólogo (mientras el TAC es fácil de realizar, los hallazgos de la RM son fáciles de interpretar; las imágenes de difusión de la RM son más fáciles de interpretar que los mapas de perfusión de la TAC); situación clínica del paciente (el tiempo de estudio con RM es 15-25 minutos, mientras que con la TAC es inferior a 5 minutos); el acceso del paciente al tubo de la RM es más complicado; la RM presenta restricciones específicas (objetos metálicos, marcapasos, stents recientes, etc.); y el TAC también (alergia al contraste iodado, insuficiencia renal, dosis de radiación); una ventaja clara de la RM es la evaluación

del parénquima cerebral en su totalidad, frente a los 20mm de la TAC. Sin embargo, el estudio del árbol vascular es más completo en la TAC.

Luego, la aplicación del TAC fue técnica diagnóstica idónea para el síntoma - único- que presentaba la paciente. Sin embargo, a la vista de la progresión de los síntomas de la reclamante el 14 de diciembre de 2009, puede sostenerse que debió entonces pautarse la RM, no efectuándose sin suficiente motivo para ello que se deduzca del expediente.

5. Una cuestión concurrente con la indicada alternativa diagnóstica es que el 14 de diciembre de 2009 la reclamante no acudió a la Residencia -donde ya había sido vista en dos veces- sino al Hospital General. Es decir, la asistencia dada a la reclamante en la Residencia fue correcta y adecuada y proporcional a los síntomas que evidenciaba la paciente. Fue en el Hospital donde no hubo progresión diagnóstica, pese a que los síntomas ya eran más dudosos. Es decir, ya se podía intuir que la cefalea no era la dolencia, sino el síntoma de una dolencia más grave.

Es en este contexto donde, quizás, se podría hablar de "pérdida de oportunidad" diagnóstica.

El Tribunal Supremo (STS de 7 de julio de 2008) afirma que la privación de expectativas en que consiste la denominada "pérdida de oportunidad" [STS de 7 de septiembre de 2005 (RJ 2005\8846) constituye un daño antijurídico puesto que, aunque la incertidumbre en los resultados es consustancial a la práctica de la medicina (circunstancia que explica la inexistencia de un derecho a la curación), "los ciudadanos deben contar frente a sus servicios públicos de la salud con la garantía de que, al menos, van a ser tratados con diligencia aplicando los medios y los instrumentos que la ciencia médica pone a disposición de las Administraciones sanitarias". Aunque -sigue la citada STS- según la Inspección médica "la resonancia no estaba prescrita", el perito afirma que "los casos señalados no resultan ser los únicos que se pueden beneficiar de la realización de una resonancia magnética. Por ejemplo pueden también beneficiarse aquellas pacientes (...) en las que no existen alteraciones en exploraciones previas pero la sintomatología es sugerente de patología subyacente" (...). El motivo no es otro que la complementariedad de la resonancia, que ofrece una elevada resolución para la detección de lesiones (...) que, de otra forma, no podrían ponerse de manifiesto (...). "Ante la persistencia del síntoma, era aconsejable tanto la práctica de la resonancia como justificable que la enferma no volviera a la misma consulta donde se le acaba de dar el alta con cita

para seis meses después" (Sentencia TSJ Madrid 345/2010 de 29 marzo. JUR 2010\205330).

Puede que concurrente o determinante de tal pérdida de oportunidad haya sido una cierta descoordinación de Servicios de los distintos centros que han intervenido en este caso; o que se haya producido un "fallo del sistema sanitario como consecuencia de su concreta organización" (STSJ de Canarias 61/2005, de 28 de octubre, JUR 2005/278163).

En efecto, se desconoce si el TAC de la Residencia fue bien leído y si fue releído en el Hospital (consta que los mapas de perfusión de la TAC son mas difíciles de interpretar que los de la RM). Se desconoce asimismo si la continuación de las cefaleas y los hábitos nocivos de la reclamante hubieran debido alertar de la conveniencia de anticipar la prueba de RM a partir del 14 de diciembre de 2009 y no remitir a la reclamante a consulta del 24 de febrero de 2010, que fue cuando se pautó la RM; y, en este caso, si el diagnóstico y tratamiento anticipado hubiera tenido alguna influencia en el curso de la dolencia y sus secuelas (se desconoce el día exacto en que la reclamante sufrió los trastornos isquémicos de los que se trató en el Servicio de Rehabilitación). Dicho de otra forma, si el diagnóstico y tratamiento tardío tuvieron alguna influencia en las secuelas que la reclamante finalmente padeció.

6. La Propuesta de Resolución no es conforme a Derecho al no estar suficientemente fundado su resuelto desestimatorio por los motivos expuestos, considerándose no completa la instrucción efectuada a tal fin, debiendo retrotraerse el procedimiento y emitirse los siguientes informes complementarios:

- Informe de especialista en Neurología que no pertenezca a ninguno de los dos centros sanitarios implicados (HUNSC y HUC), sobre si tras la sintomatología referida por la paciente en el Servicio de Urgencias del HUC el día 14 de diciembre de 2009(cefalea, mareos, vómitos y fotofobia), los antecedentes nocivos de la misma y las precedentes atenciones en el Servicio de Urgencias de La Residencia los días 9 y 11 de diciembre de 2009, por fuertes cefaleas, sin que éstas remitieran, procedía la realización de nuevas pruebas diagnósticas adicionales.

- Informes de los Servicios de Neurología tanto del HUC como del HUNSC, sobre si procedía la remisión, en concreto los días 9 de diciembre y 14 de diciembre de 2009 (dado que el 11 de diciembre sí fue remitida), a los respectivos Servicios de Neurología de cada centro para una valoración más en profundidad; sobre si la

lectura del TAC realizado el 11 de diciembre en La Residencia era la correcta y fue comprobada el día 14 de diciembre en el HUC; sobre si procedía, vistos los síntomas, antecedentes y reiteración de fuertes cefaleas en las atenciones de los Servicios de Urgencias, la realización de una RM para averiguar la causa de tales síntomas; y sobre si, constatada la existencia de isquemia o ictus, o el inicio del proceso, en diciembre según pruebas posteriores, en dicho mes podían existir síntomas luego referidos por la paciente (debilidad en miembros, doble visión o problemas de habla) y, de ser así, cuál es el motivo de no haber sido apreciados o siquiera sospechados en absoluto en ninguno de esos días.

Una vez que los citados informes hayan sido trasladados a la reclamante y efectuado el correspondiente trámite de audiencia, deberá elaborarse nueva PR que deberá de someterse de nuevo a Dictamen de este Consejo.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución no es conforme a Derecho, debiendo retrotraerse el expediente y realizarse los trámites indicados en el Fundamento V.6.