



Consejo Consultivo de Canarias

## DICTAMEN 419/2013

(Sección 2ª)

La Laguna, a 27 de noviembre 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. 430/2013 IDS)\*.*

## FUNDAMENTOS

### I

1. Mediante escrito de 21 de octubre de 2013 (R.E.), la Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias interesa preceptivo dictamen por el procedimiento ordinario respecto de la Propuesta de Resolución del procedimiento de reclamación de indemnización incoado a instancia de A.M.A.G. (la interesada) por las secuelas físicas y síquicas sufridas a consecuencia de un error de diagnóstico (cervicalgia, cefalea, migraña) cuando la interesada en realidad 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”.

Es la segunda ocasión que el Consejo debe dictaminar el asunto de referencia. Antes, en su Dictamen 137/2013, de 18 de abril, concluyó en la necesidad de retrotraer el procedimiento para realizar la instrucción complementaria que se precisó en el Fundamento V.6:

*“- 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*

---

\* **PONENTE:** Sr. Lazcano Acedo.

*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 Propuesta de Resolución que deberá de someterse de nuevo a Dictamen de este Consejo”.*

2. Por lo que respecta al procedimiento seguido (Fundamento II) y al relato de hechos sucedidos (Fundamento III), nos remitimos al Dictamen de referencia.

Basta con recordar que la reclamante acudió los días 9 y 11 de diciembre de 2009 a Urgencias de la Residencia (HUNSC), refiriendo “cefalea”; el 9 de diciembre fue diagnosticada de “cervicalgia” (en coherencia con el “dolor cervical irradiado a cráneo”) sin que manifestara otros síntomas neurológicos; el 11 de diciembre, tampoco presentaba síntomas neurológicos (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. Hasta aquí, pues, la paciente fue diagnosticada y tratada de conformidad con los síntomas que presentaba.

Sin embargo, el 14 de diciembre de 2009 la reclamante acude a Urgencias del Hospital Universitario (HUC) 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 para el 24 de febrero de 2010 y, después de diferentes pruebas, el día 1 de abril de 2010 le diagnostican infarto isquémico parietal izquierdo.

El Consejo en su momento tuvo que valorar los hechos y el dictamen emitido fue consecuencia de ello. Ordenada la retroacción pedida, se solicitaron los informes a que se ha hecho referencia anteriormente:

a) El informe del Jefe de Servicio de Neurología del HUNSC, emitido el 6 de mayo de 2013 indica, entre otros extremos, lo siguiente:

*"En la revisión de la historia clínica no existe constancia de que la paciente refiriera déficit neurológico como el que describió retrospectivamente cuando se observaron los hallazgos anormales de la RM realizada en abril de 2010, por lo tanto, se actuó conforme a la lex artis. Si se hubiera referido clínica focal debería haberse realizado una RMN. La consideración de que el diagnóstico más precoz hubiese evitado la aparición del déficit neurológico es especulativa. Retrospectivamente es difícil estimar cuando le sobrevino el ictus, aunque si se atiende a la evidencia objetiva de los informes, debió ser posterior al 12 de diciembre, que es la fecha en que se valoró por última vez por el Servicio de Urgencias".*

El informe del Jefe de Servicio de Neurología del HUC, emitido el 10 de junio de 2013 informa así sobre "si la lectura del TAC realizado el 11 de diciembre en el HUNSC era la correcta y fue comprobada el 14 de diciembre en el HUC":

*"No disponemos de acceso a la imagen del TAC realizado el 11 de diciembre de 2009 en el HUNSC, por lo que no podemos emitir, con respecto a dicho estudio, ninguna opinión.*

*No aparece disponible en el archivo informatizado de imagen del HUC ningún estudio de TAC con fecha 14 de diciembre de 2009, por lo que tampoco podemos emitir opinión a este respecto".*

Respecto de "si procedía, vistos los síntomas, antecedentes y reiteración de fuertes cefaleas (...) la realización de una RM para averiguar la causa de tales síntomas", informó que:

*“En ninguna de las exploraciones practicadas hasta este momento se refirieron por parte de la paciente, ni se recogieron en la exploración neurológica signos deficitarios focales que apuntasen a una lesión isquémica. El TAC craneal se considera como una técnica de imagen adecuada para el cribaje de cefaleas secundarias”.*

Y respecto de si “constatada la isquemia o ictus (...) en diciembre (...) podían existir síntomas luego referidos por la paciente (...) y de ser así cual es el motivo de no haber sido apreciados o siquiera sospechados en absoluto en ninguno de esos días”:

*“La paciente no fue valorada en ningún momento de su proceso por el personal médico del Servicio de Neurología del HUC, por lo que no disponemos de información de primera mano que permita emitir una opinión al este respecto”.*

b) El 7 de junio de 2013 tiene entrada el informe del Servicio de Neurología del Hospital Universitario Dr. Negrín. Entre otros extremos, indica lo siguiente:

*“Cuando la paciente acude el 9 de diciembre de 2009, por dolor cervical y cefalea al Servicio de Urgencias del HUNSC, no se detectaron signos de focalidad, es decir, que sugirieran una lesión localizada del sistema nervioso, sin registrarse otros síntomas. Posteriormente, el 11 de diciembre de 2009, refiere cefalea sin náuseas ni vómitos: La exploración neuróloga es normal. Finalmente, el 14 de diciembre de 2009 cuando vuelve a acudir al Servicio de Urgencias del HUC, refiere cefalea con náuseas sin registrar otra sintomatología y con exploración neurológica normal. De lo anterior se concluye que en ninguna de estas visitas se objetivaron signos que hicieran sospechar de un ictus isquémico, la actuación fue la adecuada, no habiendo datos en aquel momento que indicaran la necesidad de nuevas pruebas diagnósticas”. (...) El informe de RMN de 1/4/2010 manifestó un infarto (...) de aspecto reciente [lo que (...)] significaría que pudo ocurrir en cualquier momento desde diciembre hasta las semanas previas a la realización de la prueba”.*

3. Los informes emitidos insisten en que no había síntomas neurológicos, ni focalidad, ni náuseas ni vómitos. Pero esta ausencia de síntomas solo es predicable de las consultas de 9 y 11 de diciembre, pues en la de 14 de diciembre se indica “cefalea hemicraneal izquierda opresiva, c) náuseas y vómitos y fotofobia (...)” que “mejora al decúbito”. También se hace constar que ya había sido valorada por el Servicio de Neurología del HUNSC pero no se adopta medida diagnóstica complementaria alguna sino que se interesa valoración de Neurólogo de zona. Desde

luego, a la vista de la sintomatología creciente y constante hubiera debido pautarse en ese momento la RNM.

De hecho, este Consejo interesó que en la instrucción complementaria se emitiera informe 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”.*

Sin embargo, los informes emitidos reiteran que no había síntomas neurológicos, pero no mencionan los síntomas del día 14 de diciembre de 2009 que, aunque compatibles con otras dolencias, eran asimismo síntomas neurológicos.

Fue el 24 de febrero de 2010 -tras referir la reclamante padecer “desde hace 3-4 años” “cefaleas occipital” y se diera el diagnóstico de “migraña sin aura probable”- cuando se pautan diversas pruebas diagnósticas (analítica, EMG y RNM), emitiéndose informe el 27 de marzo de 2010 con el juicio diagnóstico de “ictus juvenil/infarto migrañoso”.

Se obvió una posibilidad terapéutica y diagnóstica a la vista de los antecedentes de la paciente, sus factores predisponentes y los síntomas progresivos que iba presentando.

Desde luego, no puede aceptarse la valoración retrospectiva que hace la reclamante de sus propios síntomas, pues no tiene sentido que el 7 de abril de 2010 manifestara que “coincidiendo con uno de esos dolores (de diciembre de 2009) sufrió visión doble, inestabilidad, alt(eración) del lenguaje”, todos ellos ciertamente síntomas del infarto cerebral. Tampoco manifestó diligencia cuando en una de las visitas al Servicio de Rehabilitación (18 de marzo de 2011) reseñara 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.

Obvio es que esta consideración retrospectiva no puede ser tenida en cuenta a los efectos de probar la deficiencia diagnóstica que alega, pues su silencio impidió que el servicio sanitario pudiera adoptar preventivamente las medidas adecuadas conforme a la *lex artis* de aplicación.

Pero, sin perjuicio de ello, se trata de determinar de forma ponderada si los síntomas que evidenciaba la paciente en la consulta del 14 de diciembre podían ser de isquemia; síntomas que venían precedidos de otros que la anticipaban; más aún si se considera que la reclamante poseía antecedentes predisponentes a padecerla.

Los datos apuntan a que ese día la reclamante sufrió isquemia o los comienzos de la misma, no diagnosticados definitivamente hasta meses más tarde. Por ello, la paciente habría perdido una posibilidad diagnóstica parcial, pues ya sufría de isquemia o sus síntomas, cuando acudió al centro; de hecho se informa que la isquemia debió ser posterior al 12 de diciembre- pero que debe ser valorada por si tal pérdida y el consecuente diagnóstico tardío hubieran podido tener alguna incidencia en el agravamiento de la dolencia, la recuperación de la misma y sus secuelas. Esta posibilidad, calificada en alguno de los informes emitidos como "especulativa", dio base a que este Consejo solicitara informe sobre si en ese mes de diciembre:

*"(...) 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".*

Cuestión sobre la que no se dice nada en concreto. Es decir, no hay información sobre la variación de la situación de la paciente desde el 14 de diciembre de 2009 al 24 de febrero de 2010, fecha en que se solicitó la RNM.

## II

1. Hay dos datos más que conducen a reforzar la conclusión de que ha habido una pérdida, siquiera parcial, de oportunidad diagnóstica.

A. La primera, concierne a la propia organización de los Servicios que intervinieron en el tratamiento de la paciente.

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.

Hay dudas sobre 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 diagnóstico 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 procoagulidad)”.*

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”.*

Es más, a requerimiento de este Consejo se solicitó informe sobre si:

*“(...) “constatada la isquemia o ictus (...) en diciembre (...) podían existir síntomas luego referidos por la paciente (...) y de ser así cual es el motivo de no haber sido apreciados o siquiera sospechados en absoluto en ninguno de esos días”.*

Siendo la respuesta que:

*“La paciente no fue valorada en ningún momento de su proceso por el personal médico del Servicio de Neurología del HUC, por lo que no disponemos de información de primera mano que permita emitir una opinión al este respecto”.*

Lo que, en efecto, parece acreditar que la valoración última se hizo sin tener a la vista todo el historial de la reclamante. Fue valorada, ciertamente, pero sin tener a la vista todo el material diagnóstico que evidenciaba una acumulación progresiva de síntomas posibles y luego probables.

**B.** La segunda, en conexión a la anterior, concierne al material diagnóstico existente. Este Consejo solicitó se emitiera informe 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 RMN para averiguar la causa de tales síntomas”.

La respuesta a “si la lectura del TAC realizado el 11 de diciembre en el HUNSC era la correcta y fue comprobada el 14 de diciembre en el HUC” fue que:

*“No disponemos de acceso a la imagen del TAC realizado el 11 de diciembre de 2009 en el HUNSC, por lo que no podemos emitir, con respecto a dicho estudio, ninguna opinión.*

*No aparece disponible en el archivo informatizado de imagen del HUC ningún estudio de TAC con fecha 14 de diciembre de 2009, por lo que tampoco podemos emitir opinión a este respecto”.*

No se explica cuál fue la causa de esa imposibilidad de opinión. Pero la respuesta dada redundaba en que los diagnósticos separados y no concurrentes fueron determinantes para que la secuencia causal de hechos condujera a posponer una prueba diagnóstica que de haberse realizado podría haber anticipado el diagnóstico correcto, el tratamiento adecuado y reducir las secuelas padecidas.

La prueba no habría impedido la isquemia -cuando acudió a consulta ya tenía los síntomas- sino que retrasó el diagnóstico y tratamiento adecuados.

### III

1. La Propuesta de Resolución no se estima conforme a Derecho porque:

a) La gestión de la información clínica que generó la paciente en los distintos centros en los que fue atendida puede haber sido un factor determinante del proceso causal del daño.

b) En este caso ha habido una pérdida parcial de oportunidad diagnóstica, pues cuando la paciente fue atendida el 14 de diciembre presentaba síntomas de isquemia sin que se pautara una inmediata RNM a la vista de la evolución sintomática desde días anteriores y sus antecedentes. Ha habido, pues, diagnóstico retrasado y tratamiento adecuado pero tardío.

La indemnización, que no ha sido valorada por la reclamante, depende de la evolución sintomática desde el 14 de diciembre de 2009 (primeros síntomas) al 24 de abril de 2010 -solicitud de RNM- y secuelas derivadas de tal retraso.

## **C O N C L U S I Ó N**

La Propuesta de Resolución no se considera conforme a Derecho, según se razona en los Fundamentos II Y III.