



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 5 1 / 2 0 1 4

(Sección 2ª)

La Laguna, a 18 de febrero de 2014.

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 J.F.H., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 31/2014 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. Mediante escrito de 31 de enero, de salida 4 y entrada en este Consejo el 5 de febrero de 2014, la Consejera de Sanidad solicita de este Consejo, al amparo de lo dispuesto en los arts. 11.1.D.e), 12.3 y 20.1 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, y en el art. 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por R.D. 429/1993, de 26 de marzo (RPAPRP), dictamen preceptivo por el procedimiento ordinario respecto de la Propuesta de Resolución del procedimiento de reclamación de indemnización incoado a instancia de J.F.H. (la interesada/la reclamante) por los daños sufridos tras ser intervenida de un hematoma cerebral a consecuencia de un diagnóstico erróneo, lo que motivó una reintervención por posible necrosis cerebral, quedando la paciente en situación de hemiplejía o hemiparesia que requiere la asistencia de una tercera persona.

Por las lesiones y daños morales causados, se solicita una indemnización de 300.000 euros, superior a la cuantía mínima de 6.000 euros que se exige para la intervención preceptiva de este Consejo.

* **PONENTE:** Sr. Bosch Benítez.

2. La Propuesta de Resolución culmina un procedimiento administrativo en el que, con carácter general, se han cumplido las previsiones de índole legal y reglamentaria de esta clase de procedimiento.

Se significa que este asunto retorna al Consejo una vez que se ha realizado la instrucción complementaria acordada en el anterior Dictamen 293/2014, de 10 de septiembre, que concluyó en que "(...) para que este Consejo pueda pronunciarse sobre el fondo, por el Servicio competente debe emitirse un nuevo informe en el que aclare las siguientes cuestiones: a) el motivo de la ausencia de control durante los días 9 y 10 de mayo; y b) el tipo de tratamiento preventivo de vasoespasma que recibió la reclamante (en los términos que se han descrito en el apartado precedente). Una vez cumplido el citado trámite, y previa audiencia a la interesada, se formulará una nueva Propuesta de Resolución, que habrá de ser remitida a este Consejo para su Dictamen preceptivo".

En cuanto a los hechos y al procedimiento incoado, nos remitimos con carácter general al Dictamen anteriormente emitido. Baste en este punto con señalar que la reclamación fue interpuesta por persona legitimada para ello [art. 31.1.a) de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, LRJAP-PAC]; en el preceptivo plazo de un año que dispone el art. 4.2.2º párrafo del RPAPRP; constan los actos necesarios para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debe pronunciarse la Resolución (art. 7 RPAPRP), especialmente, el preceptivo informe del Servicio causante del daño, que es el de Neurocirugía (art. 10.1 RPAPRP). Asimismo, se han realizado los preceptivos trámites probatorio (art. 9 RPAPRP), audiencia (art. 11 RPAPRP) e informe del Servicio Jurídico [art. 20.j) de su Reglamento de Organización y Funcionamiento, aprobado por Decreto 19/1992, de 17 de febrero].

A resultas de la instrucción complementaria acordada, se nos ha remitido nueva Propuesta de Resolución, desestimatoria, que se fundamenta en los informes complementarios emitidos, del Servicio de Neurocirugía, de 11 de octubre de 2013, y del Servicio de Inspección, de 25 de noviembre de 2013.

El informe del Servicio de Neurocirugía precisa que:

"Los días 9 y 10 de mayo de 2009 se corresponden con sábado y domingo, días en los que no se realiza una visita reglada en la planta de hospitalización. El facultativo especialista de guardia, está ubicado fuera del hospital (guardia localizada) y sólo acude al centro hospitalario si su presencia es requerida. El día 10/5/09 la situación

de paciente fue evaluada por un médico residente de la especialidad modificándose la pauta analgésica según consta en la documentación correspondiente (hoja de órdenes médicas).

La cefalea de novo puede ser un síntoma incipiente de vasoespasmo, pero no es el caso de la paciente (...) que presentaba cefalea refractaria a múltiples tratamientos farmacológicos desde el momento inicial del sangrado y que persistió durante toda su estancia hospitalaria.

En la mañana del día 11 de mayo de 2009 la situación de la paciente descrita en la historia clínica no refleja deterioro neurológico alguno, es mejor incluso que la descrita en el informe de alta de hospitalización en UCI y por tanto se puede concluir que hasta ese momento no se ha producido un deterioro agudo que tiene lugar horas más tarde.

En cuanto al tratamiento preventivo del o aplicado a la paciente, me remito a la historia clínica en donde se refleja que estaba con tratamiento oral de nimodipino dosis de 60 mgs/4 horas”.

El informe complementario del Servicio de Inspección, que viene a reiterar el anterior de 2 de noviembre de 2012, hace alusión a que el Dictamen del Consejo efectúa consideraciones con arreglo a “literatura médica”, con cita de las páginas consultadas en la *web* por parte de este Consejo, precisando que:

“(…) identificar la información útil para la práctica clínica e interpretarla adecuadamente, de forma que permita valorar las decisiones apropiadas en un contexto clínico concreto *lex artis ad hoc*, es un ejercicio que requiere formación especializada”. Cuestiona por ello que el Consejo ponga “en tela de juicio bien la información documentada obrante en la historia clínica, bien la información del facultativo especialista, bien del propio Servicio de inspección que como órgano especializado de la Administración está capacitado valorar las actuaciones médicas de los servicios públicos sanitarios”. Precisamente, indica que “los Inspectores médicos, son médicos y funcionarios, independientes de los profesionales asistenciales y de los centros sanitarios involucrados en la reclamación, obligados por los principios generales de la función pública y de la deontología médica, entre ellos la objetividad, y buenos conocedores del sistema sanitario y de los principios científico-técnicos que deben caracterizar la asistencia sanitaria. Además, de poseer formación jurídica básica, que les facilita el desempeño de su función cuasi pericial”.

En el mismo Dictamen, en la página 16 se afirma, entre otras circunstancias: “el 9 de mayo, sufre una involución”. Se desconoce el fundamento que sirvió de base para tal afirmación categórica no demostrada en ningún informe ni documento clínico.

En relación a las cuestiones formuladas: El tratamiento con nimodipino para la prevención del vasoespismo, que, como refiere el mismo Dictamen, para su prevención se aplica nimodipino desde el momento del diagnóstico”, una lectura detenida de la historia clínica permite observar que el tratamiento con nimodipino fue pautado desde el ingreso en la Unidad de Medicina Intensiva como consta, entre otros documentos clínicos, en las órdenes médicas en la fecha 4 de mayo de 2009.

En cuanto a la alusión efectuada: ausencia de control durante los días 9 y 10 de mayo no consta. El especialista en neurocirugía fue consultado a las 01:30 horas del día 10 de mayo por cefalea modificando la analgesia y no se puede admitir por tanto ausencia de control. Asimismo, se trata de una paciente en situación estable, con anotaciones de enfermería en los tres turnos, sin déficit neurológico, presencia de nueva sintomatología ni agravamiento que justificara valoración por especialista y la adopción de otras pruebas diagnósticas. Prueba de ello, es la situación de estabilidad observada por el neurocirujano en la mañana del día 11 de mayo que no requirió otra actividad que la expectante evolución del proceso clínico.

II

1. La interesada manifiesta en su escrito inicial que en la madrugada del 3 de mayo de 2009 comienza a sufrir una “fuerte cefalea de apreciación brusca” concurrente con “estado letárgico, adormitado y con ligera desviación en la comisura labial derecha”, siendo trasladada al Servicio de Urgencias del Hospital de La Candelaria, donde, aunque entró caminando, se le apreció “cierta lateralización de la marcha hacia el lado izquierdo”. Ante esta situación, la neuróloga de guardia ordenó realizar un TC de cráneo, diagnosticándose “hematoma cerebral derecho grande”, aconsejando intervención urgente, y aunque se le practicó una arteriografía “se la mantuvo en espera más de tres horas”.

Ante su estado, se estima aconsejable dejarla ingresada en la UMI y se le programa la intervención para el 5 de mayo. El 4 de mayo el Dr. P. le solicita el consentimiento informado, que suscribió la paciente de puño y letra. La intervención transcurrió de “manera satisfactoria”, siendo trasladada de nuevo a UMI donde se informa al marido de la evolución. Aunque lo aconsejable en enfermos en esta

situación es trasladarlos a “una sala de terapia intermedia y no a la planta directamente”, así se hizo el 8 de mayo de 2009.

El 9 de mayo de 2009, se produce una involución de su estado, manifestándose de nuevo los dolores de cabeza, siendo sedada y aunque al despertar continuaba refiriendo dolor de cabeza, no fue examinada los días 9 y 10 de mayo.

Ante tal circunstancia, el 11 de mayo de 2009 el marido interesó entrevistarse con el médico residente para recibir información, obteniendo como única respuesta que su mujer exageraba cuando tenía algún dolor, ya que no percibían nada que justificara el dolor de cabeza que refería.

Sin embargo, el cuadro de dolor se agravó, lo que motivó que sobre las 20:00 horas del día 11 de mayo exigiera la presencia del médico de guardia. Tras comunicación telefónica, se acordó realizarle un nuevo TC cerebral. Tras la prueba, el neurocirujano Dr. C. comunica que era necesario reintervenir porque la paciente presentaba “hipertensión endocraneal con posible necrosis cerebral, por lo que había que descomprimir el cerebro”. Se trataba de una operación de riesgo que se produjo esa misma noche sobre las 12 horas, siendo informado el marido del estado grave en que se encuentra su esposa.

El 12 de mayo de 2009, se entrevista el esposo con el Dr. D., Jefe de Servicio de Neurocirugía, que le reitera que los dolores de cabeza eran injustificados, que no procedía hacer el TAC, y que su Servicio no tenía por qué pasar control de la enferma, garantizando dar una respuesta debida a lo acontecido, lo que sin embargo no ha tenido lugar.

La paciente fue dada de alta hospitalaria el 15 de julio de 2009, sin haber obtenido explicación alguna, sin constar referencia alguna de lo acontecido en la historia clínica que le entregaron entre el 3 de mayo y el 15 de julio de 2009. El estado actual de la paciente “demanda de la prestación asistencial de una tercera persona”.

2. De la documentación clínica obrante en el expediente se constata que la paciente acudió el 3 de mayo de 2009 al Servicio de Urgencias del HUNSC por cefalea, que no remitía con analgésicos habituales, y discreta desviación de la comisura bucal derecha. Se detecta hematoma temporo-parietal mediante TAC de cráneo; se hospitaliza en Neurología; y se realiza arteriografía que objetiva aneurisma sacular en la bifurcación de la arteria cerebral media derecha.

El 4 de mayo de 2009, la paciente pasa a Medicina Intensiva (UMI) con diagnóstico de "hemorragia subaracnoidea secundaria a rotura de aneurisma de arteria cerebral media derecha". Se planifica cirugía precoz para la mañana del día 5 con el fin de tratar el propio aneurisma roto y eliminar la posibilidad de resangrado. Se realiza clipaje del aneurisma.

El 6 de mayo de 2009, se realiza *eco doppler* transcraneal sin observar vasoespasmos. El 7 de mayo, se inicia tolerancia oral. Ante la estabilidad clínica, la paciente es trasladada a la planta de Neurología en la tarde del día 8 de mayo.

En la tarde-noche del día 11 de mayo, en el momento de la cena, se observa "brusco deterioro neurológico, vómitos, disminución del nivel de conciencia". Tras TAC cerebral urgente, se observa "lesión hipodensa parietotemporal derecha con expansividad". Se realiza "craniectomía descompresiva urgente, por vasoespasmos e ictus isquémico maligno de la arteria cerebral media derecha con edema".

El 12 de mayo, pasa a la UMI -se monitoriza y se somete a vigilancia intensiva- donde permanece trece días.

El 25 de mayo de 2009, pasa a planta de Neurocirugía. Situación de estabilidad. "Neurológicamente se destaca una hemiparesia izquierda 3/5". Prosigue evolución y valoración por especialistas.

El 2 de julio de 2009, se somete a craneoplastia, firma documento de consentimiento informado su esposo. Evolución satisfactoria. Causa alta hospitalaria el día 15 de julio de 2009, en situación de "hemiplejia izquierda".

III

Los hechos objeto de reclamación son, en síntesis, que tras el diagnóstico de "hematoma cerebral derecho grande" y habiéndose aconsejado "intervención urgente" se mantuvo a la enferma "en espera más de tres horas"; que tras la cirugía, fue trasladada "inadecuadamente a planta"; y que tras la involución de su estado el 9 de mayo, "estuvo dos días sin pasar control médico".

Estas alegaciones fueron informadas por el Jefe de Servicio de Neurocirugía, el 20 de julio de 2010, con el siguiente alcance:

"1.- En ninguna guía de prácticas clínicas aceptada por las diferentes sociedades científicas se exige que en un paciente con HSA espontánea deba realizarse una arteriografía en un plazo inferior a tres horas. En todas las guías se recomienda realizar el estudio arteriográfico en las primeras 48 a incluso 72 horas. En [este

(...)] caso la arteriografía se practicó en las primeras 24 horas del sangrado, un plazo a mi juicio perfectamente razonable dada la buena situación clínica de la paciente en aquel momento. 2.- Tras la cirugía practicada el 5 de mayo de 2009, la paciente continuó ingresada en la Unidad de Cuidados Intensivos hasta el día 8 de mayo de 2009 cuando debido a una evolución clínica y radiológica satisfactoria se decidió su traslado a planta de hospitalización neuroquirúrgica. 3.- La paciente presentaba cefalea intensa desde el momento de su ingreso, tal como se describe en la historia clínica e informes correspondientes, lo cual es habitual en pacientes con HSA por el efecto irritativo de la sangre. Este síntoma se mantuvo persistentemente precisando terapia analgésica combinada que incluyó opiáceos”.

En el informe de alta de la Unidad de Cuidados Intensivos de 8 de mayo, se destaca que tras la intervención quirúrgica la paciente continuaba con “dolor de difícil control a pesar de la perfusión analgésica con metamizol y pauta de paracetamol y tramadol, requiriendo además bolos de opiáceos y la administración intravenosa de corticoides”.

Los días 5 y 7 de mayo, se realizaron TAC craneales que no evidenciaron signos de alarma, descartándose además otras causas posibles de dicha cefalea. Antes del alta de la UCI se practicó *eco-doppler* transcraneal que descartó la presencia de vasoespasmos.

El sábado 9 de mayo “no constan comentarios evolutivos puesto que los sábados no se practica una visita reglada de los pacientes ingresados”. El médico de guardia conocía la situación clínica de la paciente y consta en la hoja de tratamiento que se modificó la pauta de analgesia (la noche del 9 al 10) reiniciando el tratamiento con opiáceos que había sido suspendido el día previo tras el alta de UCI.

El día 11 de mayo, durante el pase de visita de la mañana, la paciente es descrita según los comentarios clínicos en “buena situación clínica (GCS de 15/15 y sin déficit motor). Persistía cefalea intensa como manifestó siempre desde el momento del sangrado.

El deterioro neurológico se manifestó con carácter agudo en la tarde-noche del día 11 de mayo “cuando la paciente experimentó disminución progresiva del nivel de conciencia (GCS de 10/15) en relación con vasoespasmos y a pesar del tratamiento profiláctico administrado (nimodipino). Se adoptaron las medidas diagnósticas y terapéuticas descritas en la historia clínica e informes correspondientes”.

El informe emitido por la Inspección Médica, de 2 de noviembre de 2012, establece las siguientes conclusiones:

“1.- La paciente sufrió rotura de aneurisma de arteria cerebral media derecha que ocasionó hemorragia subaracnoidea de la que fue intervenida el 5 de mayo de 2009, evitando el resangrado. 2.- Una vez corregido el aneurisma, en la evolución postoperatoria se observaron cuantas medidas de control y sostén precisaba la paciente en las unidades adecuadas, pruebas exploratorias (TAC, eco-doppler) y tratamientos pautados. 3.- Siguiendo una evolución favorable sin observarse déficits, «siendo el síntoma más constante desde su ingreso la cefalea, atribuible al efecto irritativo de la sangre hasta que esta no se reabsorba», en la tarde del día 11 de mayo, se produce un “deterioro neurológico sugestivo de complicaciones derivadas de su proceso clínico”.

Se adoptan medidas diagnósticas (TAC) y terapéuticas urgentes (tratamiento quirúrgico: craneotomía descompresiva) por presentar “vasoespasmos e ictus isquémico maligno de la arteria cerebral media derecha con edema”. La propia hemorragia subaracnoidea, hasta que se reabsorba la sangre, puede “provocar isquemia cerebral por inflamación o edema y/o por vasoespasmos que consiste en una contracción refleja de las arterias cerebrales causada por irritación directa de la sangre”. Alrededor de 30% de los pacientes con hemorragia subaracnoidea (HSA) secundaria a ruptura de aneurisma cerebral desarrollan vasoespasmos arteriales y con ello el déficit neurológico asociado aumenta. Esta complicación empeora el pronóstico de los pacientes, puesto que un 25% de ellos mueren y otro 30% a 35% sufren de déficit neurológico permanente.

Por todo lo anteriormente expuesto, “se considera que la actuación del servicio público sanitario no ha producido lesiones susceptibles de indemnización”, como lo acredita la declaración de los testigos propuestos (3 neurocirujanos, 1 neurólogo y 1 intensivista) quienes consideraron adecuadas las pruebas, las intervenciones realizadas y la información a los familiares. No hay, pues, relación de causalidad entre la asistencia sanitaria recibida y la situación de la paciente, “consecuencia de la mala evolución y gravedad de su propia patología”, como por otra parte resulta del documento de consentimiento informado para craneotomía y clipaje del aneurisma, de 4 de mayo de 2009, en el que constan “los resultados probables y riesgos típicos, entre ellos figuran los que ahora se reclaman”.

IV

1. Se consultaron diccionarios médicos y páginas médicas en la *web*. Ciertamente, este Consejo no posee pericia médica y, por supuesto, no debe ni puede entrar a debatir los aspectos clínicos de una cuestión médica. El personal médico es el único que debe y puede asumir tal responsabilidad mediante los pertinentes juicios clínicos de diagnóstico y tratamiento. Este Consejo tiene un cometido más modesto: intervenir por mandato de la ley en los procedimientos de responsabilidad patrimonial de la Administración, en este caso sanitaria, tras la presentación de una reclamación de indemnización por un particular quien se siente dañado por el funcionamiento de los servicios sanitarios.

Tal intervención, se recuerda, tiene por objeto tres finalidades de relevancia constitucional (STC 204/1992): defender la legalidad objetiva, velar por la correcta instrucción del procedimiento y defender los derechos e intereses legítimos de quienes son parte del procedimiento.

El Consejo debe actuar desde una posición institucional equidistante entre el interesado y Administración, velando tanto porque los derechos básicos del interesado sean atendidos (básicamente, respuesta razonada a sus peticiones y alegaciones, prueba y audiencia) y porque el procedimiento sea el correcto con debido cumplimiento de la legalidad vigente. En este sentido, la intervención del Consejo no es, como parece deducirse del informe antedicho, la de fiscalización de informes ajenos, menos aún si son médicos. La finalidad del Consejo, por lo que atañe a la instrucción del procedimiento, es que la Resolución se dicte de forma sólida, fundada, sin fisuras. Para ello, se deben despejar todas las dudas que el interesado -tampoco perito médico- haya suscitado, plantee el procedimiento o se deduzca de las actuaciones cuya no resolución podría hacer creer al interesado que la Resolución no resuelve todas las cuestiones planteadas o no aborda aspectos que no han sido totalmente aclarados.

Lo que es obvio para un experto -hasta el punto de no requerir explicación- puede no serlo para un profano. Por ello, el recurso a medios bibliográficos o a páginas *web* es esencial para comprender el significado básico de términos médicos o clínicos sin los cuales no se podría entrar siquiera a valorar la adecuación jurídica de la Propuesta, al no poder siquiera comprender en qué ha consistido el hecho que motiva la reclamación.

En este caso concreto, la literatura utilizada concernía básicamente a:

A. Aneurisma (los síntomas de la paciente eran: dolor, aneurisma, hemorragia, vasoespasmo), que, por cierto, cuenta entre los factores predisponentes el tabaquismo y la hipertensión, dos factores que concurrían en la paciente. Se dijo entonces que:

“El aneurisma cerebral es una enfermedad cerebrovascular en la cual una «debilidad» en la pared de una arteria o vena ocasiona una dilatación de un segmento localizado en la pared del vaso sanguíneo. La hipertensión arterial, el tabaquismo y el alcoholismo contribuyen al engrosamiento de la capa íntima en la pared arterial, en los sitios de ramificación proximal y distal.

Los signos de un aneurisma que no se ha roto incluyen (pero no únicamente): cefalea, cambios súbitos en la conducta, parálisis de un párpado, pérdida del equilibrio o la coordinación, pérdida de la visión, problemas en el pensamiento o en el procesado del pensamiento, trastornos de la memoria de corto plazo, trastornos perceptuales, visión doble (diplopía).

Las manifestaciones de un aneurisma intracraneal roto son: alteración súbita del estado de conciencia, confusión, coma, crisis convulsivas, cefalea súbita intensa, cuello rígido o dolor intenso en el cuello, aletargamiento/somnolencia, fotofobia (sensibilidad a la luz), hemiplejía, náusea y vómito, pupilas dilatadas, trastornos en el habla (afasia), visión doble o borrosa, vasoespasmo.

Existen dos formas de tratamiento: La cirugía cerebral para colocar un clip en el cuello del aneurisma (esto se logra a través de una craneotomía) y la embolización endovascular.

Un aneurisma roto puede ocasionar una hemorragia cerebral, déficit neurológico, vasoespasmo (la principal causa de discapacidad y muerte después de la ruptura de un aneurisma). El pronóstico para el paciente con un aneurisma cerebral roto depende de la extensión y localización del aneurisma, la edad de la persona, el estado general de salud, el estado neurológico y el tiempo entre la ruptura del aneurisma y la atención médica. Se estima que el 40% de las personas que se les rompe un aneurisma no sobreviven las primeras 24 horas; y hasta un 25% adicional mueren en los primeros seis meses debido a complicaciones, si no es operado”.

B. Hemorragia subaracnoidea.

“Es el volcado de sangre en el espacio subaracnoideo, donde normalmente circula líquido cefalorraquídeo (LCR), o cuando una hemorragia intracraneal se extiende hasta dicho espacio. Es una patología grave, con una mortalidad

aproximada del 20 al 40% de los pacientes internados, más un 8 a 15% de mortalidad en los primeros minutos u horas, en la etapa prehospitalaria. La causa más frecuente es la ruptura espontánea de aneurismas intracraneales. Representa del 70 al 90% de los casos. Como factores de riesgo, el tabaquismo (el riesgo estimado de hemorragia subaracnoidea es aproximadamente 3 a 10 veces mayor en tabaquistas que en no tabaquistas; a su vez el riesgo aumenta con el número de cigarrillos fumados) la hipertensión arterial (su asociación con el desarrollo de aneurismas es controvertida, pues existen estudios que la relacionan y otros que no, pero se podría concluir en que representa un factor de riesgo de hemorragia subaracnoidea, aunque no tan fuerte como el tabaquismo)“.

C. Cefalea.

“(...) que es el síntoma más frecuente, se describe como de inicio brusco, intenso e inusual. Según la Sociedad Internacional de Cefalea, frente a la primera o peor cefalea, así como a una cefalea inusual en un paciente con un patrón establecido de dolor, debe sospecharse hemorragia subaracnoidea hasta que se demuestre lo contrario. Aproximadamente en la mitad de los casos existe una pérdida transitoria de la conciencia al inicio del cuadro“.

D. Vasoespasmo.

“(...) es el estrechamiento subagudo de las arterias intracraneales. Es una complicación tardía que aparece entre el 4º y el 14º día, con un pico al 6º día. Las causas implicadas en su patogenia serían la formación de productos de degradación de la hemoglobina, formación de especies reactivas del oxígeno, la peroxidación lipídica y la formación de eicosanoides y endotelinas. La liberación de los productos de los hematíes lisados origina una descompensación entre sustancias vasodilatadoras (óxido nítrico, prostaciclina) y vasoconstrictoras (tromboxano A2, endotelina), con mayor actividad de estas últimas, desencadenando una cascada inflamatoria y tromboembólica. Otros factores que aumentan el riesgo son la edad mayor a 50 años, el buen grado neurológico, la hiperglucemia, el sexo masculino y el tabaquismo. Se confirma mediante arteriografía.

Entre las técnicas de detección, se halla el doppler transcraneal, sobre todo para la arteria cerebral media. Se puede realizar por ejemplo «cada 2 días como medida de monitorización, o cuando se produzcan cambios en el estado clínico sugestivos de vasoespasmo, siendo aconsejable tener un registro basal de los primeros días».

Para su prevención se aplica nimodipino desde el momento del diagnóstico de la HSA, bien en forma oral o intravenosa, no habiendo demostrado un beneficio mayor la forma parenteral, pero permitiendo en este caso una administración más uniforme del fármaco. Es preferible el empleo de una vía central o un drum. La perfusión intravenosa se realiza aumentando las dosis de forma progresiva y con un control estricto de la presión arterial. El nimodipino por vía intravenosa se mantiene 14 días, pasando entonces a la administración oral de 360 mg/día hasta el día 21 de evolución”.

Basta una somera lectura de los informes médicos y de la Propuesta de Resolución para constatar que esos conceptos médicos intervienen en la explicación razonada del proceso clínico y la secuencia causal del daño en los términos planteados por el reclamante. Sin que, obvio es, ese conocimiento permita realizar juicio clínico alguno, pero sí suscitar dudas -precisamente, porque no somos peritos- cuya aclaración solicitamos de forma fundada a cuyo fin solicitamos la emisión de un informe complementario, emitido justamente por el personal médico del Servicio interviniente.

Por supuesto que si en este caso o en otros la información utilizada por el Consejo es errónea, deficiente, improcedente o equivocada, justamente el informe solicitado se encargará de evidenciar nuestra impericia. Pero ese informe servirá asimismo para fundar mejor la Propuesta y de esta forma convencer al interesado - quien muchas veces es quien plantea las dudas- de que su pretensión no es atendible.

Es evidente que en ningún momento se duda de que “la práctica clínica” requiere “formación especializada”. Ni se duda de la profesionalidad, ni de la “deontología médica” ni de la “objetividad” de los funcionarios del Servicio; ni, menos aún, de su capacidad médica; ni siquiera de su “formación jurídica básica, que les facilita el desempeño de su función cuasi pericial”.

Tales afirmaciones quizás tengan como base una observación contenida en el dictamen anteriormente emitido, que el informe del Servicio de Inspección considera dichas por este Consejo, cuando no es así.

En efecto, el citado informe señala que en la página 16 del Dictamen “se afirma, entre otras circunstancias: «el 9 de mayo, sufre una involución». Se desconoce el fundamento que sirvió de base para tal afirmación categórica no demostrada en ningún informe ni documento clínico”.

Se puede comprobar que esa página corresponde al apartado 3 del Fundamento I, que es el dedicado a las *alegaciones de la parte*. *Son manifestaciones del interesado, no de ese Consejo*. En el Fundamento I.4 se relaciona la información y documentación administrativa aportada al expediente; el Fundamento II se dedica a la Propuesta de Resolución; y el Fundamento III a las consideraciones efectuadas por este Consejo a la luz de los anteriores Fundamentos.

2. Tal como se señaló en el Dictamen emitido, “el proceso descrito coincide punto por punto con lo descrito por la literatura médica; incluso que la probabilidad de vasoespasmó -como complicación tardía tras una hemorragia tras aneurisma- aparezca entre el 4º y el 14º día, con un pico al 6º día. En este caso, el pico coincide con el 9, sábado, aunque la paciente no fue vista ni el 9 ni el 10. Sin olvidar que entre los factores de riesgo predisponente figuran ser mayor a 50 años y el tabaquismo”.

Pero, la cuestión es si “la atención recibida por la paciente tuvo la continuidad precisa que permitiría concluir que el infarto fue consecuencia fatal del propio proceso clínico. Dicho de otra forma, *si los antecedentes de la paciente*, sus síntomas constantes, su no respuesta a tratamiento alguno y el no seguimiento durante dos días fueron factores determinantes para que los síntomas precursores del vasoespasmó no hubieran sido advertidos e impidiendo así la actuación preventiva (el último *doppler* fue realizado el 6)”. Añadiendo seguidamente este Consejo “si es que, en efecto, podía haberse adoptado alguna medida paliativa preventiva que hubiera impedido el infarto fatal, al margen de la aplicación de vasodilatadores”.

En relación con ello, debía precisarse “desde cuándo” recibía tratamiento vasodilatador con “nimodipino”.

La información aportada con ocasión del trámite de instrucción complementaria acreditan los siguientes extremos:

A. Respecto de la ausencia de control “los días 9 y 10 de mayo de 2009”, aunque “no se realiza una visita reglada en la planta de hospitalización”, existe un facultativo especialista de guardia, “que está ubicado fuera del hospital (guardia localizada) y sólo acude al centro hospitalario si su presencia es requerida”. Consta asimismo que el día 10 “la situación de paciente fue evaluada por un médico residente de la especialidad modificándose la pauta analgésica según consta en la documentación correspondiente (hoja de órdenes médicas)”. De hecho, el 11 de mayo de 2009 la paciente no reflejaba “deterioro neurológico alguno, es mejor

incluso que la descrita en el informe de alta de hospitalización en UCI y por tanto se puede concluir que hasta ese momento no se ha producido un deterioro agudo que tiene lugar horas más tarde". Lo que significa que el sistema de control existente los sábados y domingos no fue determinante del curso posterior de los hechos.

B. En cuanto al síntoma de la cefalea, se dice que ésta puede, en efecto, ser síntoma incipiente de vasoespasmio, "pero no es el caso de la paciente (...) que presentaba cefalea refractaria a múltiples tratamientos farmacológicos desde el momento inicial del sangrado y que persistió durante toda sus estancia hospitalaria". Afirmaciones que quizás debe aclararse pues parecieran contradictorias, pues si por un lado se dice que *puede ser síntoma* de vasoespasmio sin embargo se desecha tal posibilidad argumentando que se trataba de una "cefalea refractaria" a tratamiento farmacológico, lo que pudiera indicar que, justamente, pudiera no ser una cefalea.

C. En cuanto al tratamiento preventivo aplicado a la paciente, se informa que la misma "estaba con tratamiento oral de nimodipino dosis de 60 mgs/4 horas"; tratamiento, de dice, pautado "desde el ingreso en la Unidad de Medicina Intensiva".

Se da así, pues, respuesta a la petición de información complementaria cursada.

Ahora bien, se ha de consignar que en ningún momento se valora la posible incidencia de los hábitos de la paciente a la hora de afrontar el curso de los hechos ni si "podía haberse adoptado alguna medida paliativa preventiva que hubiera impedido el infarto fatal, al margen de la aplicación de vasodilatadores".

Pero aunque de ello no parece haberse dejado constancia en las actuaciones, seguramente se ha valorado -como no puede ser de otra forma-, valoración que se debe incorporar a la Resolución que en su caso se dicte en garantía de su solidez argumentativa y motivadora.

CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución es conforme a Derecho, sin perjuicio de las observaciones efectuadas en el apartado 2 del Fundamento IV.