



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 171/2016

(Sección 1ª)

La Laguna, a 24 de mayo de 2016.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por R.M.B., en representación de R.M.C.A., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 140/2016 IDS)*.*

FUNDAMENTOS

I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por el Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud, Organismo autónomo de esta Comunidad Autónoma.

2. El reclamante solicita una indemnización que asciende a la cantidad de 337.295,13 euros. Esta última cuantía determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Sr. Consejero para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación el primer precepto con el art. 142.3, de carácter básico, de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC).

II

1. R.M.B., actuando en representación de R.M.C.A., formula reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños supuestamente causados por el

* Ponente: Sr. Fajardo Spínola.

funcionamiento del Servicio Canario de la Salud en la asistencia sanitaria que le fue prestada a su representado.

El reclamante alega, entre otros extremos, lo siguiente:

- El 16 de julio de 2011, sobre las 10:45 horas aproximadamente, solicita asistencia sanitaria, ya que comienza a sentirse mareado, con náuseas y vómitos, esperando a la misma refugiado en el interior de su vehículo. Tras recibir esta llamada, se procede a la activación de una ambulancia de soporte vital básico que lo trasladó al Centro de Salud.

- A la llegada al Centro se realiza la valoración de constantes vitales por parte de la enfermera, decidiendo el médico la administración de un dogmatil más un voltarán intramuscular, tratando su enfermedad como si se tratara de una simple cefalea, sin ningún tipo de exploración neurológica, que estaba en este caso completamente indicado (cefalea, mareos, náuseas y vómitos). Es más, tras la administración del tratamiento lo mandan a casa, sin dejarlo en observación para ver la evolución de la clínica, ni tan siquiera esperan a que los medicamentos hagan su efecto, entregándole una ampolla de metamizol por si el dolor persistiera.

Cuando llega a casa en compañía de su esposa sigue presentando el mismo cuadro clínico y se acuesta a dormir pensando que cuando se despertara, tras la administración del tratamiento, se encontraría mejor.

Por la tarde, alrededor de las 18:30 horas, su esposa, al ver que llevaba desde que llegó del Centro de Salud durmiendo, decide despertarlo y tras varios intentos y comprobar que no respondía a estímulos verbales ni al dolor, llama para solicitar asistencia sanitaria en su domicilio, enviándoles el SUC una ambulancia sanitizada.

- Cuando llega la ambulancia, lo atiende la enfermera con un trato nada profesional, pues sin realizar la valoración neurológica pertinente da por hecho que se trata de un estado de embriaguez, desconfiando de lo que le relata su esposa. Tras estar durante un largo lapso de tiempo intentando despertarlo, decide por fin su traslado al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Canarias, habiendo perdido un valioso tiempo que agravaba aún más su estado.

- En el Servicio de Urgencias se realiza una primera valoración neurológica, detectándose una escala de Glasgow de 6/7, realizándose de manera inmediata un escáner en el que se dilucida una hemorragia subaracnoidea aguda que ocupa prácticamente todas las cisternas de la base, con hemoventrículo que condiciona hidrocefalia de aspecto agudo con desaparición de surcos de la convexidad. Fisher IV.

- Tras el resultado del escáner, es valorado por el Servicio de Neurocirugía, procediéndose a la colocación de un drenaje ventricular externo, quedando ingresado en la Unidad de Recuperación Post-Anestésica (URPA) desde el día 17 hasta del 21 de julio.

- El día 21 de julio, es trasladado a la planta de Neurocirugía, donde permanece hasta el 19 de agosto, con seguimiento posterior en Consultas Externas de Neurocirugía.

Refiere el reclamante que presenta como secuelas hemiparesia moderada del lado derecho, con debilidad en la pierna derecha que dificulta su marcha, encontrándose actualmente en tratamiento en el Servicio de Rehabilitación. Sufre asimismo déficit en dorsiflexores del tobillo, presentando una deambulación con tendencia al cruce de piernas e inestabilidad, leve disartria que le impide una comunicación fluida y parálisis del II y III par derecho, con pérdida total de la visión del ojo derecho. Indica por último que en las próximas semanas se someterá a una nueva intervención para la derivación ventrículo-peritoneal debido a la hidrocefalia.

El reclamante considera que se ha producido un funcionamiento anormal de los servicios sanitarios y solicita una indemnización que asciende a la cantidad de 337.295,13 euros, comprensiva de los días improductivos con estancia hospitalaria, días no improductivos y secuelas permanentes y calculada en aplicación del baremo de la Ley sobre Responsabilidad Civil y de Seguros en la circulación de Vehículos a Motor, aprobada por Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre.

2. En el presente procedimiento el reclamante ostenta la condición de interesado en cuanto titular de un interés legítimo, puesto que alega haber sufrido daños como consecuencia del funcionamiento incorrecto de un servicio público, pudiendo, por tanto, iniciar el procedimiento. La representación conferida consta asimismo debidamente acreditada en el expediente.

Se cumple por otra parte la legitimación pasiva de la Administración autonómica, actuando mediante el mencionado Servicio, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

3. La reclamación fue presentada el 1 de diciembre de 2011, en relación con la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud el día 16 de julio de 2011, dentro pues del plazo de un año que al efecto prevé el art. 142.5 LRJAP-PAC, por lo que no puede ser calificada de extemporánea.

4. El órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin a este procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 15.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

La resolución de la reclamación es competencia del Director del citado Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, añadido por la Ley 4/2001, de 6 de julio, de Medidas Tributarias, Financieras, de Organización y Relativas al Personal de la Administración Pública de Canarias.

5. En la tramitación del procedimiento no se ha incurrido en irregularidades formales que impidan la emisión de un dictamen de fondo, si bien se ha incumplido el plazo de seis meses que para su resolución establece el art. 13.3 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. La demora producida no impide sin embargo la resolución del procedimiento, pesando sobre la Administración la obligación de resolver expresamente, a tenor de lo establecido en los arts. 42.1 y 43.3.b) LRJAP-PAC.

En particular, consta en el expediente que la reclamación fue correctamente calificada y admitida a trámite, tras su subsanación, el 5 de diciembre de 2011 (art. 6.2 RPAPRP) y se han realizado asimismo los actos necesarios para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debe pronunciarse la Resolución (art. 7 RPAPRP), constandingo en el expediente los informes de los Servicios que atendieron al paciente y la práctica de la prueba testifical propuesta por el interesado.

Al reclamante se le ha otorgado asimismo trámite de audiencia (art. 11 RPAPRP), durante el que el presentó alegaciones en las que se ratifica en su solicitud inicial y en la cantidad que reclama como indemnización.

El procedimiento viene concluso con la preceptiva Propuesta de Resolución, desestimatoria de la reclamación formulada, que fue informada por los Servicios Jurídicos, según lo dispuesto en el art. 20.j) del Reglamento del Servicio Jurídico, aprobado por Decreto 19/1992, de 7 de febrero, estimándola conforme a Derecho.

III

Por lo que se refiere al fondo del asunto, constan acreditados en el expediente los siguientes antecedentes, conforme a los datos obrantes en su historia clínica, condensados por el Servicio de Inspección en su informe:

- Paciente con diabetes mellitus tipo 2 de más de 10 años. Dislipemia. Varices en extremidades inferiores. Polineuropatía diabética (2010). Degeneración disco intervertebral lumbosacro L3-S1 (abril de 2011).

RM en abril de 2011: protusiones discales bilaterales desde L3 a S1, con predominio izquierdo en nivel L4-L5, sugestivo de hernia discal bilateral con estenosis de canal lumbar multisegmentario L3-S1.

En consulta de Atención Primaria de fecha 20 de diciembre de 2010, se describe: calambres; dolores en las piernas, pantorrillas y muslo; hormigueos.

Clínica de claudicación intermitente (abril de 2011).

En exploración, en Atención Primaria, de fecha 6 de abril de 2011: hipoanestesia leve en miembros inferiores. ROT: 2-3/5 simétricos.

Se deriva al Servicio de Oftalmología en fecha 26 de mayo de 2011 bajo el diagnóstico de retinopatía diabética leve. Visto en el Servicio de Oftalmología: retinopatía diabética moderada.

En fecha 27 de mayo de 2011: neuritis o radiculitis braquial. Dolor en región cervical irradiado a brazo y mano derecha, con sensación de parestesias.

- En fecha 16 de julio de 2011 el Servicio de Urgencias Canario (SUC) recibe llamada, a las 10:43:20 horas, para un paciente «que se encuentra en el interior de un vehículo (...), diabético y se encuentra mareado y con vómitos».

El vehículo ASVB asiste al paciente a las 10:54:21 horas: TA 160/90; FC 70 lpm; Sat O2 98%. Glucemia 253 mg%.

En la conversación del Médico Coordinador con el interlocutor que acompaña al paciente se comunica que «Estaba trabajando y ha sufrido una cefalea de instauración brusca. No le había pasado antes».

En informe médico del Servicio de Urgencias: acude por sudoración y dolor de cabeza. Constantes en ambulancia dentro de la normalidad, glucemia 253 (había comido??). Constantes vitales dentro de la normalidad. Antecedentes personales:

diabético insulino-dependiente con mal control glucémico y refiere cefaleas conocidas desde hace años. Trabaja de albañil, no hidratación desde la mañana, trabajo al sol.

- Llega al Centro de Salud a las 11:05:31 horas. En la exploración, a las 11:16 horas, en el Servicio de Urgencias del Centro de Salud: TAS 140. ACV este día 180/100. TAD 90. FC 78.

A la exploración: colaborador, orientado en tiempo, espacio y persona. Bien hidratado. Sudoración profusa (había comido un rato antes). Cardiovascular: Rs Cs Rs sin soplos. Auscultación sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: no masas ni megalias. Ruidos normales. SNC: no presenta focalidad neurológica. Se le administra dogmatil + voltaren im.

En el testimonio emitido en marzo de 2016, cinco años después del primer tratamiento por el facultativo que atendió al paciente en el Centro de Salud consta que el paciente se sintió mal en su trabajo; que es albañil y había estado trabajando toda la mañana al sol. Este último dato no parece corresponderse con la circunstancia de que interrumpió su trabajo sobre las 10:00 horas de la mañana. Que habitualmente padecía de cefaleas, y que, al encontrarse mal, había ingerido alimento, hecho que justificaría la glucemia elevada. Esta glucemia se catalogó como anodina por no presentar, en opinión el facultativo declarante, ningún signo o síntoma alarmante.

Expone también que la primera impresión diagnóstica fue de hipoglucemia (la cual se solucionó al comer), y posible deshidratación, con mareos y cefaleas secundarios probablemente a que, por sus labores profesionales, había estado muchas horas al sol. Se le administra medicación y queda en el Servicio en espera de mejoría de los síntomas.

Transcurrido ese tiempo, el afectado refiere encontrarse mucho mejor, que ya casi no tenía dolor de cabeza y que no estaba mareado. Manifiesta su deseo de volver al trabajo, a lo que el facultativo le aconseja reposo en su domicilio. Se le proporciona ampolla de Nolotil por si aparecía cefalea de nuevo y se le informa acerca de la posibilidad de acudir nuevamente al Servicio de Urgencias en caso de repetición de los síntomas. Además, se le indica control de glucemia por su médico de cabecera.

Informa en este mismo sentido el Servicio de Inspección que los antecedentes del paciente (diabetes mal controlada) y su relato, según indica el médico, estar

trabajando bajo el sol y sin comer, condujo a que se orientara la cefalea como secundaria a hipoglucemia y posible deshidratación. Se añade la comunicación de episodios previos de cefalea y que en el momento de la valoración en el Servicio de Urgencias de Atención Primaria, salvo la comunicación previa de «cefalea de instauración brusca, que no le había pasado antes», de mareo y vómitos al SUC, no presentó síntomas o signos de focalidad neurológica, y el paciente se describió colaborador, orientado en tiempo, espacio y persona. Además, consta en el informe de Urgencias que el cuadro mejoró hasta el punto de que el paciente mostró su intención de volver al trabajo.

- En la misma fecha 16 de julio de 2011, a las 18:44:18 horas, el SUC recibe llamada desde el domicilio del paciente. El alertante refiere que el paciente «se encuentra adormilado, con respuesta a estímulos dolorosos».

Una ambulancia sanitizada llega al domicilio a las 19:11:00 horas. La enfermera de la Unidad informa de «paciente con disminución del nivel de consciencia, TA 150/80; FC 76 lpm, Glucemia 200 mg%. GCS de 9. Buena respuesta a estímulos dolorosos, obedece a órdenes verbales. Sat O2 97%».

Tras 18 minutos de valoración y estabilización, se inicia el traslado a las 19:29:30, con vía venosa canalizada, al Hospital Universitario de Canarias donde llega a las 19:43:38 horas.

- Ingresa en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Canarias a las 19:47 horas, del 16 de julio de 2011, con cuadro de disminución del nivel de consciencia.

Se solicita TAC de cráneo: hemorragia subaracnoidea que ocupa prácticamente todas las cisternas de la base, con hemoventrículo que condiciona hidrocefalia de aspecto agudo con desaparición de surcos de la convexidad. Máximo valor de la escala de Fisher, IV.

Es en el intervalo aproximado de 6 horas desde la salida del Centro de Salud, donde se había descrito mejoría de su cuadro de cefalea, cuando se añadió disminución del nivel de consciencia. De hecho, es la somnolencia añadida a la cefalea en horas posteriores, en relación con la disminución del nivel de consciencia, la que facilitaría la orientación a posible cuadro HSA manifestada en la prueba complementaria TAC. Incluso después del diagnóstico se describe ausencia de datos de focalidad neurológica.

Se deriva al Servicio de Neurocirugía.

En la exploración: GCS 8. Pupilas isocóricas, reactivas a la luz. Nistagmo espontáneo biocular. Moviliza las cuatro extremidades sin focalidad al dolor. RCP: flexores bilaterales. Entre los antecedentes personales diabetes tipo II con polineuropatía diabética, no refiere alergias.

- Ante los hallazgos del TAC se practica angiografía cerebral en la que no se objetiva aneurisma ni otras malformaciones vasculares. En ausencia de datos de focalidad neurológica, en ese momento, la clínica del paciente parecía corresponder a hidrocefalia aguda.

Se realizó, de forma urgente, drenaje ventricular externo que concluyó sin incidencias perioperatorias. Se halla un cerebro muy hipertenso y un LCR a elevada presión y de aspecto hemático. Se deja drenaje.

- Después de su estancia en URPA se traslada a planta del Servicio de Neurocirugía el día 21 de julio. Durante el ingreso mejora clínicamente. Los TACs de cráneo no muestran lesiones isquémicas. La angioRM y una segunda angiografía no muestran presencia de aneurismas. Se cierra y retira el drenaje.

- Como informa el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Canarias, en este Servicio se realizó una rápida valoración e inmediata indicación de TAC, llegándose al diagnóstico de hemorragia subaracnoidea con la consiguiente derivación al Servicio competente para su tratamiento neuroquirúrgico. La atención recibida a partir de este momento por el paciente no es objeto de esta reclamación, sin que por otra parte exista constancia alguna en el expediente que se hubiera producido mala praxis en cuanto al diagnóstico y tratamientos necesarios para tratar de curar la enfermedad padecida. Como señala el Servicio de Inspección a este respecto, el manejo diagnóstico-terapéutico realizado en el Hospital Universitario de Canarias fue eficaz, concluyendo el proceso con unas secuelas calificadas por el Servicio de Neurocirugía como mínimas/muy moderadas y secundarias a su proceso patológico.

- Derivado al Servicio de Rehabilitación el 9 de agosto de 2011, se informa:

PC: Parálisis del III par craneal. Visión doble secundaria a esta lesión. Lenguaje: En discreto trastorno de la articulación (disartria). Balance articular libre: libre en todas las áreas del movimiento. Balance muscular: miembros superiores 4/5; miembros inferiores 4/5. Equilibrio: En sedestación estable.

Se prescribe tratamiento rehabilitador, que inicia durante el ingreso en fecha 10 de agosto, para mejorar el equilibrio en bipedestación y la marcha. Se deriva al centro concertado Hospital S.J.D. para continuar tratamiento.

Como diagnósticos: hemorragia subaracnoidea aguda tipo Fisher IV. Hidrocefalia. Parálisis de III par craneal.

Causa alta el 19 de agosto de 2011. Se cita a control en consultas externas de los Servicios de Neurocirugía y de Rehabilitación.

- Más tarde el paciente recibe tratamiento rehabilitador en el Hospital S.J.D. hasta el 28 de noviembre de 2011.

A la exploración física: BA libres; MMSS 4/5; MMII 4/5; tronco en sedestación estable, realiza marcha con andador. Refiere somnolencia e inestabilidad que se empeora al mover el ojo derecho. Cansancio con sensación de pérdida de fuerza en MMII sin otra focalidad neurológica. Consciente y orientado, parálisis del III par derecho. BM global 4/5. Paso a bipedestación independiente. Bipedestación estática estable. No disimetrías, no asimetrías. Deambulacion con tendencia al cruce de piernas e inestabilidad.

- Realiza tratamiento rehabilitador durante el periodo 9 de septiembre al 28 de noviembre de 2011 dirigido a reeducación de la marcha y a la coordinación y el equilibrio.

Evolución: se trata de un trastorno de equilibrio como secuela de polineuropatía diabética y hemorragia, agravado por la falta de visión de ojo derecho.

En fecha 28 de noviembre de 2011, comunica que se vuelve a su país. En ese momento BM global 4/5, con déficit en dorsi flexores, Romberg negativo, deambula independientemente, dificultad en el tándem.

- En fecha 23 de agosto de 2011, acude a enfermería de su Centro de Salud para control diabetológico. Como problemas fundamentales, retinopatía diabética. Se describe anisocoria tras ACV, con parálisis palpebral, sin más secuelas físicas.

- En valoración por el Servicio de Oftalmología, en fecha 28 de septiembre de 2011, paresia III par en fase de recuperación OD. En fecha 14 de octubre de 2011 «solo diplopia arriba hacia la izquierda». En fecha 17 de noviembre de 2011, refiere diplopia matutina que consigue compensar.

- En control por el Servicio de Rehabilitación del Hospital Universitario de Canarias en fecha 20 de octubre de 2011: balance articular libres. Balance muscular 5/5 global. No disimetrías. Romberg normal (equilibrio en bipedestación). Marcha con buen patrón, consigue tándem. Consigue apoyo unipodal. Resto anodino.

Se le indica continuar el tratamiento en el Hospital S.J.D. y control en 6 meses.

Informa el Servicio en relación a la coordinación que no hay trastorno del lenguaje. A pesar de que el Romberg se encontraba dentro de los límites normales, la marcha era ligeramente inestable, probablemente por el trastorno ocular, ya que consigue marchar sin bastón, con buena secuencia en todas las fases de la marcha (apoyo, longitud del paso, cadencia), e incluso, consigue apoyo unipodal.

- En fecha 18 de noviembre de 2011, acude a su Centro de Salud. Refiere que el nuevo tratamiento le deja adormilado. Dentro de 5 días tiene un TAC en Hospital y en fecha 29 de noviembre viaja a su país. Siente dolor opresivo en región occipital derecha y mareos de segundos de duración a veces durante el día. Está pendiente de nueva angiografía para determinar si existe alguna causa orgánica subyacente.

- Es visto en consultas externas de Neurocirugía en fecha 23 de noviembre de 2011. Presentó persistencia de diplopia por paresia del nervio oculomotor común y dificultad para la marcha. En TAC de control evolutivo, hidrocefalia persistente que ocasiona además trastorno de memoria inmediata y cefaleas muy leves ocasionales de predominio matutino. Se prescribe Edemox y se le recomienda intervención quirúrgica mediante colocación de válvula derivativa ventrículo-peritoneal así como la realización de nueva angiografía para evaluar eventual aneurisma no evidenciado en los estudios previos.

En esta visita, el paciente y su familia expresan el deseo de viajar a Argentina. Se le indica que el paciente debe ser tratado cuanto antes por centro especializado neuroquirúrgico, se le explica el riesgo del vuelo y de no seguir tratamiento por el centro.

- En fecha 28 de noviembre de 2011, acude a su Centro de Salud para solicitar informe para viajar.

- De regreso de Argentina vuelve a requerir atención sanitaria del Servicio Canario de la Salud. En fecha 26 de marzo de 2013, presenta lapsus de memoria, olvidos frecuentes y dificultad para retener información.

- Interrumpe el seguimiento hasta el 9 de abril de 2013, en que acude a su Centro de Salud.

- Refiere el Servicio de Neurología del CAE que después del ACV hemorrágico con hidrocefalia secundaria no tuvo seguimiento desde entonces. El paciente afirma que estuvo en revisiones en Argentina.

- En fecha 16 de abril de 2013, consta nefropatía diabética. Se deriva al Servicio de Nefrología por microalbuminuria.

- En fecha 30 de julio de 2013, retinopatía diabética no proliferativa. Presenta pérdida de visión. Se deriva al Servicio de Oftalmología.

- En fecha 15 de enero de 2014 cervicalgia, dolor en ambos hombros.

IV

1. El interesado en este procedimiento centra su reclamación en la inadecuada asistencia sanitaria que considera le fue prestada en el Servicio de Urgencias del Centro de Salud La Laguna-San Benito. Sostiene que se produjo un retraso en el diagnóstico de la hemorragia subaracnoidea aguda que presentó, padeciendo como consecuencia del mismo las secuelas que describe en su reclamación inicial.

La Propuesta de Resolución, por su parte, desestima la reclamación presentada al considerar que no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad de la Administración, pues considera correcta la actuación sanitaria dispensada al reclamante, a la vista de los síntomas que presentaba cuando fue atendido en el Centro de Salud.

Según el informe de Servicio de Inspección y Prestaciones, el juicio diagnóstico y el tratamiento administrado al paciente en el Centro de Salud resultaron acordes a los síntomas entonces presentados, con respuesta favorable a este tratamiento y refiriendo incluso el paciente su intención de volver al trabajo. Como indica el Servicio de Inspección en su informe, este diagnóstico y tratamiento estuvo condicionado por el resultado de la anamnesis inicial y la ausencia de focalidad neurológica acompañante al cuadro de cefalea, así como por la mejoría que experimentó el paciente durante la estancia en el Centro de Salud.

Indica asimismo el Servicio de Inspección que si bien el paciente presentó náuseas y vómitos, estos también son síntomas y signos neuroglupénicos y adrenérgicos en un cuadro de hipoglucemia, como también lo es la cefalea. A ello se une la exploración anodina del paciente, la ausencia de focalidad neurológica y la referencia a las náuseas en un contexto de trabajo bajo el sol, sin comer, mal

hidratado y diabético, con mareos y sudoración hasta que ingirió alimentos. Todo ello condujo, indica el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, a que se orientaran dichos síntomas como secundarios a hipoglucemia y posible deshidratación.

En definitiva, según el Servicio de Inspección y Prestaciones, el paciente fue atendido de conformidad con los síntomas que presentaba en el momento en que recibió atención médica inicial en el Centro de Salud, en el que la clínica advertida no resultaba sugerente de la enfermedad diagnosticada horas después, cuando ya estaban presentes nuevos síntomas que permitieron detectar la hemorragia subaracnoidea sufrida.

No obstante, el cuadro fáctico descrito integra elementos que hacen dudar de este favorable juicio de la atención sanitaria prestada en el Centro de Salud La Laguna San Benito.

En primer lugar, la información que el facultativo de guardia (D.C.) recibe del personal del SUC que trasladó al enfermo es la siguiente: sudoración y nistagmo espontáneo; dolor de cabeza que, según manifestó el interlocutor que acompañaba al paciente al Médico Coordinador fue de «instauración brusca», que según el enfermo había sido «el mayor de su vida» y que no le había pasado antes; mareos y vómitos; diabético, refiere mal control de glucemia; y constantes medidas en la ambulancia: TA 160/90, FC 70 lpm, Sat O2 98% y glucemia 253.

En el Centro de Salud, según el propio informe de Urgencias manuscrito, el paciente permanece orientado y colaborador, con TA 140/90, pulso 78, auscultación ruidos normales, y no presenta focalidad neurológica

Sorprende que conocida la patología del paciente (diabetes), no se le practicara un análisis de glucemia para confirmar o corregir el tomado en la ambulancia; también sorprende que con el dato de 253 mg % aportado por el personal del SUC se dedujera que procedía de haber comido recientemente, precisamente después de sufrir el «dolor de cabeza más fuerte de su vida». El Dr. D. lo imputa a una hipoglucemia derivada de trabajar al sol sin hidratarse, lo que daría explicación a la cefalea. Preguntado acerca de por qué no lo derivó al Hospital de referencia, contesta que no lo hizo porque era un caso claro de hipoglucemia; no obstante, no consideró necesario realizar ni siquiera un análisis glucémico.

2. Del examen del informe del Servicio de Inspección y Prestaciones se deduce que la cefalea intensa causada por la hemorragia subaracnoidea (HSA) «es descrita

por los pacientes como el peor dolor de cabeza de la vida, de aparición súbita (cefalea relámpago), y generalmente se encuentra asociada a náuseas, vómitos (...). Se plantea como fundamental la descripción que el paciente nos haga de su dolor de cabeza. En la anamnesis se debe prestar atención a los antecedentes personales (diabetes en este caso). Esta anamnesis se completa con la exploración física y con la atención a los síntomas o signos de alarma. Uno de estos síntomas o signos de alarma es, según el informe del SIP, la cefalea intensa de inicio súbito». Y prosigue el citado informe indicando que «es la sospecha, tras la historia clínica, de cefalea secundaria (secundaria de HSA, se entiende) la que orientará a la solicitud de pruebas complementarias». Y, más adelante añade: «Se derivará al Servicio de Urgencias: cefalea de presentación aguda de etiología no aclarada».

El Dr. H.R.D., especialista en Neurocirugía, intervino decisivamente en la atención sanitaria que se brindó, siete u ocho horas después, a C.A. en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Preguntado en la práctica testifical de este procedimiento sobre si considera que «un paciente que acude a un centro de urgencia con cefalea intensa descrita por el paciente como el mayor dolor de cabeza de su vida, mareos, sudoración profusa y nistagmo espontáneo, son indicadores de que puede haber lesión o un mal funcionamiento a nivel neurológico», responde que «es posible, aunque la hemorragia subaracnoidea no es la causa más frecuente de cefalea». Es decir, hay muchas otras causas que provocan la cefalea; pero resulta posible deducir de un cuadro sintomático como el descrito que nos encontramos ante una HSA. Parece deducirse de su respuesta que esta es una conclusión razonable.

C.A., después de salir del Centro de Salud medicado con analgésicos empeoró gravemente, ingresando siete u ocho horas más tarde en el Complejo Hospitalario en estado crítico. En ese centro se le realizó enseguida un TAC, que mostró la presencia del HSA. A partir de ahí se aplicó una severa intervención que hizo frente a su dolencia, sin poder evitar no obstante que para siempre quedaran en su cuerpo graves secuelas que han afectado drásticamente a su estado de vida.

Pues bien, ante esos hechos cabe dudar razonablemente si de haberse procedido en el centro de atención primaria a efectuar tales pruebas diagnósticas, o, de no ser posible, a cumplir con el protocolo de desviación del enfermo al Hospital de referencia, ante evidentes «síntomas o signos de alarma», no se hubiese evitado un agravamiento tan pronunciado del paciente. De ser así no resultará fácil probarlo, y tal vez no haya base suficiente para imputar a la omisión de la realización temprana

de las aludidas pruebas diagnósticas la causación del daño por el que se reclama. Pero sí podrá afirmarse que tal omisión privó al reclamante de expectativas que razonablemente podían haber conducido a disminuir el alcance del accidente neurológico que sufrió. No está probado en este caso que la aplicación temprana (ocho horas antes) de las pruebas diagnósticas y la consiguiente reacción terapéutica inmediata hubieran recortado los efectos dañinos de la enfermedad; pero sí puede afirmarse que esta deficiente actuación médica supuso para el enfermo una real pérdida de oportunidad, generando «una incertidumbre acerca de que la actuación médica omitida pudiera haber evitado o minorado el deficiente estado de salud del enfermo» (STS 22 de mayo de 2012, FJ 8º).

3. Desde la Sentencia de 10 de octubre de 1998 el Tribunal Supremo ha iniciado una línea jurisprudencial hoy ya consolidada favorable a dar valor a la llamada «pérdida de oportunidad» cuando, aunque no resultara patente la presencia del vínculo causal por dificultad en su prueba, concurrieran determinadas circunstancias que evidenciaran una alta probabilidad de que de haberse ofrecido las oportunidades perdidas se hubiera evitado o disminuido el daño.

La Sala Tercera del Tribunal Supremo viene admitiendo la aplicación de esta doctrina como criterio de flexibilización de las exigencias para la admisión de la concurrencia del nexo causal especialmente en materia de responsabilidad sanitaria, y la han aplicado a la actuación del facultativo cuando no puede asegurarse que haya sido causante del daño reclamado o, al menos, la única causa, pero sí ha supuesto una pérdida de oportunidad de un diagnóstico o de un tratamiento más temprano.

«La omisión de las pruebas y actuaciones tendentes a la determinación del diagnóstico en un momento anterior, ha privado al paciente de la oportunidad de anticipar un tratamiento que podía incidir favorablemente en la evolución del padecimiento, aún cuando no se evitara el resultado final, privación que consecuentemente ha de ser indemnizada» (STS, Sala III, Sección 6ª, de 23 de octubre de 2007, rec. casación nº 6676/2003).

«En la pérdida de oportunidad hay una cierta pérdida de una alternativa de tratamiento, pérdida que en cierto modo se asemeja a un daño moral, y que es el concepto indemnizable» (STS, Sala III, Sección 4ª, de 27 de septiembre de 2011, rec. de casación nº 6280/2009).

Pues bien, para esta consolidada jurisprudencia «la pérdida de oportunidad 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» (STS, Sala III, Sección 4ª, de 21 de diciembre de 2015, FJ 1º, rec. casación nº 1247/2014).

En el presente caso, puede afirmarse, a partir del expediente administrativo, que desde la atención prestada en el centro de salud se pusieron de manifiesto «síntomas o signos de alarma», como la aparición súbita de la cefalea (el interlocutor que acompaña al paciente refiere al médico coordinador del SUC que había sufrido una cefalea de instauración brusca, que no le había pasado antes), los mareos, vómitos, la condición de diabético del enfermo, que debieron haber llevado al facultativo a no limitarse a aplicar analgésicos, a realizar al menos un análisis de glucemia, y a derivar al paciente al hospital de referencia. Con esta actuación médica omisiva, el Servicio Canario de la Salud privó a C.A. de oportunidades a las que tenía derecho, generando por eso mismo un daño antijurídico que no tenía que soportar, por lo que este le resulta imputable, debiendo indemnizar al reclamante en consecuencia.

4. El representante del reclamante solicitó una indemnización de trescientos treinta y siete mil doscientos novena y cinco euros con trece céntimos (337.295,13 euros), resultante de sumar 2.143,34 euros por 33 días improductivos, 3.004,75 euros por 101 días de carácter no improductivo, y 332.147,04 euros por 130 puntos de secuelas permanentes, si bien no diferencia las secuelas del perjuicio estético, lo que podría contravenir el apartado segundo del Anexo del Baremo ya citado.

La jurisprudencia del Tribunal Supremo se ha pronunciado también sobre la cuantificación de las indemnizaciones provenientes de pérdida de oportunidad, señalando que procede valorarla «no por la totalidad del daño sufrido pero sí para reconocerla en una cifra que estimativamente tenga en cuenta la pérdida de posibilidades de curación» (STS de 19 de noviembre de 2012, rec. de casación nº 579/2011, citada a su vez por la STS de 27 de noviembre de 2012, rec. casación nº 4981/2011). Por ello, procederá atenderse «prudencialmente y de manera analógica, a los criterios marcados por el baremo indemnizatorio previsto para los accidentes de circulación, que adapta equitativamente a las circunstancias del caso con la rebaja sustancial propia de la aplicación de la doctrina de la llamada pérdida de oportunidad» (STSJ de Galicia, de 16 enero 2013, rec. apelación nº 7126/2012).

En aplicación de tales criterios jurisprudenciales, la pérdida de oportunidad que se ha producido en el presente caso no puede alcanzar una cuantía indemnizatoria como la reclamada, pues ello supondría imputar en su totalidad al Servicio Canario de la Salud el daño, debiendo la Administración sanitaria ponderar el grado de participación de la pérdida de oportunidad en el resultado final de la actuación sanitaria prestada, que estimativamente no habrá de ser en ningún caso inferior al 10% de la cantidad que resultaría de aplicar el referido Baremo.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución por la que se desestima la reclamación no se considera conforme a Derecho, pues la pérdida de oportunidad que la actuación sanitaria ha generado supone en sí mismo un daño antijurídico del que resulta responsable el Servicio Canario de la Salud, que habrá de indemnizar al reclamante según se indica en el número 4 del Fundamento IV de este Dictamen.