



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 1 4 / 2 0 1 8

(Sección 2ª)

La Laguna, a 27 de marzo de 2018.

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 (...), en nombre y representación de (...), (...), (...) y (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 58/2018 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por el Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud, por los daños sufridos, según alegan los interesados, como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida.

2. La cuantía de la indemnización solicitada (620.000 euros) determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Consejero de Sanidad 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), la cual es aplicable, en virtud de la Disposición transitoria tercera, a), en relación con la Disposición derogatoria 2, a) y la Disposición final séptima de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), ya que el presente procedimiento se inició antes de la entrada en vigor de esta última.

* Ponente: Sr. Bosch Benítez.

3. Concorre el requisito de legitimación activa, al tener los reclamantes relación acreditada de filiación, padres e hijo de la fallecida, y pareja de aquélla, ostentando, pues, interés legítimo los reclamantes al constituir el daño por el que se reclama un perjuicio sufrido en la esfera moral de todos ellos [art. 31.1.a) LRJAP-PAC]. Asistidos por su representante (art. 32.1 LRJAP-PAC).

En cuanto a la legitimación pasiva, recae en el Servicio Canario de la Salud, aun cuando, en este caso, la asistencia sanitaria objeto de reclamación se prestó no sólo por el Hospital Universitario Ntra. Sra. de La Candelaria (HUNSC), sino también por el Servicio de Urgencias Canario (SUC), servicio gestionado por la empresa Gestión de Servicios para la Salud y Seguridad en Canarias, en adelante GSC, concertado con el Servicio Canario de la Salud. Por ello, se le atribuye también la legitimación pasiva en el presente procedimiento al ser éste el presunto responsable de la asistencia sanitaria reclamada. Siendo el concierto sanitario un tipo de contrato de gestión indirecta para la prestación de un servicio público, de conformidad con lo señalado en el art. 32.9 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, es de aplicación el art. 214 del Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Contratos del Sector Público (TRLCSP).

Como hemos manifestado en diversas ocasiones (por todos, véanse los DDCCC 59/2014 y 406/2016 y 287/2017):

«(...) Si los centros sanitarios privados, al prestar a los usuarios del servicio público de salud asistencia sanitaria en virtud de un concierto, les causan daños, ellos serán los obligados a resarcirlos, salvo que demuestren que la lesión tuvo su origen inmediato y directo en una orden de la Administración. Esta conclusión lleva necesariamente a esta otra: En los procedimientos de reclamación de responsabilidad patrimonial por tales daños están legitimados pasivamente tanto la Administración titular del servicio público de salud, el SCS en este caso, como el centro sanitario privado concertado, porque si se acredita que el daño ha sido causado por la actuación de éste, entonces está obligado a resarcirlo en virtud de los artículos 98 y 162.c) TRLCSP».

4. La solicitud indemnizatoria se ha presentado dentro del plazo de un año establecido en el art. 143.5 LRJAP-PAC, esto es, antes de que el derecho a reclamar haya prescrito.

5. El órgano competente para instruir y proponer la resolución de 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 final es competencia del Director del 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.

6. De acuerdo con la Disposición transitoria tercera, a), en relación con la Disposición derogatoria 2, d) y la Disposición final séptima de la citada LPACAP, el presente procedimiento se rige por 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.

De conformidad con el art. 13.3 del RPAPRP, el plazo máximo para la tramitación del procedimiento es de seis meses. Sin embargo, se ha superado el plazo para resolver el procedimiento, lo que no impide que se dicte la resolución porque la Administración está obligada a resolver expresamente, aun vencido dicho plazo, en virtud del art. 42.1 LRJAP-PAC en relación con los arts. 43.3.b) y 142.7 de la misma.

II

1. El fundamento fáctico de la pretensión resarcitoria, según se desprende del escrito de reclamación, es el siguiente:

- En fecha 16 de enero de 2014, (...), embarazada de 18 semanas, sufrió un desvanecimiento y respiraba con dificultad. El reclamante y pareja de la afectada, avisó al Servicio de Urgencias Canario (SUC) solicitando la asistencia de un facultativo, activando el Servicio de ambulancias.

Antes de que llegara la ambulancia del SUC, (...) recuperó la conciencia, pero se encontraba en estado de shock, agitada, confundida, con pérdida de memoria acerca del suceso y con pérdida de orina. Cuando llegó la ambulancia, los técnicos sanitarios, sin realizar ninguna prueba, dictaminaron que se trataba de un episodio de estrés «que lo habían visto muchas veces». Para trasladarla al hospital debía colaborar la afectada puesto «que estaba embarazada», y a la vista de que estaba desorientada y no se mantenía en pie, su pareja decide llevarla él mismo.

Ingresa en Urgencias de (...) (seguro privado), y allí conviene ingresarla para efectuarle las pruebas pertinentes puesto que la afectada sospecha sufrir epilepsia. Es derivada al HUNSC. Durante el tiempo que permanece en este centro hospitalario,

sigue desorientada y sin recordar información básica. Se le realizan pruebas y se deriva a Neurología. En esa unidad y tras realizarle exploración, se dictamina episodio de estrés, dándole el alta con fecha 17 de enero de 2014.

- Con fecha 21 de abril de 2014, sobre las 3:00 h., (el embarazo ya es de 32 semanas), comienza a sentir un episodio de mareo, similar al que sufrió en enero relatado en párrafos anteriores. Alerta a su pareja, perdiendo el conocimiento después y recuperándolo al cabo de unos instantes. Pensando que sería estrés como se les había indicado en el episodio anterior, intentan relajarse y se toma un paracetamol puesto que le dolía mucho la cabeza. Sobre las 7:30 h. del mismo día, vuelve a sentirse mareada y a respirar con dificultad.

(...) avisa nuevamente a la ambulancia del SUC, exponiendo la situación en ese momento y relatando los hechos acontecidos en el mes de enero anterior. Se activa ambulancia de soporte vital básico (ASVB). (...) se dirige a casa de los padres de la afectada pidiéndoles que avisasen a unos vecinos que sabían hacer el masaje de reanimación cardiopulmonar (RCP). Ante la falta de respuesta de la afectada al masaje cardíaco practicado por el vecino, a las 7:48 h. vuelve a avisar al 112, reclamando la asistencia urgente e informando que (...) había dejado de respirar.

Unos minutos más tarde llega la ambulancia y (...) reconoce que el conductor era el mismo que la vez anterior. El técnico del SUC practica las maniobras de RCP sin obtener respuesta. Avisan para pedir urgentemente un médico, puesto que ninguno de los que acompañaban en la ambulancia lo era. Transcurridos 10 minutos llega el médico y una enfermera, prosiguiendo con la RCP, pero se presentaron sin oxígeno ni equipamiento aparte del básico.

Sobre las 8:20 h. se presenta otra ambulancia de soporte vital avanzado con otro técnico y otro médico, intentando nuevamente reanimar a la afectada.

Tras intentar reanimar a (...), durante 20 minutos más, el médico decidió que era necesario realizar una cesárea de urgencia, una hora después de que hubiera dejado de respirar.

Tras practicarle la cesárea de urgencia y extraer al bebé prematuro, éste fue intubado y se procedió a su reanimación.

A las 9:10 h. fue informado de que tanto su mujer como su hijo habían fallecido.

Reclaman los interesados por entender, por un lado, que se produjo una ausencia de diagnóstico de la enfermedad que padecía (...), que hizo que no se tuviera en cuenta para catalogar su embarazo como de riesgo, y poder prevenir complicaciones.

Y, por otro lado, respecto del día del fallecimiento, se reclama por entender que, cuando se avisó al 112, se envió una ASVB, cuando la paciente estaba en estado crítico y necesitada de soporte vital avanzado, lo que imposibilitó salvar su vida y la del feto.

Por todo ello entienden que se produjo una pérdida de oportunidad en tanto que existe un cierto grado de incertidumbre respecto al resultado que se habría obtenido de haber sido atendida correctamente.

Se solicita, por tales daños, 620.000 euros en concepto de indemnización, distribuidos entre todos los reclamantes de la siguiente manera: (...) y (...), padres de (...): 12.000 euros c/u por la muerte de su hija y 8000 euros c/u por la pérdida de su nieto; (...): 180.000 euros por la muerte de su pareja y 150.000 euros por la pérdida de su hijo; (...): 150.000 euros por la muerte de su madre y 100.000 euros por la pérdida de su hermano.

III

1. En cuanto a la tramitación del procedimiento, no se ha incurrido en irregularidades formales que obsten un dictamen de fondo, constando las siguientes actuaciones:

- El 27 de abril de 2015 se identifica el procedimiento y se insta a los interesados a mejorar su solicitud mediante la aportación de determinada documentación, viniendo a aportarse lo solicitado el 11 de mayo de 2015.

- Por Resolución de 21 de mayo de 2015, de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación de los interesados.

- Tras haberse solicitado el 21 de mayo de 2015, se emite informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), tras haber recabado la documentación oportuna, con fecha 26 de octubre de 2015.

A tal efecto se instó a los reclamantes a aportar determinada información acerca del seguimiento del embarazo de la fallecida en el ámbito privado, lo que fue entregado a medida que se iba facilitando a los reclamantes desde (...).

- A efectos de abrir trámite probatorio, el 10 de noviembre de 2016 se insta a la parte reclamante a que proponga las pruebas de que desee valerse, lo que le es notificado el 14 de noviembre de 2016.

- Asimismo, por haberse solicitado pruebas testificales por los reclamantes, en fechas 11 de noviembre de 2016 y 10 de enero de 2017 se insta a los interesados para que aporten pliegos de preguntas a realizar a los testigos propuestos, seleccionados por el órgano instructor; se les insta a que aporten informe pericial solicitado.

Los pliegos de preguntas son aportados el 27 de enero de 2017, si bien, respecto del informe pericial, se informa por la parte interesada de la imposibilidad de presentarlo aún.

Asimismo, el 20 de marzo de 2017 se interesa a los reclamantes que faciliten información completa de determinados testigos, así como preguntas a formularles, lo que es aportado el 30 de marzo de 2017.

- El 6 de abril de 2017 se dicta acuerdo probatorio en el que se admiten a trámite las pruebas aportadas por los interesados, rechazando, sin embargo, la prueba testifical de determinados testigos propuestos y se incorporan las de la Administración, abriéndose periodo probatorio. De ello reciben notificación los reclamantes el 12 de abril de 2017.

- Se practicaron las testificales los días 20, 21, 24 y 28 de abril de 2017, con el resultado que obra en el expediente.

- El 18 de mayo de 2017 se confiere a los interesados, así como a Servicios de Gestión de Salud y Seguridad de Canarias, trámite de audiencia, lo que se les notifica el 24 y el 23, respectivamente, de mayo de 2017.

- El 26 de mayo de 2017, los reclamantes solicitan copia de determinada documentación, así como ampliación del plazo para realizar alegaciones. Se les entrega tal documentación y, por medio de escrito de 6 de junio de 2017 se les concede la ampliación del plazo solicitada, si bien, el 27 de junio de 2017 se solicita nueva ampliación, que también se les concede el 29 de junio de 2017. Con fecha 13 de julio de 2017 se presenta escrito de alegaciones.

- Tales alegaciones son remitidas al SIP para su valoración el 13 de septiembre de 2017, emitiendo este informe complementario el 20 de septiembre de 2017.

- El 21 de septiembre de 2017 se concede nueva audiencia a los reclamantes, limitándose, de nuevo, a solicitar ampliación del plazo de alegaciones el 6 de octubre de 2017, a lo que no se les da respuesta, sin que conste alegación alguna en el plazo conferido.

- El 15 de septiembre de 2017 se emite Propuesta de Resolución desestimatoria de la pretensión de los reclamantes, y en el mismo sentido consta borrador de Resolución del Director del Servicio Canario de la Salud, sin fecha. El citado borrador no es informado por el Servicio Jurídico, argumentándose al efecto en la Propuesta (Antecedentes de Hecho Séptimo y Octavo) que, en virtud del art. 20 j) del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias aprobado por Decreto 19/1992, de 7 de febrero, sólo se emitirá en caso de tratarse de cuestión no resuelta previamente, ni informada por el Servicio Jurídico, tratándose en este caso de «una cuestión resuelta previamente, y que ya ha sido informada por el Servicio Jurídico. Todo ello evidencia la inexistencia de relación causal y de daño antijurídico exigidos en esta materia, al no encontrarnos ante un supuesto en que el daño se pudo haber evitado con la aplicación de las técnicas sanitarias conocidas por el estado de la ciencia y disponibles en dicho momento, sino que por el contrario, se trata de un padecimiento súbito, repentino que la realización de un TAC previo y su lectura el 20 de junio, no hubieran podido prever ni evitar» (informe de los Servicios Jurídicos, de 23 de febrero de 2017 relativo al expediente de responsabilidad patrimonial nº 130/14). El 7 de febrero de 2018 se dicta Propuesta de Resolución definitiva en igual sentido desestimatorio.

IV

1. Como se ha indicado, la Propuesta de Resolución desestima la pretensión de los reclamantes con fundamento en los informes recabados en la tramitación del procedimiento y en las testificales realizadas, por entender que no existe relación causal entre el fatal desenlace de los acontecimientos y la asistencia prestada a la madre y al feto, en ninguno de los momentos referidos en la reclamación.

2. Para el análisis del presente asunto hemos de distinguir, por así exigirlo los términos de la reclamación, y así hace adecuadamente la Propuesta de Resolución, entre la asistencia prestada a la gestante durante el embarazo, y la asistencia recibida en su domicilio el día de su fallecimiento, el 21 de abril de 2014.

1) En relación con la alegada ausencia de diagnóstico que determinara que se trataba de un embarazo de riesgo, constan como antecedentes acreditados en el historial clínico de la fallecida, tal y como se relatan por el informe del SIP, los siguientes:

- (...), de 29 años de edad, es atendida por su embarazo en consultas Externas del Servicio de Ginecología de (...) desde noviembre de 2013 hasta abril de 2014 de forma privada. Recibe seguimiento de embarazo normal, en estudio genético del feto.

Como antecedentes personales de interés, presentaba migrañas.

- El 14 de enero de 2014, sobre las 7:03 h. avisan al 112, Centro Coordinador de Emergencias y Seguridad del Gobierno de Canarias (CECOES), solicitando asistencia para (...): embarazada que ha sufrido mareos y desvanecimiento. En el momento de la llamada, su pareja refiere que se encuentra inconsciente, al llamarla no abre los ojos y respira con normalidad

Se envía una ambulancia de soporte vital básico, y tras encontrarse en el lugar a las 7:18 h., el personal informa al médico coordinador del estado de la paciente: se encuentra consciente, con constantes dentro de la normalidad, tiempo gestacional (...).

Refiere que ese día (...) iba a realizarse una amniocentesis, motivo por el cual se encontraba nerviosa. El SUC indica traslado a un centro sanitario.

Pero la paciente no quiere ser trasladada, a pesar de que la familia insiste en ello. Su pareja se hace cargo, firmando el informe de la ambulancia con dicha decisión.

- El 16 de enero acude al Servicio de Urgencias de (...). Edad gestacional: 16 semanas. Por la mañana al despertar se siente mareada. Llama a su pareja, quien la encuentra en la cama con retroversión ocular, sin respuesta a su llamada. El episodio dura 5-10 minutos y después se despierta agitada, gritando. Niegan cuadros previos similares, presenta cefalea frontal. Refiere estar algo nerviosa por la espera de los resultados de la biopsia coriónica para estudio de patologías fetales.

Las pruebas complementarias realizadas son normales (electrocardiograma, analítica), igual que las constantes y la exploración. Se encuentra consciente, tranquila y colaboradora. Amnesia retrógrada de algunos episodios y no recuerda el suceso por encontrarse confusa.

La impresión diagnóstica: alteración de la conciencia, posible síncope. Descartar cuadro comicial y síndrome conversivo (histeria).

Se mantiene en observación en Urgencias y es tratada con paracetamol.

- Se decide traslado al HUNSC, para lo cual se avisa a una ambulancia del 112 a las 13:52 h. Ambos miembros de la pareja se niegan pues prefieren acudir en su coche. Firma el alta voluntaria y se van a las 16:24h. Se cancela la petición de ambulancia (ambulancia de soporte vital básico desde (...) al HUNSC)

- A las 18:10 h. del día 16 de enero de 2014, la paciente llega al Servicio de Urgencias del HUNSC. Allí es valorada con toma de constantes, anamnesis, exploración general que resulta normal, exploración neurológica con pares craneales explorados dentro de la normalidad. No déficits sensitivos ni motores, lenguaje coherente y fluido. Movilidad normal. En la analítica de orina se encuentra bacteriuria patológica (folio nº 256 del EA).

Es valorada por un neurólogo, que se pronuncia en los términos siguientes: «la paciente no recuerda lo sucedido, comenta sentirse preocupada por la gestación, pues le han dicho que el feto puede tener problemas, está esperando resultado de una biopsia».

La exploración clínica es normal, no se objetiva focalidad neurológica. Fondo de ojo normal (descarta edema de pupila secundario a trombosis venosa central). No se observan lesiones focales tras exploración neurológica, con exploración de pares craneales normales. El juicio diagnóstico es posible pseudocrisis vs pre-síncope.

- Tras la valoración neurológica se decide el alta hospitalaria con el tratamiento antibiótico para la bacteriuria asintomática. Control médico de familia y ginecólogo. Recomendación de acudir a su médico de familia en 7 días para recoger el resultado del cultivo de orina, y si se produce un nuevo episodio, acudir a urgencias.

- El 17 de enero de 2014, la paciente acude a su ginecólogo en (...). El control ginecológico es normal y está pendiente del cariotipo. El día 21 del mismo mes acude a su médico de cabecera. Se prescribe tratamiento antibiótico pautado en el hospital y se anota «está siendo llevado el embarazo por Ginecólogo privado». La paciente continúa con ginecólogo privado, con resultado de ecografías normales.

Pues bien, dados estos antecedentes, se infiere de los informes recabados y de las testificales realizadas, que, en el primer episodio sufrido por la paciente, alertando al 112, producido el 16 de enero de 2014, tras acudir la ambulancia al domicilio de la afectada y constatando que ésta está consciente y respirando normal y sus constantes vitales están dentro de la normalidad, se indica su traslado a un

centro sanitario, al que, no obstante, se niega a acudir en ambulancia, yendo, por su cuenta a (...), donde recibía asistencia privada de su embarazo(folio no 293 del EA).

Allí fue atendida por la Dra. (...), quien, en prueba testifical fue interrogada acerca del estado de la paciente a su llegada y las pruebas diagnósticas realizadas, resultando que tal prueba no presentaba ninguno de los síntomas característicos de las crisis epilépticas como son movimientos tónico-clónicos generalizados, retroversión ocular, a veces mordedura de lengua, relajación de esfínteres y período postcrítico. Por ende, su diagnóstico fue: alteración de la conciencia y posible síncope. Asimismo se anota: «descartar cuadro comicial?? y síndrome conversivo (histeria)??».

En relación con ello, explica el informe complementario del SIP, de 20 de septiembre de 2017, que el síncope es la pérdida transitoria de la conciencia y del tono postural, y puede sufrirse con o sin convulsión determinada. Otra cosa bien distinta es la expresión comicial que se refiere a la crisis epiléptica. En una epilepsia puede haber pérdida de conciencia pero las causas y el tratamiento son diferentes.

A tal efecto se realizó analítica de sangre y electrocardiograma, así como exploración neurológica básica, pues no existe ninguna prueba diagnóstica para detectar el síncope conversivo, puesto que no se trata de una patología orgánica y no se puede determinar en urgencias.

Ante la pregunta acerca de qué seguimiento se realiza en caso de que un paciente sufra un síncope comicial o conversivo, la doctora responde que ambas situaciones no son lo mismo. La crisis comicial es la manifestación de una enfermedad orgánica y el síndrome conversivo no. En ambos casos se requiere observación y valoración especializada.

Desde (...), tras 7 horas de estancia, le recomiendan valoración en el HUNSC. La Dra. (...) solicita ambulancia de soporte vital básico para realizar el traslado, el cual no fue efectuado porque ambos miembros de la pareja se niegan y prefieren acudir en su coche. Se firma el alta voluntaria.

Ya en el HUNSC, se atiende a la paciente, realizando las pruebas diagnósticas que se pueden practicar a una mujer embarazada de 16-19 semanas de gestación.

Es vista por Ginecología, donde se realiza ecografía con resultado normal.

En esta asistencia se concluye con un diagnóstico de bacteriuria asintomática, es decir, presencia de bacterias en orina sin manifestación clínica en ese momento.

Por otro lado, se realizó valoración y exploración neurológica. Al respecto, en la testifical realizada al especialista en Neurología, el Dr. (...), éste expone que se le solicitaron análisis completos de sangre y orina, así como una exhaustiva exploración neurológica y sistémica en la que sólo destacó la infección de orina de una mujer gestante, que podría justificar el cuadro que presentó. Asimismo, se le realizó prueba neurológica consistente en evaluación de fondo de ojo que permite con alta sensibilidad observar la presencia de algún problema serio a nivel neurológico. Dado que se trataba de una gestante sin datos concluyentes de afectación neurológica, queda pendiente la realización de TAC cuando terminara la gestación, tal y como constata el informe forense de 1 de agosto de 2014, pues el beneficio obtenido por una prueba como el TAC era menor que el riesgo asumible al feto.

El testigo referido, Dr. (...), concluye que no hubo datos que sugirieran la presencia de una epilepsia. A mayor abundamiento, en caso de haberse producido una crisis epiléptica, la actitud terapéutica desde el punto de vista neurológico no se hubiese modificado. En este caso no se indica tratamiento antiepiléptico de entrada sino evolución neurológica y observación. Si no existe predisposición a padecer crisis epilépticas, se recomienda vigilancia por Atención Primaria. Los pasos a seguir eran vigilancia y tratamiento de la infección de orina, además de acudir de nuevo a urgencias en caso de repetirse una situación similar, lo que se indicó a la paciente, tal y como consta en los antecedentes.

La misma afirmación manifiesta la Dra. (...), quien atendió a la paciente en el Servicio de Urgencias del HUNSC a su llegada. La exploración neurológica fue normal, y se diagnosticó de pseudocrisis o pre-síncope como diagnóstico de sospecha puesto que no existían signos patológicos en la paciente. Por ese motivo fue remitida al neurólogo. El único diagnóstico de certeza fue el de infección de orina.

Por su parte, consta en el informe emitido el 20 de julio de 2015 por el jefe de Servicio de Neurocirugía del HUNSC que se concluyó con el diagnóstico de cuadro sincopal o pseudocrisis dado que el cuadro que presentó no pudo ser observado por un neurólogo. La información suministrada por la familia fue poco concluyente y no se objetivaron otros datos que orientaran a una crisis convulsiva. Pero, como ya se ha indicado, se buscaron posibles causas de ella en una mujer embarazada, realizando valoración del fondo de ojo que objetivara edema de papila secundario a trombosis venosa cerebral. Asimismo se descartaron lesiones estructurales tras la exploración neurológica minuciosa.

También se realizó analítica de orina para descartar pre-eclampsia ante la ausencia de proteinuria y TA normal.

En cualquier caso, concluye aquel informe, que, ante una crisis convulsiva aislada, incluso en mujer gestante, no está indicado el tratamiento antiepiléptico. Incluso la cefalea posterior al cuadro no se corresponde con una crisis epiléptica aislada. Considera razonables las recomendaciones indicadas (vigilancia de TA y tratamiento para bacteriuria asintomática).

Asimismo, el SIP concluye, pues, que no existían datos clínicos para suponer epilepsia, y en cualquier caso, no se diagnostica esta enfermedad por una sola crisis (folio nº 214 del EA). En la necropsia tampoco se pudo concluir con la existencia de un diagnóstico que fuera causa de epilepsia.

Por tanto, en esta primera asistencia, y tras las numerosas pruebas realizadas dada la condición de embarazada de la paciente, ni en (...) ni en el HUNSC, donde fue atendida por tres facultativos distintos, se pudo concluir que la paciente presentara anormalidad neurológica que desencadenara una crisis epiléptica.

También se indicó la asistencia a Urgencias ante un cuadro similar.

Posteriormente, el día 17 de enero de 2014, la paciente acude a su ginecólogo privado, quien tras comentarle el cuadro de cefalea, le recomienda acudir a un neurólogo. El control ginecológico es normal, y sigue estando pendiente del cariotipo. Las consultas ginecológicas posteriores, salvo bacteriuria en fecha 7 de abril de 2014, estaban dentro de la normalidad.

Preguntado el Dr. (...), especialista en Ginecología de (...), acerca del posible riesgo del embarazo de la paciente, éste expone que era normal, sin antecedentes patológicos conocidos, con un desarrollo fetal normal a la luz de las pruebas realizadas.

Ante la pregunta relacionada con la remisión de la paciente al neurólogo, responde que la paciente acudió a consulta el día 17 de enero de 2014 para valorar el resultado de una prueba que estaba esperando, y que le refirió lo sucedido el día anterior. Manifestó sintomatología típica de un cuadro migrañoso y la derivó a ese especialista.

En todo caso, tal y como adecuadamente se señala en la Propuesta de Resolución, y sin perjuicio de que hasta el momento en que la atendió, no tenía diagnóstico de epilepsia ni de ninguna otra patología que hiciera considerar el embarazo como de riesgo, no constando ningún dato de alteración neurológica, lo

cierto es que en la documentación médica analizada no consta que la paciente hubiera acudido a Neurología para ser vista, tal y como indicó su ginecólogo.

Asimismo, cuando acude a su médico de cabecera el 21 de enero de 2014 a por recetas para la infección urinaria, y la médico plasma en historial la infección sufrida, así como que su embarazo estaba en seguimiento por ginecólogo privado, pero no se registra nada más, señalándose en la Propuesta de Resolución, acertadamente, lo que a continuación se expone:

«La paciente no hace referencia en esa visita al cuadro sufrido cinco días antes, ni a la recomendación del ginecólogo para ser vista por Neurología. Si la paciente no refiere lo sucedido y no acude al neurólogo, no se pudo hacer un seguimiento que ayudara a establecer un diagnóstico de mayor certeza, si lo había».

Por todo lo expuesto, no puede hablarse de ausencia de diagnóstico de embarazo de alto riesgo, pues los datos recabados durante las múltiples pruebas realizadas a la paciente determinaron que se trataba de un embarazo normal, sin alteración neurológica que exigiera tal consideración, y estando pendiente de TAC que sólo podría realizarse tras la gestación dada la relación riesgo-beneficio para el feto. De hecho, la paciente permanece asintomática tres meses, hasta el día de su fallecimiento.

2) En relación con la alegación relativa a la deficiente atención recibida el día 21 de abril de 2014, deben señalarse como hechos constatados:

- El 21 de abril de 2014, según relata la pareja de (...) en su reclamación, sobre las 3:00 h. la paciente empieza a sentir un nuevo episodio de mareo, y pierde el conocimiento. Lo recobra unos instantes más tardes. Posteriormente le dolía mucho la cabeza. Edad gestacional: 32 semanas.

Viendo que se había recuperado, continúan durmiendo, y sobre las 7:30 h. vuelve a sentirse mareada. En breve comienza a respirar con dificultad.

- A las 7:38 h. se recibe una llamada de alerta en el CECOES por parte del reclamante. Se solicita asistencia sanitaria para (...) porque ha sufrido durante la noche varias crisis. Pensaron que era ansiedad pero ahora no respira. En ese momento se activa una ambulancia de soporte vital básico (7:40h).

Se transfiere la llamada al médico coordinador, y el reclamante le informa que la paciente tuvo varios episodios de mareo durante la noche, seguidos de desvanecimientos, y que ahora lleva 5 minutos desmayada y parece que no respira. El

médico coordinador da indicaciones al reclamante de que se acerque a la paciente y observe su respiración. Éste le dice que respira muy débil. El médico le indica que la coloque en decúbito supino.

A las 7:48 h., se produce una nueva llamada, indicando que la paciente no respiraba. Van en busca de unos vecinos que sabían realizar las maniobras de resucitación cardiopulmonar (RCP).

A las 7:53 h. llega la ambulancia de soporte vital básico al domicilio e inicia RCP.

A las 7:54 h. se activa al personal médico y de enfermería del Centro de Salud de Alcalá para asistir también en domicilio y a las 7:58 h. se activa la ambulancia medicalizada.

El personal del Centro de Salud de Alcalá llega al domicilio a las 8:07 h. y continúa con las maniobras de RCP.

La ambulancia medicalizada tiene su llegada a las 8:21 h. siguiendo con las mencionadas maniobras de RCP, en este caso, las maniobras de RCP avanzadas.

- Se practica cesárea de urgencia y RCP avanzada tanto a la madre como al recién nacido, sin éxito en ambos casos. El fallecimiento de la madre se certifica a las 9:00 h. y el del feto a las 9:05 h.

En relación con los hechos acontecidos este día [y sin perjuicio, como aclara la Propuesta de Resolución, de la contradicción existente entre el escrito de alegaciones de 18 de julio de 2017, donde se alega que a las 3 de la mañana tras sufrir el primer cuadro (...) no sufrió pérdida de conocimiento como dice el informe del SIP, sino sólo mareos, lo cual no podía hacer pensar que fuera algo distinto a un cuadro de estrés como habían sugerido previamente, y en la reclamación inicial, donde alega: « (...) empezó a sentir un nuevo episodio de mareo, como el de unos meses antes. Preocupada por poder perder nuevamente el conocimiento alertó al Sr Mesa, momento en que pierde el conocimiento, volviéndolo a recobrar unos instantes después»], tras una primera llamada de alerta en el CECOES a las 7:38 h. por parte del reclamante, la ASVB llega al domicilio, a las 7:53 h., encontrándose los sanitarios a (...) en PCR y a unos vecinos practicando maniobras de RCP, lo que coincide con la información suministrada por la pareja de la afectada en su segunda llamada, 10 minutos después, de que aquella ya no respiraba, por lo que, cuando la ASVB llega al domicilio, la paciente llevaba ya 5 minutos en PCR.

En contra de lo señalado por los reclamantes, por los sanitarios de la ASVB sí se suministró oxígeno a la paciente: se utilizó ambú con oxígeno a 15 l/m y tubo de

guedel del nº 3, lo que, según informe al respecto, se utiliza exclusivamente en paciente inconsciente, para evitar que la caída de la lengua obstruya la vía respiratoria. En todo momento se suministró oxígeno, hasta que llegó la ASVA, momento en el que se pudo realizar intubación orotraqueal.

En todo caso, además, a las 7:52 h. se avisa al equipo médico del Centro de Salud de Alcalá, el cual llega al domicilio trasladado por la Policía Local a las 8:07h, momento en el que se encuentran con que «a pesar de estarle practicando maniobras de reanimación básica la paciente se encuentra en asistolia».

Ante la alegación de los reclamantes de por qué no se activó antes la ASVA, la respuesta es que se activó tan solo dos minutos después de avisar al Centro de Salud (7:55h.), y la razón es que en caso de PCR es necesario movilizar los recursos más cercanos con carácter previo, estando más cerca del domicilio de la afectada la ASVB.

En la HC de Atención Primaria, consta registrada la asistencia prestada (folio nº 243 del expediente). La doctora anota: «acudimos al domicilio de la paciente que nos lleva la policía ya que estaba activada la ambulancia por el 112 previamente a la llegada al domicilio».

En todo caso, tanto del informe del GSC, como de la prueba testifical efectuada a la Dra. (...), quien asistió en el domicilio a la afectada, se desprende que la paciente ya llevaba en PCR bastante tiempo cuando llegaron los primeros técnicos.

Aquella facultativa manifiesta que una vez en el domicilio, se avisó a la ambulancia medicalizada, pero, en todo caso, dicho recurso ya estaba activado desde las 8:00h. desde la central, la cual fue activando los recursos según iban recibiendo información de la situación, si bien, lo cierto es que la ASVA tiene su central en (...), aproximadamente a 22 km. de la localidad donde vivía la paciente, por lo que se tarda en llegar aproximadamente 22-25 minutos. La ambulancia llega exactamente a las 8:21 h. A su llegada, continúa con las maniobras de RCP avanzada, y ante la falta de respuesta de la madre, se decide practicar cesárea de emergencia con RCPA del prematuro pues está en asistolia. Se procede a intubación orotraqueal, canalización de vía intraósea para administración de medicación, sin respuesta al tratamiento.

A pesar de que a la llegada de la ASVB, la paciente presentaba cianosis, la efectiva ventilación por parte de los equipos que la atendieron se reflejó en la coloración normal que adquirió posteriormente.

Cuando llegan al domicilio, se intuba a la paciente y se canaliza otra vía venosa (previamente se habían canalizado una por parte del equipo del Centro de Salud de Alcalá). Calculados los tiempos de asistolia y siguiendo el protocolo de PCR en gestante, se decide evacuar el útero con objeto de mejorar la RCP materna y comenzar con la del feto, en caso de que también estuviera en PCR.

Según testifical practicada al Dr. (...), médico de emergencias de la ASVA, se extrajo al prematuro en cesárea de emergencia en 30 segundos aproximadamente y se comenzó con su RCP al observar que también estaba en PCR. El testigo apunta que el cordón umbilical estaba blanco, señal indicativa de ausencia de perfusión sanguínea.

Se intuba y se canalizan dos vías intraóseas en ambas piernas. Se comienza con el protocolo de RCP.

De la narración de los hechos por este testigo se desprende una atención exhaustiva de madre e hijo: por un lado, la madre asistida por el médico del Centro de Salud y una enfermera. Motorizada, intubada, con masaje cardíaco y medicación según protocolo. Por otro lado, el prematuro con el equipo avanzado (médico, enfermero y dos técnicos). Monitorizado, intubado, con masaje cardíaco y medicación según protocolo.

Por todo ello, frente a la parte de la reclamación consistente en la inadecuada atención de la madre y el feto el día del fallecimiento de ambos, reclamando que debió avisarse a la ASVA con anterioridad, de manera que pudiera acudir antes y empezar con las maniobras de reanimación, del expediente se desprende que la actuación del médico del SUC fue correcta puesto que movilizó los recursos en función de la proximidad al domicilio con objeto de ganar un tiempo necesario. De haber activado primero a la ASVA, hubiera podido llegar como mucho, dos minutos antes de lo que lo hizo, tiempo ahorrado, pero insuficiente para salvar la vida de la gestante. Pero esos dos minutos sí pueden ser decisivos para la asistencia inicial en una PCR en la que el tiempo corre en contra del paciente, y cada minuto ganado puede ser la clave para conseguir reanimarlo con éxito.

3. Finalmente, y relacionando el primer aspecto de la reclamación con el segundo, debe señalarse que el informe forense de la autopsia, de 1 de agosto de

2014, manifiesta que las lesiones encontradas y que se describen en el mismo son inespecíficas y no explican la muerte, si bien podría tratarse de una muerte súbita e inesperada del epiléptico pero no cumple con los criterios necesarios para catalogarla como tal, es decir, un diagnóstico previo de epilepsia.

Por su parte, según pregunta efectuada en la testifical del Dr. (...) se responde afirmando con rotundidad que en este caso (...) no presentaba una crisis epiléptica, sino una PCR.

Ha de aclararse que el SIP, en su informe complementario, al exponer que cuando el forense afirma que «todos los estudios epidemiológicos avalan la crisis epiléptica como factor causal de la muerte», precisa que el mismo hace referencia a estudios epidemiológicos en general, no a este caso concreto. No es la realidad que tiene delante. No es un diagnóstico, sino una aproximación a informes epidemiológicos.

Recordemos que la paciente había sido estudiada por Neurología en el HUNSC, así como por dos médicos de Urgencias con fecha 16 de enero de 2014, y ninguno de los tres llegó a la conclusión de que podía padecer epilepsia (no se podía realizar TAC por el embarazo), y de haberlo diagnosticado, el tratamiento en ese momento hubiera sido el mismo.

Por todo ello, se concluye como causa de la muerte de la madre, según el informe forense:

«el síndrome arrítmico que puede debutar con muerte súbita y que clínicamente simula un cuadro epiléptico: el Síndrome QT largo. Este síndrome simula clínicamente un cuadro epiléptico, que sería otra posible causa, además del posible edema pulmonar neurogénico».

Ningún especialista afirma que la causa fuera una crisis epiléptica que hubiera desarrollado un edema pulmonar neurogénico. Todas las causas del fatal desenlace son siempre supuestas.

Por su parte, el fallecimiento del feto fue inevitable, también, a tenor de lo informado en el expediente, pues, si bien la parte interesada alega que si se hubiera actuado con más rapidez, hubiera sido posible salvar la vida del feto, cuya edad gestacional lo hacía perfectamente viable fuera del claustro materno, lo cierto es que las primeras actuaciones fueron encaminadas a salvar la vida de la madre, para, a partir de su propia vida, salvar la del feto.

En este sentido se informa que el tiempo que puede vivir un feto dentro del útero de la madre una vez que ésta fallece depende de muchos factores, como la edad gestacional, pero aproximadamente unos 5 minutos, igual que cualquier otra persona sin reanimación. Los protocolos establecen que el tiempo de peri-parada ideal para recuperar a un nonato tras el fallecimiento de la madre son de 5-7 minutos. En cualquier caso, depende de cada situación, porque en el caso concreto que se estudia, este tiempo pudo prolongarse al recibir maniobras de reanimación básica desde el inicio de la PCR por parte de los vecinos.

En todo caso, se realizó, como ya se ha indicado, cesárea en 30 segundos, sin dejar de reanimar a la madre en ningún momento. Tras la cesárea y la intubación y administración de oxígeno a través de ambú, reservorio y oxígeno al prematuro, no pudo salvarse su vida.

Resultan claras las palabras del Dr. (...) en su testifical cuando afirma que en caso de cesárea de embarazada viva y en un medio adecuado, es decir, en un centro hospitalario de tercer nivel y servicio de neonatología, un feto de 31 semanas tendría viabilidad, pero en su opinión como ginecólogo, en las circunstancias de la paciente, con PCR con cesárea de urgencia hecha en medio extrahospitalario y feto prematuro severo con 31 semanas, no había posibilidad de recuperación fetal. Todo ello, máxime, cuando, a la llegada de la primera ambulancia, que tardó 13 minutos desde que fue avisada, la madre llevaba aproximadamente 5 minutos en PCR.

Por todo lo expuesto, cabe concluir que la actuación de los servicios sanitarios fue conforme a la *lex artis*, si bien nos encontramos con un caso en el que, a pesar de la correcta actuación de los servicios sanitarios, tanto durante el seguimiento del embarazo de la madre, como el día de su fallecimiento, se ha producido un fatal desenlace que ninguna relación causal guarda con la asistencia sanitaria dispensada a la madre y al feto, por lo que ha de desestimarse la reclamación planteada.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución analizada, de carácter desestimatorio, se ajusta al Ordenamiento Jurídico, de acuerdo con el razonamiento que se contiene en el Fundamento V.