Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 18 de marzo de 2025.

Dictamen solicitado por la Excma. Sra. Consejera 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 (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 60/2025 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. El presente Dictamen, solicitado por la Sra. Consejera de Sanidad el 11 de febrero de 2025 en escrito con registro de entrada en este Consejo Consultivo del mismo día, tiene por objeto la Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación formulada por (...), en nombre y representación de (...), por daños supuestamente causados por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La solicitud de dictamen es preceptiva, según los arts. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP) y 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC) -en la redacción anterior a la reforma operada por la Ley 5/2024, de 26 de diciembre, de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Canarias para 2025, aplicable de conformidad con la disposición final sexta, apartado 2 de la misma Ley 5/2024-. Toda vez que el dictamen fue solicitado por primera vez antes del 1 de enero de 2025 y fue emitido en el sentido de retrotraer el procedimiento para que fuera otorgado a la reclamante el debido trámite de audiencia, resulta aplicable a estos efectos el art. 11.1.D.e) LCCC en la redacción

[*] **Ponente: Sr. Pérez Hernández.**

anterior a la referida modificación operada por la Ley 5/2024, por lo que el Dictamen resulta preceptivo, al reclamarse más de 6.000 €.

Está facultada para solicitarlo la Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 de la citada ley.

3. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la Salud (SCS), según dispone el art. 60.1, apartado n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

No obstante, en virtud de la Resolución de 23 de diciembre de 2014 (BOC, n.º 4, de 8 de enero de 2015) de la Dirección del Servicio Canario de la Salud, se delega en la Secretaría General del mismo Servicio la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el SCS. Por ello, la resolución que ponga fin a este procedimiento debe ser propuesta por la Secretaría General, de conformidad con los arts. 10.3 y 16.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del SCS.

4. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva.

4.1. La reclamante tiene la condición de interesada, en cuanto titular de un interés legítimo [art. 4.1.a) LPACAP y art. 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP)], puesto que alega haber sufrido como consecuencia, presuntamente, del funcionamiento anormal del servicio público sanitario un daño corporal o físico cuyo resarcimiento reclama.

4.2. La legitimación pasiva corresponde a la Administración autonómica, concretamente al Servicio Canario de la Salud, organismo autónomo de dicha Administración, por ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

5. La reclamación ha sido interpuesta dentro del plazo de un año legalmente establecido en el art. 67.1, párrafo primero LPACAP, como resulta del expediente y se admite razonadamente por la administración.

6. El plazo para la tramitación de los expedientes de responsabilidad patrimonial es de seis meses, transcurridos los cuales, si no se notificara al interesado resolución expresa, se produciría silencio en sentido desestimatorio [art. 91.3 LPACAP]. Ello no obstante, la Administración está obligada a resolver y notificar a los interesados todos los procedimientos de manera expresa [art. 21 LPACAP].

En el presente supuesto se ha superado el plazo de seis meses que, para su resolución, establece el art. 91.3 LPACAP.

Es doctrina reiterada de este Consejo Consultivo que la demora producida no impide, sin embargo, la resolución del procedimiento y que sigue pesando sobre la Administración la obligación de resolver expresamente, a tenor de lo establecido en los arts. 21.1 y 24.3.b) LPACAP [DDCC 120/2015, de 9 de abril y 270/2019, de 11 de julio, entre otros].

II

La reclamante insta la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, presuntamente, por el funcionamiento del SCS, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue prestada, alegando en su escrito de reclamación los siguientes hechos:

«PRIMERA.- Que el 25 de noviembre de 2017 acudí al Servicio de Urgencias del Centro de Salud de Valterra y donde la Dra. (...) señala en su informe que: " (...) Motivo de consulta: (...) "Cefalea. Acude por cefalea desde hace 2 semanas, empeorando anoche (...) Historia Actual: (...) ap: No refiere. AP: No refiere acude por cefalea intensa sobre todo hemicara D que irradia a ojo D y zon cervical D desde hace 2 semanas que ha ido en aumento, anoche dolor intenso que tras medicación la dejó dormir se acompaña de fotofobia, náuseas, no otra clínica neurológica acompañante ha estado tomando ibuprofeno, nolotil, sin clara mejoría refiere antecedente de migraña tratada por neurología con sumíal hasta hace 1 mes aproximadamente sin cefalea mientras estaba con sumial (...) Diagnóstico Principal: Cefalea (...) ".

SEGUNDA.- Que el 30 de noviembre de 2017 a las 14:22 horas, y habiendo empeorado la migraña acudo al Servicio de Urgencias del Hospital Dr. José Molina Orosa, emitiendo un informe de alta por Dr. (...) a las 01:05 del día 30 de noviembre, en el que señala: " (...) Motivo de Consulta: Cefalea frontal (...) Historia Actual: Paciente de 44 años con historia de cefalea migrañosa de predominio en zona periorbitaria derecha, Acude a urgencias por presentar crisis migrañosa acompañada de fotofobia y cifras tensionales elevadas (...) Diagnóstico Principal: Cefalea tensional (...) ".

TERCERA.- Que ese mismo día, y al continuar con las migrañas, mareos, pérdida de sensibilidad y orientación vuelvo acudir ese mismo día 30 de noviembre de 2017 a las 16:00 horas, a Urgencias del Servicio de Neurología del Hospital General de Lanzarote, donde indican en su informe que: " (...) Enfermedad Actual: Desde hace dos semanas presenta cefalea continua de características habituales a las que presentaba en su migraña. Un testigo

no refiere datos de episodios de cefalea súbita. Ayer vista en Urgencias, con examen normal. Ya ayer la familia la nota despistada. Hoy se le aprecia más confusa y con bajo nivel de alerta, todo de modo aparentemente gradual. Exploración: Tendente al sueño. A estímulos abre ojos y obedece alguna orden perezosamente 3 y moviliza a la orden. Desorientada. (GCS 13). Rigidez nucal moderada, sin defensa. TA 140/75. Eupneica. Pruebas Complementarias: TC craneal: sangrado subaracnoideo sobre todo encisura de Silvio derecha y en menos medida perimesencefálico y lámina cuadrigémina y cisura interhemisférica anterior. No impresiona hematoma intraparenquimatoso. Impresiona moderada dilatación ventricular, con borramiento de surcos en hemisferio derecho, sin desplazamiento de línea media. Diagnóstico: Hemorragia subaracnoidea; probable aneurisma en bifurcación de ACM. Plan: Contacto con Neurocirugía para traslado. 17h Se acepta traslado. Contacto 112 que procurarán enviar helicóptero cuanto antes (...) ".

CUARTA.- Que me trasladan al Hospital Dr. Negrín, ese mismo día, donde urgencia donde se me interviene en quirófano de la aneurisma, emitiendo alta con fecha 19 de diciembre de 2017.

(...)

QUINTO. - Durante el año 2018, continuó con fuertes migrañas provocando que en enero de 2019 sea intervenida por una segunda aneurisma.

Informe de Alta del Servicio de Neurocirugía del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín de fecha 25 de enero de 2019, firmado por el Dr. (...) en el que señala: " (...) Motivo de Ingreso: Tratamiento quirúrgico de aneurisma de ACA incidental (...) La paciente fue intervenida el día 18.01.2019 practicándose craneotomía bifrontal y clipaje de aneurisma con apoyo de fluorescencia microquirúrgica (...) Diagnóstico Principal: Aneurisma de Aca derecha distal (...) "

SEXTO. - Que a día de hoy después de seguir las pautas del Servicio de Canario de Salud presento un estado actual que me impide hacer incluso las tareas habituales del día a día necesitando en muchas ocasiones la ayuda de otra persona.

Comenzando con un proceso de Incapacidad temporal el 27 de noviembre de 2017 hasta la estabilización de la secuelas que se determinaron mediante resolución del INSS de fecha 10 de mayo de 2019 en el que se reconoce una incapacidad permanente total para la profesión habitual previo dictamen propuesta del EVI. Dicha resolución fue recurrida por esta parte y devino en la Sentencia dictada por el Juzgado de lo Social núm. 1 de Arrecife de fecha 21 de febrero de 2020 por el que se reconoce una incapacidad permanente absoluta».

La reclamante considera que los daños sufridos son consecuencia de la deficiente asistencia sanitaria imputable a la Administración, pues la causa de la situación que presenta fue «*el error en el diagnóstico de la aneurisma a tiempo».*

No cuantifica en su reclamación inicial la indemnización que solicita, si bien, fuera del plazo concedido al efecto, concreta después la cuantía de la indemnización que reclama en la cantidad de 60.000 euros.

III

En cuanto a la tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial constan practicadas las siguientes actuaciones:

- Mediante escrito con registro de entrada en el Servicio Canario de la Salud el día 29 de abril de 2020, (...), actuando en nombre y representación de (...), insta la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, presuntamente, por el funcionamiento del SCS, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue prestada.

- A consecuencia de la declaración del estado de alarma, mediante Resolución n.º 779/20, de 24 de abril, del Presidente del Consejo de Dirección del SCS, se acuerda la continuación de la tramitación de los procedimientos administrativos considerados indispensables para la protección del interés general o para el funcionamiento básico de los servicios, en el ámbito del SCS. Y entre los procedimientos autorizados se encuentran los de responsabilidad patrimonial. En consecuencia, mediante escrito de fecha 7 de mayo de 2020, se solicita la conformidad de la reclamante para continuar la tramitación del expediente, solicitándose asimismo, la subsanación y mejora de la reclamación formulada. La reclamante manifiesta su conformidad en la continuación de la tramitación del expediente.

- Con fechas 12 de junio y 10 de julio de 2020 se requiere nuevamente a la reclamante para que subsane la solicitud formulada. Con fecha de registro de entrada 31 de julio de 2020 se presenta la documentación requerida.

- Con fecha 23 de septiembre de 2020 se admite a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta, acordándose incoar el expediente conforme al procedimiento legalmente establecido, así como comunicar a la interesada que se solicita a través del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) el informe del Servicio cuyo funcionamiento haya causado la presunta lesión indemnizable, que resulta preceptivo y determinante del contenido de la resolución, con suspensión del plazo de resolución del procedimiento por el tiempo que media entre la solicitud del

informe preceptivo y su recepción y, en todo caso, por un plazo máximo de tres meses. La Resolución administrativa de admisión a trámite de la reclamación interpuesta consta notificada en debida forma a la interesada con fecha 24 de septiembre de 2020.

- Con fecha 23 de septiembre de 2020 por el órgano instructor se solicita al SIP que, a la vista de la historia clínica y recabado el oportuno informe del Servicio cuyo funcionamiento haya causado la presunta lesión indemnizable, emita informe en el que se concreten las lesiones producidas, la presunta relación de causalidad entre los hechos alegados y la actuación del servicio público sanitario, la cuantificación, en su caso, de la indemnización procedente y, por último, cualquier otro extremo que considere de interés.

- Con fecha 27 de septiembre de 2023, el SIP, siguiendo instrucciones de la Secretaría General, procede al traspaso del expediente al Servicio de Normativa y Estudios, sin emitir su informe, a los efectos de continuar la tramitación, remitiendo la historia clínica de la paciente obrante en los correspondientes Centros de Atención Primaria y Especializada de Lanzarote y en el Hospital Dr. Negrín de Gran Canaria, así como informes del Servicio de Urgencias del Hospital Dr. José Molina Orosa y del facultativo que atendió a la paciente en el Servicio de Urgencias del Centro de Atención Primaria.

- Con fecha 13 de diciembre de 2023 se solicita a la reclamante, a los efectos de determinar la preceptividad del dictamen del Consejo Consultivo de Canarias, que cuantifique, si fuese posible, el importe de la indemnización solicitada, a cuyos efectos se le concede un plazo de cinco días hábiles. Recibida la notificación al día siguiente, en escrito presentado el 22 de diciembre de 2023, fuera del plazo concedido, la interesada cuantifica la indemnización que solicita en la cantidad de 60.000 euros.

- El 22 de diciembre de 2023 se elabora por la Secretaría General del SCS Propuesta de Resolución, en la que se desestima la reclamación de la interesada, que es remitida a este Consejo Consultivo para su preceptivo dictamen.

En esta Propuesta se hace constar que, a juicio del órgano instructor, en el caso que nos ocupa no resulta preceptivo el informe de la Asesoría Jurídica Departamental, dado que las cuestiones de derecho planteadas ya han sido resueltas en anteriores informes por el Servicio Jurídico.

- El 27 de diciembre de 2023 tiene entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen sobre la propuesta de resolución, el cual es emitido el 6 de febrero de 2024 (DCC 70/2024). En dicho Dictamen se concluye que la PR no era conforme a Derecho, debiendo retrotraerse las actuaciones a fin de recabar el pronunciamiento expreso -y motivado- del órgano instructor respecto a la posible prescripción de la acción indemnizatoria; evacuándose, previamente y a tales efectos, el correspondiente informe complementario del SIP (en el que, partiendo de lo alegado por la propia reclamante, se analice la concreta fecha de la curación o, en su caso, de estabilización de las secuelas padecidas).

Por otra parte, en el Dictamen se establece que, en el caso de que se considere que la reclamación se ha presentado dentro del plazo y que procede por ello que se analice el fondo del asunto, debe recabarse el informe del Servicio de Neurocirugía del Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín, que atendió a la paciente en la primera ocasión tras su traslado desde el Hospital de Lanzarote Dr. José Molina Orosa y en la segunda ocasión de forma programada, y en el que, a la vista de los síntomas padecidos, se valore la atención prestada.

- El 18 de octubre de 2024 el SIP remite informe al Servicio de Normativa y Estudios, en el que se concluye, en relación con la posible prescripción, que no se considera prescrita la acción en el momento de interponer la reclamación, con base en los siguientes motivos:

« (...) que en este caso existen secuelas neurocognitivas establecidas mediante valoración neuropsicológica el 28 de septiembre de 2018 y secuela de hemiparesia izquierda de predominio braquial estabilizada en la fecha de alta del Servicio de Rehabilitación el 1 de julio de 2019 por máxima mejoría alcanzable. Con carácter general el daño cerebral adquirido y sus secuelas neurológicas de origen central se consideran estabilizadas al año de su producción comoquiera que es el periodo dónde se pueden obtener ganancias funcionales con el tratamiento rehabilitador ya que no se va a mejorar sustancialmente la recuperación conseguida y es el momento de establecer las secuelas, sin perjuicio de los sucesivos tratamientos rehabilitadores de mantenimiento. La reclamación fue presentada el 29 de abril de 2020, por lo que considerando el día 1 de julio de 2019 como fecha más favorable en la que se determina el alcance de las lesiones, no se considera prescrita la acción en el momento de interponer la reclamación».

Toda vez que el SIP considera que la reclamación se ha presentado dentro de plazo, procede a analizar el fondo del asunto, recabando previamente el informe requerido del Servicio de Neurocirugía del Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín.

Tras el análisis de la historia clínica de la reclamante y de los informes de los distintos servicios implicados, el SIP concluye que la actuación del SCS fue acorde a la *lex artis* y que las secuelas neurocognitivas no tienen relación con un supuesto error y retraso diagnóstico alegados por la reclamante, sino con la propia naturaleza de la HSA (abreviatura de la expresión médica Hemorragia Subaracnoidea), puesto que la propia patología, aun recibiendo una asistencia sanitaria correcta, tiene una mortalidad hospitalaria del 30% y un alto porcentaje de secuelas neurocognitivas y funcionales en los supervivientes.

- El 20 de noviembre de 2024 se dicta por la Secretaría General del SCS Propuesta de Resolución, por la que se desestima la reclamación de la interesada, que es remitida a este Consejo Consultivo para su preceptivo dictamen.

- El 8 de enero de 2025 se emite nuevo Dictamen por este Consejo Consultivo (DCC 5/2025). En dicho Dictamen se concluye que la PR no es conforme a Derecho, debiendo retrotraerse las actuaciones para conferir el debido trámite de audiencia a la reclamante, tras la emisión del informe del SIP así como del informe del Servicio de Neurocirugía del Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín, de los cuales no se había dado traslado a la reclamante, a efectos de formular las alegaciones que considere oportunas, ya que tras su emisión se había dictado la nueva PR, sin el previo trámite de audiencia previsto en el art. 82 de la LPACA.

- El 16 de enero de 2025 y en cumplimiento de lo estimado en el citado Dictamen 5/2025, de 8 de enero, del Consejo Consultivo, se otorga efectivamente audiencia a la reclamante, sobre el informe y la documentación médica remitida por el SIP con fecha de 18 de octubre. Transcurrido el plazo conferido para ello, la parte reclamante no formula alegaciones.

- El 5 de febrero de 2025 se formula por la Secretaría General del SCS una nueva PR, en la que se propone la desestimación de la reclamación de la interesada, que es remitida a este Consejo Consultivo para su preceptivo dictamen.

IV

1. La responsabilidad de las Administraciones Públicas, en nuestro Ordenamiento Jurídico tiene su base en el art. 106.2 de la Constitución Española, al disponer que los particulares, en los términos establecidos por la Ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo casos de fuerza mayor, siempre que sean consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos.

La remisión a la ley que se contiene en el precepto constitucional conduce, actualmente, a la aplicación de capítulo IV del Título preliminar de la LRJSP, cuyo art. 32 dispone:

«Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley».

Y a partir de dicha regulación constitucional y legal, la jurisprudencia ha venido a establecer los requisitos de la responsabilidad patrimonial de la Administración en la siguiente formulación que encontramos expuesta, entre otras, en la sentencia del Tribunal Supremo (Sala 3.ª) de 5 de diciembre de 2014 (Sec. 6.ª, recurso n.º 1308/2012, ponente D.ª(...), Roj STS 4942/2014, FJ 3): «*la viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración requiere conforme a lo establecido en el art. 139 LRJAPAC: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas. b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor. d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta*».

En el concreto ámbito de la asistencia sanitaria, los principios que rigen la responsabilidad patrimonial de la Administración se recogen, entre otras muchas, en la sentencia del Tribunal Supremo de 19 de mayo de 2015 (Sec. 4.ª, recurso n.º 4397/2010, ponente (...), Roj STS 2494/2015, FJ 5), que se expresa del siguiente modo:

«En relación con la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, ha señalado este Tribunal con reiteración (por todas, sentencias de 21 de diciembre de 2012, dictada en el recurso de casación núm. 4229/2011 y 4 de julio de 2013, recaída en el recurso de casación núm. 2187/2010) que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en

todo caso, la sanidad o la salud del paciente, por lo que si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido ya que la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados.

Constituye también jurisprudencia consolidada la que afirma que el obligado nexo causal entre la actuación médica vulneradora de la lex artis y el resultado lesivo o dañoso producido debe acreditarse por quien reclama la indemnización, si bien esta regla de distribución de la carga de la prueba debe atemperarse con el principio de facilidad probatoria, sobre todo en los casos en los que faltan en el proceso datos o documentos esenciales que tenía la Administración a su disposición y que no aportó a las actuaciones. En estos casos, hemos señalado (Sentencias de 2 de enero de 2012, recaída en el recurso de casación núm. 3156/2010 y de 27 de abril de 2015, recurso de casación núm. 2114/2013 que, en la medida en que la ausencia de aquellos datos o soportes documentales puede tener una influencia clara y relevante en la imposibilidad de obtener una hipótesis lo más certera posible sobre lo ocurrido, cabe entender conculcada la lex artis, pues al no proporcionarle a los recurrentes esos esenciales extremos se les ha impedido acreditar la existencia del nexo causal».

Por tanto, en materia de responsabilidad patrimonial sanitaria, el criterio básico utilizado es el de la *lex artis*, de suerte que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados: la obligación del médico es prestar la asistencia debida, que quiere decir correcta, pero no le es exigible de garantizar en todo caso la curación del enfermo.

Por ello, la *lex artis* constituye el parámetro de actuación de los profesionales sanitarios, que permite valorar la corrección de los actos médicos imponiendo al profesional la obligación y el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida.

Finalmente, como hemos reiterado en múltiples ocasiones (Dictamen 124/2024, de 12 de marzo), según el art. 32.1 LRJSP, es requisito indispensable para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal o, acaso mejor dicho, el sustrato fáctico del nexo causal corresponde al reclamante, tal como establece la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone.

Sobre la Administración recae el *onus probandi* de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, o la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración y del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC) que permite trasladar el *onus probandi* a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012, Rec. 4891/2011).

2. Sentada la anterior doctrina, a los efectos de analizar si en el presente caso se ha producido una infracción de la *lex artis* y si existe el necesario nexo causal entre esa actuación médica vulneradora de la *lex artis* y el resultado lesivo o dañoso producido, es preciso partir del relato fáctico referido a la asistencia sanitaria dispensada por el SCS extraído del informe emitido por el Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del SCS, de la historia clínica, de los informes emitidos por los diferentes Servicios que intervinieron en la atención a la paciente, así como de la documentación aportada por la reclamante durante la tramitación del procedimiento y de su propio relato.

Y, llegados a este punto, hay que poner de relieve a la hora de valorar la praxis médica, la importancia que tienen a efectos probatorios los datos anotados en la historia clínica del paciente**,** que presumiblemente han de ser el fiel reflejo de su estado y evolución y de la asistencia sanitaria dispensada, mediante las anotaciones de quienes la prestan, hechas en el momento en que se lleva a cabo la consulta y la asistencia, complementadas con las notas, datos, imágenes y resultados de pruebas diagnósticas que se efectúen, y que hoy, por otro lado, se mantiene todo ello digitalizado y archivado también digitalmente, permitiendo su trazabilidad y la conservación de su contenido y dificultando su acceso indebido o su pérdida o dispersión y desaprovechamiento, hasta el punto de que la correcta práctica de todo ello ha de considerarse también incluida entre las exigencias de la *lex artis.*

La pretensión indemnizatoria se sustenta en la existencia de una infracción de la *lex artis* en la atención dispensada a la reclamante, concretamente en el error de diagnóstico del aneurisma intracraneal, y, por consiguiente en un retraso diagnóstico que ocasionó u ocasionaron, según ella, las secuelas neurológicas y de otro tipo que padece. [Folios 10 y siguientes, descripción de los padecimientos que conducen a la

declaración de invalidez o incapacidad, en el grado y las condiciones que allí se indican, así como la sentencia del Juzgado de lo Social que le reconoce una *incapacidad permanente absoluta*].

La cuestión a resolver, por tanto, es si a la vista de la sintomatología que presentaba la paciente los días 25 y 29 de noviembre de 2017 cuando acudió a su Centro de Salud y al Servicio de Urgencias del HDJMO, debió sospecharse la existencia de un cuadro neurológico agudo y por tanto, haberse realizado otras pruebas diagnósticas, como un TAC cerebral, para descartar patología neurológica, y si hubo retraso en el diagnóstico y si, caso de haberlo, fue determinante del resultado final, o si por el contrario aunque se hubiera diagnosticado el aneurisma y la hemorragia con anterioridad, no se hubieran podido evitar las secuelas que padece.

Para determinar si existió tal error y por tanto retraso en el diagnóstico que se imputa al SCS, es preciso esclarecer, a través del contenido de la historia clínica y de los documentos anexos o complementarios, el devenir de los acontecimientos controvertidos, teniendo en cuenta, además, el parecer o valoración que sobre ellos aportan los distintos especialistas a través de sus respectivos informes.

De este modo, los hechos relevantes relativos a la asistencia sanitaria, extraídos de la documentación clínica obrante en el expediente, son los siguientes:

- (...), con 44 años en el momento de los hechos, con antecedentes de migrañas (más de diez años de evolución), hipertensión arterial (28/11/2017) y trastorno ansioso-depresivo (valorada en Unidad de Salud Mental de referencia) acude el día 25 de noviembre de 2017 al Servicio de Urgencias de Atención Primaria del Centro de Salud de Valterra para consultar por un cuadro de cefaleas de dos semanas de evolución, que ha empeorado por la noche. Describe la cefalea localizada sobre todo en *hemicara* derecha que irradia a ojo derecho y región cervical derecha, acompañada (la cefalea) de fotofobia y náuseas, sin otra clínica neurológica. Por la noche tomó analgesia y pudo dormir. Durante la anamnesis la paciente comentó antecedentes de migraña, valorada por el Servicio de Neurología donde le indicaron tratamiento preventivo con *sumial* (principio activo propanolol, es un fármaco betabloqueante usualmente eficaz para prevenir las migrañas) que estaba tomando hasta hacía un mes, sin cefalea mientras tenía este tratamiento.

Se realizó la exploración física neurológica sin hallazgos patológicos. Se aconsejó tratamiento intravenoso que la paciente rehusó, de modo que como alternativa se prescribió analgesia vía oral (metamizol o nolotil), diazepam (benzodiazepina

administrada de forma coadyuvante a la analgesia en busca de un estado de relajación que ayudaría a conseguir una mejoría sintomática de la migraña) y oxigenoterapia (administración de oxígeno a través de mascarilla o cánula nasal con el objetivo de aliviar la migraña). Tras esta asistencia inicial se realizó medición de tensión arterial objetivando mejoría significativa (180/109 mmHg inicialmente, 139/80 mmHg posteriormente), por lo que se decidió administrar analgesia intramuscular (enantyum) y se le recomendó control de tensión arterial en consulta de enfermería.

La paciente acudió a consulta de enfermería para control de tensión arterial y el día 28 de noviembre de 2017 tuvo cita con su Médico de Atención Primaria (MAP en adelante) que, al revisar las cifras de tensión arterial registradas, estableció el diagnóstico de Hipertensión arterial e indicó tratamiento antihipertensivo (Enalapril) así como tratamiento preventivo para sus crisis migrañosas (Flunarizina).

El Inspector médico del SIP, en su informe, considera que en este primer contacto fue atendida estableciendo un juicio clínico acorde a la sintomatología presentada y tratada con evolución satisfactoria. Por tanto la actuación debe estimarse acorde a la *lex artis*.

- Al día siguiente de haber estado en consulta de su MAP, el 29 de noviembre de 2017 a las 14:22 horas, entró al Servicio de Urgencias del Hospital Doctor José Molina Orosa (HDJMO en adelante) para ser valorada por cuadro de cefalea frontal asociando fotofobia y fonofobia y cifras de tensión arterial elevada. En la exploración física la paciente se encuentra alerta, consciente, orientada, hidratada, pares craneales normales, afectada por dolor, fuerza y tono muscular simétrico. Se indicó analgesia y se revaloró a la paciente que presentaba buen estado general, mejoría sintomática y normalización de la tensión arterial (130/90 mmHg) por lo que fue dada de alta a la 1:05 h del 30 de noviembre de 2017.

El SIP valora dicha asistencia como acorde a la *lex artis*, señalando que se actuó de acuerdo al protocolo vigente para el manejo de la cefalea. Señala al respecto que **«***Atendiendo a los datos obtenidos de la anamnesis y exploración física los días 25 y 29 de noviembre se llegó sospechar la existencia de una cefalea primaria, en concreto una cefalea migrañosa que se caracteriza por dolor de horas-días de evolución, unilateral y suele asociar náuseas. Una cefalea con características de migraña, exploración neurológica normal y ausencia de signos de alarma puede manejarse sin hacer más estudios [2], por tanto, en este caso se actuó correctamente de acuerdo a la literatura y protocolos establecidos para el manejo de la cefalea. Cabe comentar que a la exploración física lo único que destacaba era*

la presencia de una tensión arterial elevada dato que puede acompañar cualquier cuadro clínico que curse con dolor y que además se había resuelto en el momento del alta».

- Unas pocas horas después, la mañana del 30 de noviembre de 2017 a las 10:24 h, volvió a acudir al Servicio del Urgencias del HDJMO por cuadro de cefalea y desorientación.

En la anamnesis se resume que la paciente había comenzado hacía dos semanas con cuadro de cefalea con características habituales a las de su migraña, sin haber presentado cefalea súbita. El día previo la exploración física, incluyendo la exploración neurológica, fue normal. Pero ese día, en ese momento, la anamnesis es casi imposible porque la paciente no responde. Muy lenta, refiere tener cefalea sin vómitos. No está orientada. Los familiares comentan que no está orientada desde que estuvo en urgencias ayer. La familia la nota despistada desde ayer y hoy se le aprecia más confusa y con bajo nivel de alerta, todo de modo aparentemente gradual.

A la exploración física destacaba la desorientación pero obedecía algunas órdenes, GSC 13 (Glasgow Coma Score o Escala de Glasgow, es una escala utilizada para evaluar el estado de alerta cuya puntuación puede ser de 3-15 puntos, indicando una puntuación de 13 una alteración leve) y presentaba rigidez de nuca moderada. Tendente al sueño. No se mantiene de pie, y habla muy lento.

Ante estos hallazgos clínicos y la exploración física se decidió realizar TAC cerebral urgente estableciéndose el diagnóstico de Hemorragia subaracnoidea (HSA en adelante; sangrado en el espacio entre el cerebro y la membrana que lo rodea), por lo que fue trasladada con carácter urgente en helicóptero al Servicio de Neurocirugía de referencia en el Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín (HUGCDN en adelante).

El SIP considera, en relación con esta asistencia que, en esta ocasión aparece un nuevo síntoma que es la *«desorientación que no había presentado en las valoraciones previas en SUAP ni SUH [Siglas Servicios de urgencias de Atención Primaria y del Hospital]. En ese momento presentaba una exploración neurológica alterada con disminución del nivel de conciencia por lo que se indicó realizar TC craneal urgente estableciendo el diagnóstico de HSA.*

(...)

Las pruebas de neuroimagen, como la TC [Siglas de Tomografía Computarizada], aportan información para el estudio de una cefalea con señales de alarma y están orientadas a descartar procesos orgánicos expansivos o hemorragias, sin embargo, la cefalea como único

síntoma clínico con características sugestivas de cefalea primaria (migraña o cefalea tensional) y con exploración neurológica normal no es criterio para realizar una TC, prueba que además no está exenta de riesgos, dado su alto nivel de radiación (radiación de 2mSv equivalentes a 50 radiografías de tórax).

En el caso en estudio, la paciente presentaba inicialmente clínica y exploración sugestivas de cefalea primaria por lo que no estaba indicada la realización de una prueba de neuroimagen, la cual se hizo necesaria cuando aparecieron datos de alarma como fue la disminución del nivel de conciencia. A la vista de lo anterior, se realizó la TC en cuanto hubo indicación de hacerla, y realizarla previamente no hubiese cambiado el pronóstico puesto que se ha visto que en el 2-5% de los pacientes esta prueba es normal el primer día y además no se aconseja realizar arteriografía cerebral las primeras seis horas por aumentar el riesgo de resangrado, es decir, se mantuvieron unos tiempos adecuados diagnóstico-terapéuticos acorde a la literatura existente.

(...) se realizó el TC craneal en el momento que estuvo indicado por datos obtenidos de la clínica y la exploración física, y haberlo realizado antes, además de que no estaba indicado por tratarse de una prueba no inocua, no hubiese cambiado el curso evolutivo ni el pronóstico».

- Tras el diagnóstico se trasladó en helicóptero para valoración por el Servicio de Neurocirugía de referencia en el HUGCDN donde se completó estudio con realización de AngioTC (tomografía computarizada con contraste para ver vasos sanguíneos) descubriendo un aneurisma (abombamiento anormal de las paredes de un vaso sanguíneo) en la salida de la arteria comunicante posterior derecha (AcoP derecha en adelante) así como aneurisma dependiente de arteria cerebral anterior (ACA en adelante) incidental, esto es, que no era responsable de la clínica que presentaba la paciente en ese momento.

Ante esta situación se trasladó a la paciente a quirófano para colocación de drenaje ventricular externo (DVE en adelante: inserción de un catéter en un ventrículo cerebral con salida al exterior para controlar la presión intracraneal y o permitir el drenaje de líquido cefalorraquídeo). Tras la intervención se realizó Arteriografía (consiste en introducir un catéter dentro de las arterias con inyección de contraste para verlas en tiempo real mediante realización de radiografías) lo que permitió ver las características del aneurisma de la AcoP derecha llevando a cabo sin incidencias la embolización (técnica mediante la cual se ocluye el vaso sanguíneo con el objeto de detener la hemorragia).

Por tanto, fue tratada con colocación de una DVE y posterior embolización del aneurisma de AcoP derecha sin incidencias.

Tras la intervención se mantuvo en Unidad de Medicina Intensiva (UMI en adelante) sin complicaciones salvo cefalea intensa por lo que se realizó Ecodoppler transcraneal con signos de vasoespasmo leve (contracción involuntaria de vasos sanguíneos que puede reducir el flujo de sangre y que suele aparecer como complicación de la HSA), pero sin repercusión por lo que no precisó tratamiento adicional y se trasladó a planta de hospitalización a cargo del Servicio de Neurocirugía.

Una vez en planta, el 9 de diciembre de 2017, tuvo un episodio de somnolencia por lo que ante la sospecha de vasoespasmo se trasladó a UMI dónde se realizó Ecodoppler transcraneal sin hallazgos patológicos por lo que se mantuvo una actitud expectante. En UMI presentó picos febriles por lo que se realizó cultivo de líquido cefalorraquídeo (LCR en adelante; líquido que circula por el sistema nervioso central) con resultado positivo para una bacteria (Acinetobacter) por lo que se inició antibioterapia endovenosa, sin embargo el resto de cultivos y estudios de laboratorio resultaron negativos por lo que se consideró que se trataba de una contaminación del catéter por lo que fue sustituido.

Una vez estabilizada se trasladó nuevamente a la planta de hospitalización a cargo del Servicio de Neurocirugía, donde se retiró el catéter sin incidencias presentando una evolución adecuada, es decir, la cefalea estaba controlada con analgesia habitual, se mantuvo afebril, toleraba la vía oral y deambulaba sola. Desde el punto de vista neurológico GCS 14-15 por episodios ocasionales de confusión.

Durante el ingreso se realizaron TC cerebrales seriados observando resolución de la HSA. Dada la evolución adecuada se comentó el caso en el Comité de Vascular decidiendo alta el 21 de diciembre de 2017 con programación de Arteriografía de control en seis meses.

- Tras el alta se trasladó a su municipio de residencia en la isla de Lanzarote. A las 72 horas del alta, el 24 de diciembre de 2017, acudió al Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH en adelante) del HDJMO por drenaje de la herida quirúrgica siendo valorada por el neurólogo de guardia quién decidió indicar antibiótico hasta ser valorada en consulta por sospecha de fístula de LCR.

- A los tres días, el 28 de diciembre de 2017, volvió a consultar por el mismo motivo por lo que se decidió tratar el caso con el Servicio de Neurocirugía del

HUGCDN quiénes recomendaron colocar puntos de afrontamiento para el cierre de la herida.

- Más de diez días después, el 9 de enero de 2018, volvió a consultar en el SUH del HDJMO por cefalea holocraneal, vómitos y *tiritona*, destacando a la exploración física algo de confusión y rigidez nucal, por lo que se realizó TC craneal con signos de hidrocefalia (aumento de líquido en ventrículos cerebrales que aumenta la presión intracraneal) sin sangrado. Durante su estancia hospitalaria presentó pico febril por lo que se extrajo hemocultivo (muestra de sangre para buscar microorganismo causante de infección), se inició antibioterapia y se trasladó al Servicio de Neurocirugía de referencia en el HUGCDN por sospecha de fístula de LCR.

- Fue ingresada a cargo del Servicio de Neurocirugía del HUGCDN donde describen una exploración física neurológica dentro de la normalidad, herida limpia sin signos de infección ni salida de LCR salvo por los puntos de sutura al agachar la cabeza. Se mantuvo ingresada durante una semana siendo dada de alta el 15 de enero de 2018 con TC craneal de control sin cambios y sin que se confirmara la presencia de fístula de LCR.

- El 3 de julio de 2018 ingresó de forma programada a cargo del Servicio de Neurocirugía en HUGCDN para realización de Arteriografía de control en la que se objetivó aneurisma AcoP derecha embolizado y excluido (esto es una evolución adecuada del tratamiento realizado) y un pequeño aneurisma de la arteria pericallosa derecha (ya conocido como aneurisma incidental en el estudio previo). Fue dada de alta al día siguiente de la arteriografía que cursó sin incidencias.

- A la vista de este resultado, el caso fue tratado en el Comité de Vascular decidiendo que la mejor opción terapéutica para el aneurisma detectado de forma incidental era el tratamiento quirúrgico mediante clipaje (cierre del aneurisma mediante clips quirúrgicos para excluirlo de la circulación) con un fin preventivo, es decir, evitar una rotura futura, por lo que ingresó de forma programada el 17 de enero de 2019 para intervenirse, cursando sin incidencias aunque con alta demorada hasta el día 6 de febrero de 2019 por problemas de cicatrización resueltos.

- Durante el curso evolutivo y seguimiento fue derivada al Servicio de Psiquiatría del HUGCDN por trastorno neurocognitivo secundario a HSA aneurismática, siendo valorada el 24 septiembre de 2018 comentando en ese momento dificultad para la movilidad de miembro superior izquierdo y quejas de dolor inespecífico con incapacidad para vida normalizada por el dolor que le hace tomar analgesia y

tumbarse. Se realizaron pruebas que mostraban una ligera afectación de la memoria y la atención, concluyendo como juicio diagnóstico de esa valoración una ligera afectación que pudiera corresponderse con el área fronto-subcortical. Fue dada de alta de esta consulta con recomendación de acudir nuevamente si presentaba cambios en la clínica.

- En diciembre de 2018, tuvo cita con el Servicio de Rehabilitación dónde se estableció el diagnóstico de hombro congelado sobre hemiparesia secundaria a HSA para lo que recibió fisioterapia y terapia ocupacional hasta el 1 de julio de 2019 que fue dada de alta por estabilización de la situación y máxima mejoría alcanzable**.**

- Mantuvo seguimiento por el Servicio de Neurología del HDJMO refiriendo en enero de 2019 cefalea hemicraneal derecha por lo que se le indicó tratamiento profiláctico con toxina botulínica que la paciente rechazó por temor a las agujas de modo que se indicó como alternativa flunarizina (fármaco empleado como profilaxis de migraña, antecedente personal que la paciente padecía previo a la HSA).

En mayo de 2019 tuvo cita de revisión refiriendo mejoría marcada con flunarizina por lo que se indicó continuarla y revisión a los 6 meses, recomendando en ese momento cambiar el tratamiento profiláctico por metoprolol (otro fármaco empleado como profilaxis de migraña) por su facilidad de uso de forma continuada. En la cita de revisión telefónica en abril de 2020 se encontró que se encontraba bien hasta las últimas semanas con dolor más frecuente que coincidía con el confinamiento.

- Tras las intervenciones realizadas también ha mantenido seguimiento estrecho por parte del Servicio de Neurocirugía del HUGCDN.

En marzo de 2019, dos meses tras la cirugía del aneurisma incidental, tuvo cita de revisión refiriendo mayor lentitud y torpeza en los movimientos, así como olvidos frecuentes. Se realizó TC craneal sin objetivar dilatación ventricular (resultado dentro de lo esperado).

En junio de 2019 tuvo nueva cita de revisión con el Servicio de Neurocirugía HUGCDN describiendo buena evolución por lo que se indicó revisión en un año.

Última cita de revisión en abril de 2024, informándose en ella del resultado angioTC sin mostrar aneurismas *de novo* y los previos excluidos de la circulación, es decir, un resultado satisfactorio de los tratamientos realizados.

Sentados los hechos anteriores, que se constatan en el expediente, procede establecer las siguientes consideraciones relevantes para fundamentar nuestro Dictamen:

A) En cuanto al síntoma inicial de las cefaleas, informa el Servicio de Urgencias del HDJMO (folios 489-492), que es un motivo de consulta muy frecuente en el ámbito de urgencias. La migraña es un tipo de dolor de cabeza que suele ser bastante característico. Afecta típicamente a una mitad de la cabeza y puede acompañarse de otros síntomas como náuseas o malestar general (a veces intenso). Algunos episodios de migraña son intensos y a los pacientes les cuesta controlar los síntomas con medicación oral, por lo que acuden a los servicios de urgencias donde pueden necesitar medicación intramuscular o intravenosa para su control. También es típico que el paciente haya presentado este tipo de episodios anteriormente. Se dice en el informe de los folios referidos:

«El diagnóstico diferencial de las cefaleas es muy amplio. Muchas patologías pueden dar dolor de cabeza y su severidad y trascendencia son muy variadas. En cualquier caso, la inmensa mayoría de los casos de cefalea que llegan a Urgencias son producidas por problemas no graves: cefaleas tensionales, migrañas, rinosinusitis o viriaris banales. Unos pocos casos se deben a tumores intracraneales, hemorragias subaracnoideas, meningitis, ictus hemorrágicos, etc. Cuando el médico de Urgencias valora un paciente con cefalea debe buscar signos de alarma que sugieran una causa poco habitual. El caso que nos ocupa no solo no presentaba ninguno de estos signos de alarma sino que todas sus características sugerían otro episodio más de migraña, casi idéntico al que sufrió un año antes: inicio no brusco, localización hemicraneal, antecedentes claros y frecuentes de crisis similares (casi idénticas) que han comenzado a presentarse antes de los 50 años. Alguien podría pensar que, para distinguir todo esto, podría ser buena idea hacer una TAC craneal a todos los pacientes con cefalea. Hacer esto sería muy poco práctico porque la mayor parte de la población debería hacerse un número considerable de TAC craneales durante su vida. Se necesitarían muchas máquinas de TAC y muchos médicos dedicados solo a esa tarea. Aunque pudiéramos resolver esto, la TAC no es una técnica sin efectos secundarios. La dosis de radiación que recibe el paciente es considerable y supone un riesgo de daño celular y de neoplasias en el futuro. Con la resonancia magnética tendríamos problemas similares. Si comparamos con la TAC, lleva aún más tiempo realizar e interpretar esta prueba. Además, no todos los pacientes pueden someterse a una resonancia y es un método peor para valorar algunos aspectos iniciales de la hemorragia subaracnoidea. Las recomendaciones, en todo el mundo, van en este sentido: hacer TAC craneal solo a un pequeño subgrupo de pacientes con dolor de cabeza, aquellos que presentan los signos de alarma descritos (American College of Radiology ACR Appropriateness Criteria. Headache).

Nuestra paciente refería dolor frontal y periorbitario derecho que se había iniciado de forma progresiva y que no había podido controlar con medicación oral. Esto mismo le había sucedido anteriormente. Por ejemplo, el 8 de octubre de 2016, un año antes del episodio que

nos ocupa, había consultado en nuestro Servicio de Urgencias por un dolor de cabeza de localización frontal y periorbitario derecho que se había iniciado de forma progresiva y que no había podido controlar con medicación oral durante las dos semanas anteriores. Ya en ese episodio de 2016 refiere migrañas cuando se le pregunta por enfermedades anteriores. En la tarde del 27 de noviembre de 2017, una vez hecha la anamnesis, el médico de Urgencias de nuestro Servicio realizó una exploración neurológica en la que no encontró más datos relevantes, a parte de la hipertensión arterial que a veces puede acompañar a cualquier cuadro que curse con dolor intenso de cualquier origen.

(...)

En el primer episodio de cefalea por el que consultó en Urgencias, la paciente no presentaba datos sugestivos de sufrir una hemorragia subaracnoidea y el personal que la atendió siguió la lex artis».

Por su parte, el Servicio de Neurocirugía del HUGCDN informa que las dos ocasiones en que acudió al servicio de urgencias, previo al diagnóstico, en los detalles descritos en la HC no se desprende la sintomatología típica de la HSA que es una cefalea de inicio súbito e intenso con rigidez nucal, de hecho se hace referencia a los antecedentes migrañosos de la paciente, cuestión esta que es una de las principales causas de confusión para el diagnóstico de HSA.

Al respecto, el SIP informa:

«La Clasificación Internacional de Trastornos de Cefalea 3ª edición (ICHD-3) distingue entre cefaleas primarias (migraña y cefalea tensional) y secundarias (cefalea como síntoma de otra patología), repitiéndose en la literatura médica el dato de que el 90% de las cefaleas son primarias y encontrándose un registro de incidencia anual de cefaleas graves en atención primaria del 0,02%. Por tanto, la mayoría de las cefaleas atendidas en atención primaria no suponen un riesgo vital.

Para el estudio de la cefalea la anamnesis es fundamental, incluyendo datos como la temporalidad (¿cuándo empezó?), las características (¿tardó en instaurarse?, ¿dónde se localiza?, ¿síntomas asociados?) y la respuesta (¿ha tomado analgesia?)[1]. En el caso que nos ocupa estos datos se incluyeron en las valoraciones realizadas y además se descartó la presencia de datos de alarma (no presentación aguda, no antecedente traumático, no fiebre, no afectación del estado general ni del nivel de conciencia, no focalidad neurológica, etc.). Atendiendo a los datos obtenidos de la anamenesis y exploración física los días 25 y 29 de noviembre se llegó sospechar la existencia de una cefalea primaria, en concreto una cefalea migrañosa que se caracteriza por dolor de horas-días de evolución, unilateral y suele asociar náuseas. Una cefalea con características de migraña, exploración neurológica normal y ausencia de signos de alarma puede manejarse sin hacer más estudios [2], por tanto, en este

caso se actuó correctamente de acuerdo a la literatura y protocolos establecidos para el manejo de la cefalea.

Cabe comentar que a la exploración física lo único que destacaba era la presencia de una tensión arterial elevada dato que puede acompañar cualquier cuadro clínico que curse con dolor y que además se había resuelto en el momento del alta».

B) En cuanto a la hemorragia subaracnoidea (HSA):

El Servicio de Urgencias del HDJMO, explica en su informe que *«es una patología grave con mal pronóstico vital y funcional (Steiner; Aneurysmal subarachnoid hemorrhage: Treatment and prognosis, UpToDate)). Muchos pacientes, hasta un 12%, fallecen antes incluso de llegar a un hospital. Entre el 25 y el 30% fallece en el primer día de estancia hospitalaria y hasta el 60 % fallece en el primer mes de evolución. Entre los supervivientes, muchos quedan con secuelas neurológicas entre leves y muy graves (Huang)».*

En la misma línea el Servicio de Neurocirugía explica que es una patología con alta morbilidad y mortalidad, de forma aproximada el 33% de los pacientes que lo sufren mueren, otro 33% queda con secuelas que le impiden llevar una vida con normalidad y el otro 33% logran incorporarse a su vida con normalidad.

Además, en los informes se explica que el tratamiento invasivo es muy delicado y consiste en cerrar el aneurisma -un pequeño «*globo*» de unos pocos milímetros que puede romperse en cualquier momento- sin dañar la arteria a la que está conectado y que suele medir alrededor de 1 mm. Aunque estos procedimientos se hagan correctamente y el resultado inicial sea bueno, en las primeras semanas ocurren con frecuencia otras complicaciones graves para cuya prevención y tratamiento tenemos muy pocas armas realmente eficaces.

C) En cuanto a la causa de las secuelas neurológicas y de otro tipo que presenta la reclamante:

El SIP informa que *la paciente fue tratada dentro del tiempo estimado adecuado por las guías de práctica clínica, en los primeros tres días, evitando el resangrado que como se ha descrito es el objetivo principal del tratamiento. Por tanto, el pronóstico no hubiese cambiado al realizar un tratamiento de forma todavía más precoz, pues se consiguió el objetivo principal del mismo.*

(...)

El manejo diagnóstico-terapéutico de la paciente se llevó a cabo dentro de los tiempos establecidos en las guías de práctica clínica con resultado exitoso siendo dada de alta en diciembre de 2017 sin secuelas evidentes a la exploración física.

Explica el Servicio de Neurocirugía que es frecuente que estos pacientes puedan tener secuelas de tipo neuropsicológico como trastorno de la atención, trastorno de memoria, trastornos sutiles del lenguaje, etc. En el caso de esta paciente fue valorada por neuropsicología emitiéndose informe de 24 de septiembre de 2018 que dice: *«Los resultados muestran ligera afectación de la memoria y la atención. Aumento de la velocidad de procesamiento respecto a la población normal. Se observa cierta perseverancia que se relaciona a la dificultad presente en la paciente para alternar respuestas, sugiriendo cierta perseverancia. Diagnóstico y recomendaciones: ligera afectación que pudiera corresponderse con área fronto-subcortical".*

Por tanto, esta paciente podemos situarla entre las que se quedaron con alguna secuela (neuropsicológica) que le impide desarrollar su vida como antes de la HSA.

Todos los informes que obran en el expediente coinciden en establecer que las secuelas no tienen relación con ningún retraso en el tratamiento sino con la propia naturaleza de la hemorragia subaracnoidea, una enfermedad grave en la que, globalmente, la mitad de los pacientes fallecen.

Según el informe del Servicio de Urgencias, las secuelas neurológicas de la paciente no se debieron a un retraso en el tratamiento sino a la propia naturaleza de la hemorragia subaracnoidea, cuya mortalidad global llega hasta el 50%; en el subgrupo clínico de este caso, produce la muerte, estado vegetativo o discapacidad severa con dependencia de otras personas en el 42% de los pacientes.

En el informe del Servicio de Neurocirugía se concluye que, en este caso, el resultado de la hemorragia no hubiera sido distinto de haberse diagnosticado y tratado antes el aneurisma roto. De hecho es sumamente conocido que pacientes diagnosticados y tratados adecuadamente en las primeras horas tras la rotura del aneurisma pueden evolucionar de forma catastrófica».

Y el SIP también concluye que *«Se realizó el TC craneal en el momento que estuvo indicado por datos obtenidos de la clínica y la exploración física, y haberlo realizado antes, además de que no estaba indicado por tratarse de una prueba no inocua, no hubiese cambiado el curso evolutivo ni el pronóstico.*

El tratamiento llevado a cabo por el Servicio de Neurocirugía del HUGCDN fue exitoso logrando el objetivo principal del tratamiento que es evitar el resangrado, responsable del 50-70% de la mortalidad.

Las secuelas neurocognitivas no tienen relación con el alegado retraso diagnóstico sino con la propia naturaleza de la HSA quedando constatado que aún en las mejores manos persiste una mortalidad hospitalaria del 30% y un alto porcentaje de secuelas neurocognitivas y funcionales en los supervivientes».

3. Analizadas objetivamente las circunstancias acaecidas no se detecta ninguna acción que sea contraria a la *lex artis.*

Ha de tenerse en cuenta que no existe otra exigencia de comportamiento a los facultativos que la de prestar la asistencia sanitaria aconsejable técnicamente en cada caso según el estado de la ciencia, la técnica y los conocimientos generales de la medicina, con los medios adecuados que estén a su alcance, pero no la de garantizar un resultado, por lo que la obligación de indemnizar solo surgirá cuando se demuestre que la actuación de los servicios sanitarios fue defectuosa o negligente, ya sea en el diagnóstico de la enfermedad o en su tratamiento.

En el presente caso, queda acreditado que se siguieron las pautas diagnósticas y terapéuticas establecidas en estos casos, no existiendo evidencia de una asistencia contraria a la *lex artis,* siendo la atención que recibió la paciente y los medios utilizados los ajustados a la clínica presentada, y no siendo posible establecer la existencia de un nexo causal entre las secuelas y una supuesta inadecuada atención, respecto de la cual no existe prueba de su existencia. La evolución de la paciente no es achacable a un mal manejo clínico del caso, sino consecuencia de la propia patología que sufrió la reclamante, la cual presenta una elevada morbimortalidad, que afortunadamente, en este caso no se presentó de modo fatal o grave, quedando secuelas cognitivas y funcionales típicas en los supervivientes tras una HSA.

En conclusión, una vez examinado con el debido y habitual detenimiento todo el contenido del expediente remitido, y habida cuenta de que igualmente la reclamante no ha aportado ningún elemento probatorio que permita considerar demostrado que la prestación sanitaria haya sido inadecuada o contraria a las exigencias derivadas de la *lex artis ad hoc*, es por lo que se entiende que no procede declarar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria; y, en consecuencia, se considera conforme a Derecho la Propuesta de Resolución remitida a este Consejo Consultivo. No se evidencia la existencia de mala praxis médica en la atención prestada, ni la propia reclamante ha incorporado al expediente informe o argumento acreditado que pueda contradecir la corrección de la intervención practicada.

De los informes obrantes en el expediente emitidos por los Servicios asistenciales del Servicio Canario de la Salud que atendieron a la paciente, así como por el Servicio de Inspección, sostenidos en la historia clínica y la documentación complementaria se debe inferir que no se han vulnerado las buenas prácticas médicas en el curso de la atención otorgada y que, por lo tanto, la actuación dispensada fue conforme a *lex artis*. Por tanto, el resultado final y el estado de la paciente no está relacionado causalmente con la asistencia sanitaria dispensada por el Servicio Canario de la Salud, sino que está relacionado directamente, en relación de causa a efecto, con la patología que padeció y los propios riesgos inherentes a la misma.

En definitiva, la adecuación a la *lex artis* de la asistencia sanitaria prestada supone la inexistencia del necesario nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y los daños por los que se reclama, y, por ende, impide, al ser un requisito esencial para ello, el surgimiento de la responsabilidad de la Administración prestadora del servicio, por lo que se ha de concluir que la Propuesta de Resolución, que desestima la pretensión resarcitoria de la reclamante, es conforme a Derecho.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial se considera conforme a Derecho.