

<p><b>Expediente:</b> 44/2009 <b>Objeto:</b> Responsabilidad patrimonial de la Administración Foral de Navarra por asistencia sanitaria. <b>Dictamen:</b> 48/2009, de 17 de diciembre</p>
---

## **DICTAMEN**

En Pamplona, a 17 de diciembre de 2009,

el Consejo de Navarra, integrado por don Enrique Rubio Torrano, Presidente; don José Antonio Razquin Lizarraga, Consejero-Secretario; y los Consejeros don Alfredo Irujo Andueza, don José Iruretagoyena Aldaz, don Julio Muerza Esparza, don Eugenio Simón Acosta y don Alfonso Zuazu Moneo,

siendo ponente don Enrique Rubio Torrano,

emite por unanimidad el siguiente dictamen:

### **I. ANTECEDENTES**

#### **I.1ª. Consulta**

El día 9 de noviembre de 2009 tuvo entrada en este Consejo escrito del Presidente del Gobierno de Navarra a través del que, con cita expresa de los artículos 16 y 19 de la Ley Foral 8/1999, de 16 de marzo, modificada por la Ley Foral 25/2001, de 10 de diciembre, del Consejo de Navarra (en adelante, LFCN), se nos remite para dictamen el expediente de responsabilidad patrimonial promovido por doña ... y sus hijos don ... , doña ... y doña ... , por daños derivados del fallecimiento de don ...

Se acompaña el expediente administrativo tramitado como consecuencia de la indicada reclamación de responsabilidad patrimonial, incluyendo propuesta de resolución y la Orden Foral 143/2009, de 30 de octubre, de la Consejera de Salud, ordenando solicitar dictamen preceptivo de este Consejo, suspender el plazo para la resolución durante el periodo

que el mismo necesite para emitir informe y notificar dicha Orden Foral a los interesados.

## **I.2ª. Antecedentes de hecho**

### ***Reclamación de responsabilidad patrimonial***

Mediante escrito que tiene entrada en el Registro del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea del Gobierno de Navarra, el día 27 de noviembre de 2008, doña ..., en nombre propio y en el de su hijo menor edad don ... , y sus hijas mayores de edad doña ... y doña ... formulan reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración Foral por importe de ... € por funcionamiento de los servicios sanitarios del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, que condujo al fallecimiento del esposo y padre de los reclamantes.

En dicho escrito se alegan sustancialmente los hechos que a continuación se relatan.

Don ... falleció en el Hospital ... (Navarra) el 1 de junio de 2008, a los 53 años de edad, por “meningitis aguda bacteriana muy grave”. En enero de 2008 el paciente presentó un cuadro de “lumbociática izquierda”. En febrero es remitido a traumatología del citado Hospital donde recibió los primeros tratamientos de “lornoxicam y dexametasona-lidocaina”; el 20 de ese mismo mes, el traumatólogo recomienda “tratamiento mediante bloqueos epidurales” por parte del servicio de anestesiología; y el 29 de febrero de 2008 se le prescribió para su dolor en el Hospital de ... “ciclobenzaprina, diclofenaco, omeprazol”. El mismo día 29, el anestesista realiza estudio de pre-anestesia e informa de “Riesgo Asa I (riesgo bajo)”: “paciente saludable no sometido a cirugía electiva”; se le presenta “un documento de consentimiento informado, donde consta que le han informado de palabra de los riesgos de la intervención, sin que nos conste de si se le informó, no creemos y además no eximiría de responsabilidad, de que pudiera contraer una infección hospitalaria vía bloqueo epidural”.

El 14 de abril de 2008, en urgencias del Hospital, le prescriben “ketorolaco y metamizol”; según el escrito de reclamación, la clínica lumbar

había empeorado, “pues además de la maniobra de Lassegué + a 30°, ahora no puede realizar talón puntillas”. El 17 del mismo mes, ante la agudización del cuadro, se decide su ingreso hospitalario desde urgencias del Hospital de ... ; el 18, se solicita TAC, el 22 se informa de su resultado: “Pequeña herniación paramedial izquierda L4-L5. Artrosis facetaria”. El 23 de abril se realiza el primer bloqueo epidural; el 7 de mayo, el segundo boqueo; y el 21 de mayo, el tercer bloqueo epidural.

El 29 de mayo de 2008, dice el escrito iniciador del procedimiento, don ... presentó una súbita cefalea, por lo que desde el Centro de Salud de ... se le remitió de nuevo a urgencias hospitalarias; la familia insistió en que les asustaba mucho esa cefalea. El día 30, urgencias hospitalarias relata: “Hoy refiere empeoramiento del dolor + dolor irradiado a extremidad inferior izquierda y náuseas con mareo, cefalea y tirantez cérvico-dorsal”; también señala, “no rigidez de nuca, signos meníngeos negativos”; ese mismo día, se le practican exploraciones radiológicas y “rectificación de la lordosis cervical fisiológica”: se le da de alta de urgencias con la prescripción de “Lornoxican y paracetamol”.

El 31 de mayo de 2008 ingresa en traumatología. Según se afirma en la reclamación, la hoja de enfermería de ese día recoge dolores intensos, mucha cefalea y vómitos. Se relata en esa misma hoja que el día 1 de junio precisa de analgesia de rescate, sin que inicialmente ceda el dolor, si bien, más tarde, empieza a estar más tranquilo, aunque vuelve de nuevo el dolor. Se indica en el escrito de inicio del procedimiento que los manuscritos del traumatólogo indican el cambio al protocolo de lumbalgia, sin que –según informa la médico internista- responda a ningún estímulo, señalando que según la exploración que realiza se encuentra “en coma, con respiración profunda con signos de sufrimiento cerebral... fiebre de 38°... no rigidez de nuca... en pocos minutos se observa midriasis derecha... impresión diagnóstica **meningitis bacteriana**”. Se inicia tratamiento con vancomicina, ceftriaxona y amikacina. Ese mismo día 1 de junio de 2008, tras ser ingresado en reanimación, falleció a los 45 minutos del traslado.

Junto a la exposición de hechos contenidos en la reclamación, se formulan una serie de preguntas y respuestas relacionadas con los mismos y el comportamiento de los sanitarios intervinientes. De las respuestas que ofrecen los reclamantes en su escrito, se entresacan, compendiadamente, las más significativas. La muerte fue debida a una meningitis bacteriana por *staphilococcus aureus* desarrollada por una complicación en el procedimiento quirúrgico de bloqueo epidural, debido a que fue puncionado el espacio liquoral. La autopsia demuestra que la meningitis ha sido producida por la punción lumbar dado que encuentra un foco de infección primario en la columna lumbar (“absceso epidural subdural espinal de predominio lumbar”). De otro lado, se demoró fatalmente el diagnóstico de meningitis hasta el extremo de que se le administraba constantemente medicación antiinflamatoria, antivómitos y antipirética que podía enmascarar parcialmente el cuadro meningítico; “una simple analítica o una punción lumbar se afirma-, prueba sencilla y barata y por supuesto hubiera bastado una previa o posterior cobertura antibiótica a tiempo”. El paciente presentaba todos los síntomas de meningitis bacteriana: cambios en el estado mental, náuseas y vómitos, sensibilidad a la luz (fotofobia), dolor de cabeza intenso, cuello rígido (meningismo), etc. A todo ello, se añaden en la reclamación otras consideraciones como el “desprecio al paciente”, o el hecho de que “en fechas próximas a su defunción se produjeron otros episodios de infección meníngea a otras pacientes a las que se trató con infiltraciones, lo que parece claramente relacionado con un mecanismo externo infeccioso previamente del propio Hospital, infección en bloqueos vía epidural”. La reclamación concluye: “Estamos hablando de un suceso perfectamente evitable y previsible producido además por una previa deficiente asistencia sanitaria y rematado por un diagnóstico erróneo y un tratamiento tardío vulnerándose la *lex artis* y produciéndose la *pérdida oportunidad*, sin que conste, por último, consentimiento expreso informado por este extremo y si constara, mal se entiende que ni siquiera se sospechara esta posibilidad”. La

reclamación finaliza cuantificando el daño en 658.613,09 €, más intereses, por el daño moral al cónyuge y a los hijos, y por el lucro cesante.

### ***Instrucción del procedimiento e informes***

El Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, el 1 de diciembre de 2008, acordó admitir a trámite la reclamación, nombrar instructora del procedimiento, informar a los interesados de que la tramitación de su reclamación puede implicar el acceso a los datos de su historia clínica que pueden estar relacionados con el objeto de la reclamación, así como de que el plazo máximo para resolver y notificar la resolución es de seis meses a contar desde el 27 de noviembre de 2008, transcurrido el cual sin haber recaído resolución expresa o formalizado un acuerdo indemnizatorio podrá entender desestimada su solicitud, disponiendo en este caso de seis meses para interponer recurso contencioso-administrativo, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 46.1 de la Ley Reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa.

Iniciada la instrucción, el 10 de diciembre de 2008 se solicita por la instructora al Servicio de Atención al Paciente del Hospital ... copia de la historia clínica de don ... desde enero de 2008 hasta su fallecimiento en el mismo Hospital el 1 de junio del mismo año; el 12 de diciembre se adjunta por el citado Servicio copia de la historia clínica. Asimismo, la instructora solicita el 31 de marzo de 2009 copia de la historia clínica del paciente que conste en el Centro de Salud de ... respecto a la asistencia prestada al mismo el 29 de mayo de 2008, que concluyó con el envío de don ... a urgencias hospitalarias; el 7 de abril de 2009 se le remite copia de la historia solicitada.

El 4 de mayo de 2009, la instructora, dado que hasta la fecha no se había recibido en su totalidad la documentación necesaria para la valoración del caso, propone la ampliación del plazo para resolver por un periodo de tres meses a contar desde el día 27 de mayo de 2009. El Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea resuelve el 6 de mayo ampliar el plazo para resolver el expediente y trasladar dicha resolución a ... , al

Servicio de Régimen Jurídico del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y a la Secretaría General Técnica del Departamento de Salud.

Con fecha 19 de junio de 2009 tiene entrada en la Unidad del Registro del Departamento de Salud un escrito de la reclamante, viuda del paciente, en el que describe los últimos días de don ... , a partir del 21 de mayo de 2008 en el que ingresa en el Hospital ... para que se lleve a cabo a su esposo el tercero y último bloqueo hasta el 1 de junio de 2008, fecha de fallecimiento del paciente. En el relato, doña ...reitera las advertencias que efectúa al personal que atiende a su esposo, haciendo notar el fuerte dolor de cabeza y la rigidez del cuello, y señalando la posibilidad de que padeciese un comienzo de meningitis.

Por otra parte, de la documentación clínica aportada de don ... ... cabe destacar como más relevantes, a la vez que significativos a los efectos de este dictamen, los siguientes extremos:

- El 14 de abril de 2008 ingresa don ... en el Servicio de Urgencias del Hospital ... , “remitido por dolor lumbar de más de 3 meses de evolución pendiente de tratamiento con bloqueos (tiene cita para día 7 de mayo). Acude por aumento de la intensidad del dolor desde hace 3 días. Está en tratamiento lumbar con Dolovoltarén, yurelax, nolotil con mal control del dolor. Fue valorado por traumatología el día 20 de febrero, cuando estaba con menor intensidad del dolor. Se le pautaron los bloqueos. No se le han realizado pruebas complementarias”. El juicio clínico determina “lumbociatalgia izquierda”. Se le prescribe reposo relativo, con aplicación de calor lumbar.
- El 17 de abril de 2008 ingresa en el Servicio de Traumatología del Hospital ... procedente del Servicio de Urgencias del mismo Hospital. Se lleva a cabo una exploración física traumatológica, exploraciones radiológicas y, el 22 de abril, una tomografía computarizada columna lumbar. El 23 de abril se le realizó el primer bloqueo. El diagnóstico es “una pequeña hernia discal paramedial izquierda L4-L5 con posible compromiso de la raíz L5

correspondiente”. Se le da de alta el 25 de abril “dado que la evolución es lenta pero satisfactoria”, “quedando pendiente de 2º y 3º bloqueo de forma ambulatoria”, llevándose a cabo los mismos los días 7 y 21 de mayo respectivamente.

- El 30 de mayo de 2008 ingresa en el Servicio de Urgencias del Hospital ... refiriendo dolor de espalda. Se lleva a cabo la pertinente exploración física, dentro de la cual la exploración neurológica señala: “Consciente y orientado temporoespacialmente. No rigidez de nuca, signos meníngeos negativos. Pupilas isocóricas y normorreactivas. Pares craneales normales. Tono muscular: Disminución tono muscular y fuerza EII. Sensibilidad: hemiesesia Izq. En EII disminuidos. Marcha: Dificultada por el dolor”.
- El 31 de mayo de 2008 ingresa en el Servicio de Traumatología del Hospital ... donde se realiza tratamiento analgésico intenso. Presenta una mala evolución, encontrándose sin respuestas a estímulos y en coma profundo. Se realiza un TAC craneal que descarta hemorragia intracraneal, siendo trasladado a U.R.C.E. donde se efectúa intubación orotraqueal y punción lumbar que obtiene líquido purulento. Diagnosticado de meningitis bacteriana, se inicia tratamiento antibiótico, a pesar de lo cual evoluciona mal, presentando parada cardiaca con disociación electromecánica. A pesar de todas las medidas de reanimación, el paciente finalmente fallece el 1 de junio de 2008.
- La autopsia relata lo siguiente:
  - “Estado post-bloqueo epidural reciente:
    - 1- Absceso epidural-subdural espinal de predominio lumbar con afectación de segmentos medulares torácico y cervical, meninge cerebral y epineuro de nervios espinales y pares craneales (nota).
  - \* Ligeramente edema cerebral.
  - \* Sin evidencia macroscópica ni histológica de herniación huncal o foraminal.

2- Hematoma subcutáneo en región lumbar con focal inflamación aguda.

- Congestión pulmonar y ligero edema con focos de hemorragia. Aislados acúmulos de material de aspiración.
- Esplenomegalia (364g): bazo congestivo.
- Necrosis química (enzimática) pancreática.
- Leve derrame pericárdico seroso.
- Estado post-sigmoidectomía remota.
- Nódulos corticales múltiples suprarrenales y bilaterales.
- Vesícula biliar: múltiples pólipos de colesterol.
- Globo vesical.

Nota: cultivo medular y meninge cerebral: staphilococcus aureus”.

Mediante escrito de 2 de febrero de 2009, la instructora del procedimiento remite al doctor ..., Jefe Clínico del Servicio de Anestesia y Reanimación del Hospital ... , solicitud de informe sobre las cuestiones planteadas en la reclamación referidas a la asistencia prestada a don ... . En su respuesta, el doctor ... -después de señalar que él sólo puede informar de la asistencia prestada por los diversos médicos de la Sección de Anestesia, no pudiendo, por tanto, contestar a cuestiones como la premura o demora del diagnóstico de meningitis- afirma:

“2º- En el primer grupo de preguntas se plantea que cuando se hicieron los bloqueos epidurales, en alguno se puncionó la duramadre llegándose al espacio subaracnoideo en donde está el líquido cefalorraquídeo. No hay constancia por escrito en el protocolo de ninguno de los tres bloqueos epidurales que se realizaron por tres distintos especialistas en anestesiología, de que se puncionara el espacio subaracnoideo.

3º- En el 3º apartado de preguntas se afirma que en fechas próximas a la defunción de D. ... se produjeron *otros episodios de infección meníngea*. Esto es falso porque sólo se produjo otro episodio de meningitis bacteriana. El germen de este último episodio fue *Enterococo faecalis* (en el caso de D. ... *Staphilocoacus aureus*). Además en este último caso no se trataba de un bloqueo epidural



terapéutico, sino un bloqueo subaracnoideo quirúrgico para intervenir al paciente de su patología traumatológica. Es por tanto falsa la afirmación que se hace de que alguien del equipo médico sea portador asintomático del estafilococo, ya que por este germen sólo ha habido un caso. Así mismo quiero manifestar que el estafilococo puede ser transmitido por un médico que realiza un acto médico-quirúrgico, pero también por introducción de dicho germen desde la propia piel del paciente, a pesar de tomar las medidas habituales de asepsia (desinfección de la piel con povidona yodada, campos estériles, material estéril, etc.)”.

En la misma fecha, la instructora remite, igualmente, solicitud de informe al doctor ... , Jefe de la Sección de Traumatología del mismo Hospital, acerca de si ha habido premura en el diagnóstico de meningitis. Esta es su respuesta:

“Al ingreso en planta de Traumatología procedente de Urgencias donde se descartó cuadro meníngeo (no rigidez de nuca, signos meníngeos negativos, no fiebre y sí vómitos que se pueden relacionar con tratamiento con Dolantina). A la exploración se aprecia disminución del tono muscular y fuerza en extremidad inferior izda, que sería compatible con cuadro de lumbociatalgia de la que venía siendo tratado anteriormente y para la que se prescribe el protocolo lumbar y tracción blanda.

Respecto a: ¿Si se debería haber planteado más seriamente la posibilidad de infección por punción lumbar anteriormente?, en la historia clínica no aparece reflejado que el paciente manifestase *rigidez de nuca*.

En cuanto en el apartado 3º Otras consideraciones, en la hoja de enfermería en ningún momento queda reflejado que se haya despreciado al paciente y que haya habido una falta de sensibilidad, lo que si ha habido ha sido una insistencia en las recomendaciones médicas en aras de la mejora del cuadro clínico”.

Obra, igualmente, en el expediente dictamen médico de la Asesoría Médica ... realizado por el doctor don ..., especialista en Medicina Interna, en el que, antes de efectuar las correspondientes conclusiones de su dictamen, se compendian los motivos de la reclamación:

- El bloqueo epidural ha sido la causa de la meningitis bacteriana por estafilococo aureus.
- Se demoró fatalmente el diagnóstico de meningitis bacteriana, nunca se pensó en meningitis, incluso se pensó en una hemorragia cerebral.
- No se pensó en meningitis, aunque no tuviera fiebre ni maniobras meníngeas, porque presentaba rigidez de nuca. Además presentaba todos los otros signos de meningitis bacteriana: cambios en el estado mental, náuseas y vómitos, sensibilidad a la luz (fotobia). Dolor de cabeza intenso, cuello rígido (meningismo), agitación, disminución del estado de conciencia, opistótonos (parcial cabeza hacia atrás).
- Desprecio hacia el paciente, al decir “toma o no” o que el Dr. Arnedo le recrimina su falta de cooperación y le explica el círculo vicioso de levantarse, dolor, volantina, vómito.
- No se hace referencia a que alguien del equipo médico sea portador asintomático del estafilococo, con el consiguiente riesgo de transmisión a otros pacientes como así ha sido. En fechas próximas a la defunción del paciente se produjeron otros episodios de infección meníngea a otras pacientes a las que se trató con infiltraciones lo que parece claramente relacionado con un mecanismo externo infeccioso del propio hospital.

Las conclusiones del dictamen son las que a continuación se transcriben:

- No consta en ninguno de los informes ni en las exploraciones realizadas por diversos médicos que el paciente tuviera rigidez de nuca ni tampoco estaban presentes los otros síntomas que se mencionan en la demanda: cambios en el estado mental, sensibilidad a la luz (fotofobia), cuello rígido (meningismo), agitación, disminución del estado de conciencia, opistótonos (parcial, cabeza atrás). Sólo se refiere en el informe que el paciente acude por “tirantez cérico-dorsal”, que es una sensación del paciente que no se traduce en opistótonos ni en rigidez de nuca en la exploración física. Los síntomas de dolor lumbar y dolor irradiado a EID se podían explicar por el diagnóstico de lumbociatalgia que se dio. Y la cefalea y las

náuseas son síntomas completamente inespecíficos que si no van acompañados de otros pueden no aportar nada al diagnóstico. Puede así afirmarse que el día 30 de mayo no hubo mala asistencia, ya que se buscaron los signos de meningitis y no se encontraron. Ante estos hechos, no estaba indicada realizar punción lumbar.

- No hay comentarios sobre la situación al ingreso del día 31 de mayo de 2008, únicamente se refiere que ingresa por empeoramiento de la lumbociática, sin hacer mención a otros síntomas ni a la exploración física. Sí que consta que no tenía fiebre según la gráfica de enfermería.
- No necesariamente se introdujo el estafilococo directamente por inoculación por el bloqueo, para producir el absceso epidural y la meningitis, ya que ese germen es ubicuo en la piel y pudo haber emigrado desde la piel del paciente posteriormente hacia la zona de punción por ser esa una zona más débil y una puerta de entrada para la infección.
- La complicación fue de tal gravedad que no dio tiempo más que a iniciar el tratamiento antibiótico, que por cierto fue correcto, ya que previamente había presentado muy poca sintomatología. No aparecen en la historia los síntomas que se refieren en la demanda de rigidez de nuca, fotofobia, opistótonos, y la cefalea y los vómitos podrían ser explicados por otros motivos. La fiebre apareció cuando el paciente estaba ya en coma, y tampoco en ese momento tenía rigidez de nuca.
- La meningitis y el absceso epidural han sido en este caso una complicación muy rara del bloqueo epidural, pero los síntomas que el paciente ha presentado no hacían sospechar esta enfermedad y mucho menos la gravedad que tenía. En cuanto fue diagnosticado se comenzó el tratamiento adecuado.
- Al parecer, sólo se produjo otro episodio de meningitis en el periodo en cuestión y fue por *Enterococo faecalis*, en el contexto

de un paciente con bloqueo previo a una cirugía según informe del Jefe Clínico de Anestesia y Reanimación del Hospital ... .

### ***Trámite de audiencia***

Consta en el expediente la apertura de trámite de audiencia al reclamante, conforme a lo previsto en el artículo 82.1 de la Ley Foral 15/2004, de 3 de diciembre, de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra (en adelante, LFACFN), y en el artículo 11 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante, RPRP). Mediante este acuerdo, de 26 de agosto de 2009, dirigido a doña ...-se da traslado igualmente de este escrito a ... Abogados-, la instructora del expediente concede un plazo de 10 días hábiles para formular alegaciones y presentar los documentos que estime pertinentes, a la par que se le hace saber la existencia en el expediente de su historia clínica, los informes de los doctores ... y ..., así como del dictamen médico emitido por el doctor ..., especialista en Medicina Interna, de la Asesoría Médica ....

Mediante escrito de 16 de septiembre de 2009, y fecha de entrada en la Unidad de Registro 28 de octubre, a la vista de la documentación obrante en el expediente, la reclamante alega que ninguno de los informes médicos niega la “infección de meningitis a consecuencia del bloqueo lumbar”, no obstante considerar dichos informes “de parte y parciales en tanto en cuanto se emiten por implicados directamente en este proceso, médicos del ... y de la Compañía Aseguradora”. Afirma la alegante, ante la afirmación de que hubo retardo en el diagnóstico y la argumentación médica de que no había rigidez de nuca, que ella “siempre refirió rigidez de nuca y en varias ocasiones les dijo que no podía tocarse el pecho con el mentón”. Sostiene más adelante la alegante que “el bloqueo fue la condición sin la cual no se hubiera contraído la meningitis”. Y, a modo de conclusiones, afirma:

“1) Que no cabe duda que la infección será una complicación, pero se produjo al ser ingresado y sometido al bloqueo epidural porque no existió otra vía de introducción del germen”.

- 2) Esa complicación pudo y se debió prever. Hubiera bastado con una desinfección previa a conciencia. Hablamos de un Hospital, Máxime si como se reconoce existieron dos infecciones en momentos cercanos en el mismo hospital, lo que apunta a la falta de previsión”.
- 3) Sí tenía sintomatología: Dolor de nuca y rigidez señalada reiteradamente por la esposa en presencia de testigos. Además que en el informe 30/05/2008 de Urgencias Hospitalarias se medica: “Nauseas con mareo, cefalea, y tirantez cérvico-dorsal”.
- 4) Cuando llegó al Hospital solo tenía un problema menor, cuando salió lo hizo difunto por “Meningitis Aguda Bacteriana muy grave”, que con una simple analítica o una punción lumbar hubiera sido suficiente para establecer con precisión el diagnóstico, también hubiera bastado una previa cobertura antibiótica o desinfección de las posibles vías de contagio”.

En otrosí del mismo escrito de alegaciones, solicita como prueba se tome declaración a la reclamante sobre estos hechos, al médico de ... y a la doctora de Urgencias del Hospital que atendieron a su marido el 30 de mayo de 2008. El escrito de alegaciones va acompañado de un documento en forma de carta que remite doña ... al director del Hospital ... en el que se alude a los errores en que se ha incurrido en la atención sanitaria de su esposo.

### ***Propuesta de resolución***

La propuesta de resolución, precedida de un informe jurídico de la que es fiel reflejo, desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por doña ...y sus hijos, por daños derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios públicos. En su fundamentación se traen a colación los diversos informes médicos de los facultativos que atendieron al paciente, así como las conclusiones del dictamen de la Asesoría Médica .... Todos ellos parecen ir en dirección opuesta a las afirmaciones que se contienen en los escritos de la demandante, negando las aseveraciones sobre las que construye su reclamación. En tal sentido, en la propuesta de resolución se pone de manifiesto que “las reclamantes, por su parte, no han aportado prueba pericial alguna en apoyo de sus alegaciones, por lo que no cabe sino desestimar la presente reclamación al no quedar acreditado en el expediente

que concurra el requisito del nexo causal entre la actuación de los servicios sanitarios públicos y el resultado producido o, lo que es lo mismo, que de haber actuado de otra manera el resultado hubiera sido diferente”.

## **II. CONSIDERACIONES JURÍDICAS**

### **II.1ª. Objeto y carácter preceptivo del dictamen. Tramitación del expediente**

La presente consulta versa sobre una reclamación presentada por doña ...y sus hijos, por los daños y perjuicios que entienden derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, en particular por “un daño que no está obligado a soportar, derivado de un funcionamiento anormal del servicio público... y desde luego aunque fuera por funcionamiento normal, si es que así se puede considerar el que alguien que ingresa por un tema menor acabe sin vida”; y en solicitud de una indemnización por daño moral y lucro cesante que asciende a un total de 658.613,09 euros, más intereses. Estamos, pues, ante una consulta en un expediente de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo dependiente de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra en materia sanitaria.

El artículo 16.1. letra i) de la LFCN ordena que el Consejo de Navarra sea consultado en los expedientes tramitados por la Administración de la Comunidad Foral en los que la ley exija preceptivamente el dictamen de un organismo consultivo; en particular, en las reclamaciones de indemnización por daños y perjuicios de cuantía superior a 120.202,42 euros.

Por su parte, la LFACFN establece en sus artículos 76 y siguientes el procedimiento administrativo que debe seguirse en materia de responsabilidad patrimonial, en el que se contemplan sucesivamente la práctica de las pruebas que se estimen pertinentes, solicitud de informes necesarios, audiencia del interesado, dictamen del Consejo de Navarra, propuesta de resolución y, finalmente, resolución definitiva por el órgano competente.

En consecuencia, el Consejo de Navarra emite dictamen preceptivo, pues la consulta atañe a una reclamación de indemnización por daños y perjuicios de 658.613 euros.

De otra parte, en orden a la determinación del órgano competente para resolver, a tenor de lo dispuesto en el artículo 116 de la LFACFN la resolución de los procedimientos de responsabilidad patrimonial corresponderá al Presidente o Director Gerente de los respectivos organismos autónomos de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra.

Por último, la tramitación del presente procedimiento se considera en términos generales adecuada, habiendo incorporado los documentos necesarios para conocer las circunstancias concurrentes en la atención sanitaria prestada a don ... , si bien hay que hacer notar que no consta en el expediente que se tomara declaración al médico de ... y a la doctora de Urgencias del Hospital ... , profesionales que atendieron al marido de la reclamante el 30 de mayo de 2008, tal y como solicitó en el escrito de alegaciones doña ....

## **II.2ª. La responsabilidad patrimonial de la Administración: regulación y requisitos**

La responsabilidad patrimonial de la Administración actúa, en buena medida, como institución de garantía de los ciudadanos. Contemplada en el artículo 106.2 de la Constitución, encuentra su desarrollo normativo ordinario en los artículos 139 a 144 (Capítulo I del Título X) de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante, LRJ-PAC), parcialmente modificada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y en los artículos 76 y siguientes de la LFACFN, en los que se contienen las normas procedimentales aplicables en materia de responsabilidad patrimonial de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra.

El punto de partida lo constituye así el artículo 139.1 de la LRJ-PAC, a cuyo tenor los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes de toda lesión que sufran en

cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos.

Los requisitos necesarios y constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son: el daño o lesión patrimonial, su antijuridicidad, su imputación a la Administración como consecuencia del funcionamiento de sus servicios, y la relación de causalidad entre la acción producida y el resultado dañoso ocasionado.

En la fórmula legal contenida en el artículo 139.1 de la LRJ-PAC se incluyen no sólo los daños ilegítimos que son consecuencia de una actividad culpable de la Administración o de sus agentes (funcionamiento “anormal” de los servicios públicos), sino también los producidos por una actividad perfectamente lícita (funcionamiento “normal”), lo cual supone la inclusión, dentro del ámbito de la cobertura patrimonial, de los daños resultantes del riesgo creado por la existencia misma de los servicios.

### **II.3ª. En particular, la antijuridicidad del daño. Infracción de la *lex artis***

Conforme al artículo 141.1 de la LRJ-PAC, “serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley”. De otro lado, la LFACFN, en su artículo 77.1 determina que “mediante el procedimiento previsto en esta Ley Foral, la Administración de la Comunidad Foral de Navarra podrá reconocer el derecho a indemnización de los particulares por las lesiones 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 daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley*”.

Resulta evidente que se ha producido un daño, concretado en el fallecimiento de don ... como consecuencia de una meningitis bacteriana por estafilococcus aureus. Este hecho resulta incontestable y así lo reconocen los propios documentos médicos que obran en el expediente, así como el



informe de la Asesoría ..., e igualmente lo da a entender la propia propuesta de resolución.

No es, por tanto, la existencia del daño la que, en principio, se debe valorar, sino si el paciente tiene el deber jurídico de soportar dicho daño y, de modo particular, si tuvo que ser informado de esta eventualidad, si la enfermedad que le provocó al paciente la muerte se diagnosticó tardíamente y si, por último, la infección meningítica se produjo por transmisión en el bloqueo epidural que se le practicó a don ... para hacer frente a la lumbociática que padecía.

En contestación a las cuestiones planteadas en la reclamación, el doctor ... , Jefe Clínico de Anestesia y Reanimación del Hospital ... , después de afirmar que “la evolución del curso clínico que desembocó en su fallecimiento la conozco sólo por la historia clínica, no pudiendo contestar a cuestiones como la premura o demora del diagnóstico de meningitis”, responde -a propósito de si en alguno de los bloqueos epidurales “se puncionó la duramadre llegándose al espacio subaracnoideo en donde está el líquido cefalorraquídeo”- que “no hay constancia por escrito en el protocolo de ninguno de los tres bloqueos epidurales que se realizaron por tres distintos especialistas en anestesiología, de que se puncionara el espacio subaracnoideo”. Sostiene, también, que no hubo otro caso de infección por estafilococo, señalando que “el estafilococo puede ser transmitido por un médico que realiza un acto médico-quirúrgico, pero también por introducción de dicho germen desde la propia piel del paciente, a pesar de tomar las medidas habituales de asepsia”. Estas respuestas dadas por el doctor ... sólo en parte ofrecen luz sobre los aspectos que se acaban de plantear y que deben dilucidar el sentido de nuestro dictamen.

De igual modo, ante las cuestiones que se plantearon en la reclamación, el doctor ... , Jefe de Sección de Traumatología del mismo Hospital, responde sobre la posible “premura en el diagnóstico de meningitis” que “al ingreso en planta de Traumatología procedente de Urgencias donde se descartó cuadro meníngeo (no rigidez de nuca, signos meníngeos negativos, no fiebre y sí vómitos que se pueden relacionar con tratamiento con Dolantina)”; dice, igualmente, que “en la historia clínica no aparece

reflejado que el paciente manifestase rigidez de nuca”. Por tanto, según este informe, los síntomas propios de la infección meníngea no existieron en las exploraciones realizadas al paciente; sólo los vómitos, que bien pudieron deberse al tratamiento con Dolantina. Esta misma opinión es mantenida en las conclusiones 1, 2 y 4, del informe de ... por el doctor ... .

En el informe de ... , tras indicar que “la complicación de meningitis o absceso epidural tras bloqueo epidural es muy rara -1 en 60.000 anestias epidurales, y la frecuencia de meningitis después de anestesia raquídea es de 1 en 40.000, según algunas series- y el pronóstico es muy malo, falleciendo la mayoría de los pacientes”, se lee, en su conclusión 3, que “no necesariamente se introdujo el estafilococo directamente por inoculación por el bloqueo, para producir el absceso epidural y la meningitis, ya que ese germen es ubicuo en la piel y pudo haber emigrado desde la piel del paciente posteriormente hacia la zona de punción por ser una zona más débil y una puerta de entrada para la infección”. Se destaca, por tanto, la posibilidad de que el estafilococo hubiese emigrado desde la propia piel del paciente, sin que necesariamente se hubiera producido por inoculación por el bloqueo. A juicio del perito de ... , “la complicación fue de tal gravedad que no dio tiempo más que a iniciar el tratamiento antibiótico, que por cierto fue correcto, ya que previamente había presentado muy poca sintomatología”; los síntomas que el paciente ha presentado, señala más adelante, “no hacían sospechar esta enfermedad y mucho menos la gravedad que tenía”. No parece, a la vista, de estas valoraciones, que el diagnóstico tardara en producirse, sino, mas bien, por las circunstancias de la infección y la falta de sintomatología, aquél se realizó cuando prácticamente la situación del paciente era irreversible.

De otro lado, se alude, también, aunque de manera muy poco firme a un, en su caso, deficiente consentimiento informado que hubiera debido incluir la posibilidad de que el paciente “pudiera contraer una infección hospitalaria vía bloqueo epidural”. El paciente, junto a la explicación oral que recibió del especialista, dio su consentimiento a la anestesia epidural en documento de 29 de febrero de 2008. La rareza de este tipo de infección, como ha quedado dicha, así como los términos extraordinariamente amplios en los que aparece redactado el modelo de “consentimiento informado para

la anestesia” – así, por ejemplo, “en escasas ocasiones la anestesia puede producir lesiones agudas, secuelas crónicas, incapacidades graves o incluso la muerte”- contradice en este punto lo que se señala en el escrito iniciador del procedimiento, a saber: “Se le presenta un documento de consentimiento informado, donde consta que le han informado de palabra de los riesgos de la intervención, sin que nos conste si se le informó, no creemos y además no eximiría de responsabilidad, de que pudiera contraer una infección hospitalaria vía bloqueo epidural”.

En definitiva, nos encontramos ante un paciente cuyo fallecimiento se debe a una “complicación de meningitis o absceso epidural tras bloqueo epidural”; esta complicación –en palabras de ... - “es muy rara y el pronóstico muy malo, falleciendo la mayoría de los pacientes”. No se acredita diagnóstico tardío, como se afirma en la reclamación. Los síntomas que el paciente ha presentado –señala ... - no hacían sospechar esta enfermedad y mucho menos la gravedad que tenía; en cuanto fue diagnosticado –concluye - se comenzó el tratamiento adecuado. Este mismo dictamen sale al paso de las afirmaciones contenidas en la reclamación al declarar que “no necesariamente se introdujo el estafilococo directamente por inoculación por el bloqueo, para producir el absceso epidural y la meningitis”.

En definitiva, nos encontramos en presencia de un daño, que no resulta antijurídico. Los profesionales sanitarios que intervinieron en los distintos momentos al paciente lo hicieron actuando con arreglo los protocolos establecidos para situaciones como la producida, de acuerdo con la *lex artis ad hoc*. La sentencia del Tribunal Supremo (Sala 3ª, Sección 6ª), de 16 de marzo de 2005, en un caso de diagnóstico erróneo pero diligente -un paciente fue tratado de lumbociática cuando padecía un proceso isquémico que desembocó en embolectomía desencadenante de la necesidad de amputación de una pierna por encima de la rodilla- ha señalado que “ al no apreciarse la existencia de una infracción de la *lex artis* en materia sanitaria, es reiterada la jurisprudencia de la Sala que entiende que no se produce el requisito de la antijuridicidad del daño, exigible conforme a la Ley de Régimen Jurídico para que el mismo sea susceptible de indemnización, y por ello dicho daño ha de ser soportado por el paciente partiendo del principio de que a la Administración no le es exigible nada más que la

aplicación de la técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño puesto que, en definitiva, lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente”.

Falta, por tanto, el requisito de la antijuridicidad del daño para que se pueda en este caso hacer derivar la responsabilidad a la Administración Pública, en particular al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Como ha recordado este Consejo (dictámenes 18/2009, de 27 de abril, y 38/2009, de 28 de septiembre) y reiterado la jurisprudencia del Tribunal Supremo, el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública “no implica que todos los daños producidos en los servicios sanitarios sean indemnizables, pues ello llevaría a configurar la responsabilidad administrativa en estos casos, de forma tan amplia y contraria a los principios que la sustentan, que supondría una desnaturalización de la institución. Así pues, de acuerdo con dicha doctrina, para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial es preciso acudir a parámetros como la *lex artis*, de modo que tan solo en el caso de una infracción de esta ley cabrá imputar a la Administración de la cual dependen los servicios sanitarios la responsabilidad por los perjuicios causados. En el caso que no se infrinja la *lex artis*, ha de concluirse que tales perjuicios no son imputables a la Administración y han de ser soportados por el particular sin que generen, en modo alguno, el derecho a percibir una indemnización”. En el supuesto analizado, como acabamos de ver, se deduce de los informes presentados -de modo particular, el de la Asesoría Médica ... - que la actuación de los servicios sanitarios se ajustó a los parámetros contenidos en la *lex artis ad hoc*.

En fin, la reclamación formulada carece de prueba que constituya soporte suficiente para apoyar las conclusiones que se pretenden alcanzar en la misma y, por el contrario, este Consejo tiene a la vista -como se recoge en el cuerpo de este dictamen- una amplia documentación e informes

técnicos que rechazan las afirmaciones y conclusiones alcanzadas por la reclamante como soporte de sus pretensiones indemnizatorias.

### **III. CONCLUSIÓN**

El Consejo de Navarra considera que la reclamación formulada por doña ..., en su propio nombre y en representación de su hijo menor de edad, don ..., por doña ... y doña ... , por el funcionamiento de los servicios sanitarios del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, debe ser desestimada.

En el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.