

Expediente: 46/2014

Objeto: Responsabilidad patrimonial de la Administración Foral de Navarra por asistencia sanitaria.

Dictamen: 4/2015, de 26 de enero

DICTAMEN

En Pamplona, a 26 de enero de 2015,

el Consejo de Navarra, integrado por don Eugenio Simón Acosta, Presidente; doña María Asunción Erice Echegaray, Consejera-Secretaria; y los Consejeros doña María Ángeles Egusquiza Balmaseda, don Alfredo Irujo Andueza, don José Iruretagoyena Aldaz, y don Alfonso Zuazu Moneo,

siendo ponente doña M^a Ángeles Egusquiza Balmaseda,

emite por unanimidad el siguiente dictamen:

I. ANTECEDENTES

I.1^a. Consulta

El día 9 de enero de 2014 tuvo entrada en este Consejo escrito de la Presidenta del Gobierno de Navarra en el que, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 19.1, en relación con el artículo 16.1 de la Ley Foral 8/1999, de 16 de marzo, del Consejo de Navarra, modificada por la Ley Foral 25/2001, de 10 de diciembre, del Consejo de Navarra (en adelante, LFCN), se recaba la emisión de dictamen preceptivo sobre responsabilidad patrimonial de la Administración Foral de Navarra, formulada por don..., en nombre y representación de doña..., don... y don..., solicitado por la Orden Foral 124/2014, de 18 de noviembre, de la Consejera de Salud.

A la solicitud se acompaña el expediente administrativo tramitado como consecuencia de la indicada reclamación de responsabilidad patrimonial,

incluyéndose la propuesta de resolución de la Directora Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y la Orden Foral 124/2014, de 8 de noviembre, de la Consejera de Salud, en la que se ordena la solicitud del dictamen preceptivo de este Consejo.

I.2ª. Antecedentes de hecho

Reclamación de responsabilidad patrimonial

Mediante escrito de 9 de diciembre de 2013, don..., en nombre y representación de doña..., Don... y don..., formulan reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra, Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento del esposo y padre de los representados, por mala praxis médica al no haberse realizado las exploraciones clínicas y pruebas que hubieran permitido un diagnóstico correcto y tratamiento adecuado, solicitando una indemnización total de trescientos cincuenta mil euros (350.000 euros), de los cuales doscientos cincuenta mil euros (250.000 euros) corresponderían a la viuda, y cincuenta mil euros (50.000 euros) a cada uno de los dos hijos por igual importe.

En dicho escrito se aduce que don... ingresó el 13 de diciembre 2012 en el Servicio de Urgencias del Hospital..., donde fue atendido a las 18:19 horas, tras sufrir en el trabajo un cuadro de dolor agudo con pérdida de conocimiento de dos minutos de duración. Tras las exploraciones físicas y pruebas complementarias efectuadas en el citado servicio, se le diagnosticó “probable pericarditis aguda”. El 14 de diciembre de 2012 se le dio ingreso en el Servicio de Medicina Interna en el que estuvo hasta el 16 de diciembre de 2012, en el que fue dado de alta con juicio clínico “cuadro compatible con pericarditis aguda”. El día 17 de diciembre de 2012, a primera hora de la mañana, fue atendido por el médico de la zona y una unidad del SAMU-UCI,

falleciendo a las 9.45 horas. El informe de la autopsia determinó como causa del fallecimiento una disección aórtica con posterior hemipericardio.

Como consecuencia de estos hechos se siguieron actuaciones penales por el Juzgado de Instrucción nº 1 de Estella, que fueron archivadas por Auto de 27 de febrero de 2013.

Se aporta un informe del doctor don..., médico del SUAP de Arnedo (SERIS), y experto universitario en la valoración médica del daño, en el que se concluye:

- El paciente de referencia presentó, el 13 de diciembre de 2012, un cuadro de dolor epigástrico irradiado a región pretorácica, de forma súbita, acompañado de cuadro sincopal, con pérdida de conciencia de 2 de minutos de duración, con relajación de esfínteres.

- Es atendido en primera instancia en el Servicio de Urgencias de Hospital..., donde tras estudio, informa como juicio clínico: "probable pericarditis aguda".

- En la atención prestada en el Servicio de Urgencias del Hospital... se descarta la existencia de un cuadro de tipo isquémico, pero no se plantea el diagnóstico diferencial adecuado del dolor torácico, orientado el mismo, tan solo, a la existencia de una pericarditis, obviando otras causas de dolor torácico, máxime ante los hallazgos obtenidos en la radiografía de tórax realizada y con la evolución de los electrocardiogramas y analíticas realizados, que no confirman la presencia de una pericarditis.

- Durante el ingreso en el Servicio de Urgencias del Hospital..., se realiza una TAC del área cardiaca sin contraste, estudio que no permite diagnosticar la patología presente en los grandes vasos mediastínicos, el estudio se debiera haber realizado con contraste y ampliado a toda

la región torácica, para permitir un correcto diagnóstico de la disección aórtica.

- Esta misma situación se repite durante el ingreso en el Servicio de Medicina Interna del Hospital..., en el que tras la caída de los valores del hematocrito, hematíes y hemoglobina en sangre, y tras el estudio electrocardiográfico seriado, que no confirma la pericarditis, no se plantea más posibilidad diagnóstica que la pericarditis, no realizando las pruebas médicas necesarias para detectar una disección aórtica, una TAC torácica con contraste y/o un ecocardiograma transtorácico o transesofágico.

- Una indicación más para realizar un ecocardiograma, que nos hubiera permitido un diagnóstico tanto de la pericarditis como de la disección aórtica, es el inicio de inestabilidad hemodinámica que se produce durante el ingreso en el servicio de Medicina Interna; en la analítica realizada el 16/12/2012, se aprecia una caída significativa del número de hematíes, hematocrito y de las cifras de hemoglobina.

- El comienzo de la inestabilidad hemodinámica (caída de hematocrito, número de hematíes y de las cifras de hemoglobina), junto con la falta de diagnóstico definitivo y concluyente, obligan a continuar el estudio y tratamiento en régimen de ingreso hospitalario, no siendo correcta el alta hospitalaria para control en régimen ambulatorio.

- Este caso no se ajusta a la "lex artis", fundamentalmente por la falta de medios empleados, es decir, la ausencia de exploraciones clínicas y complementarias, que devinieron en la no consecución de un acertado diagnóstico y por ello en la inaplicación de un adecuado tratamiento.

- El correcto diagnóstico hubiera permitido realizar un tratamiento quirúrgico adecuado, en el que las posibilidades de éxito del mismo se

sitúan en torno al 85-90%, en función de la premura en realizar el tratamiento y de la experiencia del equipo médico.

En atención al informe pericial elaborado por el doctor..., el escrito de demanda sostiene que la actuación médica seguida por los Servicios de Urgencias y de Medicina Interna del Hospital... no se ajusta a los parámetros de la "lex artis" al no haberse realizado un diagnóstico diferencial. Se dice que las pruebas realizadas a don... se dirigieron a descartar la existencia de un infarto de miocardio, cuando el libro electrónico de urgencias del Servicio Navarro de Salud, tanto en el apartado correspondiente a la pericarditis aguda, cuanto a las disecciones aórticas, señalan que debe establecerse un diagnóstico diferencial ante la presencia de dolor severo del tórax, de espalda o abdominal, no sólo con el infarto agudo, sino con otras dolencias, entre las que se encuentra la disección aórtica. Se señala que se tenía que haber efectuado un ecocardiograma y/o una TAC de contraste ante la clínica de dolor intenso que motivó el ingreso, que se reprodujo durante la estancia en urgencias, la ausencia de proceso infeccioso previo, y el estudio radiológico del 13 de diciembre de 2012 que reflejaba unas "*alteraciones hiliares de probable origen vascular*". Además se señala que, vista la evolución de la analítica durante la estancia hospitalaria, no debió extenderse el alta médica sin investigar la bajada en nueve puntos del nivel de hematocrito. Concluyéndose que un correcto diagnóstico hubiera permitido realizar un tratamiento quirúrgico adecuado con unas posibilidades de éxito en torno al 85-90%, en función de la premura del tratamiento y de la experiencia del equipo.

Se invocan los fundamentos jurídicos de la pretensión y se afirma que concurren todos los elementos necesarios para que nazca el deber de indemnizar los daños causados, finalizándose el escrito con la solicitud de la indemnización antes referida de trescientos cincuenta mil euros (350.000 euros), de los cuales doscientos cincuenta mil euros (250.000 euros)

corresponderían a la viuda, y cincuenta mil euros (50.000 euros) a cada uno de los dos hijos por igual importe, en atención a la indemnización reseñada por el Tribunal Supremo (Sala de lo Contenciosos-Administrativo, Sección 4ª), de 3 de diciembre 2012 en cuanto a los daños y perjuicios causados a una persona que falleció de cáncer, habiendo sido dada de alta sin diagnóstico y sin determinación del origen de los síntomas. Asimismo se requiere al Hospital... el historial clínico íntegro con la totalidad de los informes, pruebas diagnósticas y estudios complementarios.

Con la demanda se aporta diversa documentación entre la que cabe destacar:

- El informe pericial anteriormente referido del doctor... que contiene el estudio y conclusiones transcritas.
- El informe pericial de la autopsia de 3 de enero de 2013, emitido por el Instituto Navarro de Medicina Legal, Servicio de Patología, en el que se determina que la causa de la muerte fue “una disección de aorta, con posterior hemopericardio”.
- El dictamen B12-06790 del Servicio de Histopatología del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, de 11 de junio de 2013, en el que se concluye que el estudio histopatológico:
 - “1. Ha corroborado un proceso de rotura intimal en la aorta supra-avalvular con disección proximal y distal hasta la aorta abdominal, y rotura al epicardio que justifica la producción de hemopericardio. Aorta con mínimos cambios de degeneración mixoide y ateromatosis simple focal.
 2. Cambios discreto prolapso valvular mitral.
 3. Hipertrofia ventricular izquierda.
 4. Nefroangiosclerosis (descartar estatus hipertensivo).
 5. Sin alteraciones en las restantes muestras estudiadas”.

Iniciación del procedimiento

El Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea dirigió comunicación a los interesados el 13 de enero de 2014, informándoles de la admisión a trámite de su reclamación, de la identidad de la instructora del procedimiento, así como del plazo máximo para resolver y notificar la resolución del procedimiento (6 meses a contar desde 16 de diciembre de 2013), de los efectos del silencio administrativo (desestimación de la solicitud), así como de los efectos que se podían derivar de la reclamación presentada respecto al acceso a los datos de sus historias clínicas.

Instrucción del procedimiento: historia clínica

Iniciada la instrucción, se solicitó a la Directora del Hospital... la remisión de la historia clínica completa de don... correspondiente a la asistencia médica recibida en el Hospital... relacionada con los hechos objeto de reclamación (entre los días 13 a 17 de diciembre de 2012), con inclusión de la totalidad de los informes médicos, las pruebas diagnósticas y los estudios complementarios realizados, así como la emisión de informes médicos sobre la valoración del caso por la Jefa del Servicio de Medicina Interna y por la Jefa de la Sección de Urgencias del Hospital...

De la documentación clínica aportada cabe destacar como más relevantes, a la vez que significativos a los efectos de este dictamen, los siguientes extremos:

- El 13 de diciembre de 2012, a las 18.18 horas, don... paciente de 54 años, acudió a la Sección de Urgencias del Hospital... por episodio de dolor epigástrico intenso, seguido de pérdida de conocimiento de unos 2 minutos de duración, sin movimientos anormales pero con relajación de esfínteres, recuperación espontánea posterior. En la exploración física realizada en Urgencias se constata que presentaba "Presión

arterial 122/81 mm Hg. Pulso 77 x'. Temperatura axilar: 36° C. Sat. O2: 97%". Regular estado general. Consciente y orientado en 3 esferas. Glucemia capilar 134. Buen estado de hidratación. Buena coloración y mucosas. Auscultación cardíaca rítmica sin ruidos patológicos. Auscultación pulmonar sin alteraciones patológicas significativas, leve hipofonesis hemicampo derecho. Abdomen blando y depresible, sin masas ni visceromegalias, no doloroso. En las extremidades se palpan pulsos periféricos simétricos.

- Posteriormente se solicitaron pruebas complementarias que ayudasen a descartar la patología aguda (analítica de enzimas cardíacas, electrocardiograma y RX de tórax) y se pautan analgesia (antiinflamatorio: dexketoprofeno). En los análisis y en el electrocardiograma no se objetivaron alteraciones patológicas, observándose en la radiografía lateral de tórax una línea de disminución de densidad que se comenta con el servicio de Radiología, recomendado repetir la prueba al día siguiente. Se diagnostica provisional como posible pericarditis. Se ingresa al paciente en la Unidad de Observación de Urgencias para control evolutivo, monitorización de constantes y repetir analítica, electrocardiograma y RX de tórax, dado que se encontraba estable hemodinámicamente y asintomático tras la medicación pautada.

- Sobre las 7.30 horas del 14 de diciembre de 2012 sufre nuevo episodio de dolor epigástrico, más intenso en decúbito, que mejora parcialmente al incorporarse, relacionado con movimientos respiratorios y que cede progresivamente tras la administración de "dexketoprofen iv". Se constata la normalización de la tensión arterial y la cesión de la misma.

- Se vuelven a realizar pruebas complementarias el día 14 de diciembre de 2012, objetivándose en los análisis una ligera elevación de reactantes de fase aguda. Analítica del día 13 de diciembre (leucocitos 10.000, con un 55,8% de granulocitos), analítica del día 14 de diciembre (leucocitos 11.100, con un 78,6% de granulocitos y una proteína C reactiva de 0,89 mg/dL (valores normales de 0-0,5); en el electrocardiograma se aprecia una ligera elevación inespecífica de ST en II y a VF.

- Se repite la RX de tórax (en la que no se objetivaron signos indirectos de disección aórtica: no existía ensanchamiento mediastínico, ni derrame pleural izquierdo, ni pérdida de definición del botón aórtico, ni existía diferencia entre los diámetros de aorta ascendente y descendente) y se vuelve a comentar con el Servicio de Radiología doctora... quien, conjuntamente con el facultativo de Urgencias doctora..., deciden la realización de una TAC para valoración de la imagen hipodensa que aparece en la RX lateral del tórax. La conclusión de la TAC es la siguiente: engrosamiento pericárdico, compatible con pericarditis, apreciándose una línea hipodensa, de densidad negativa, en relación con grasa pericárdica. Conclusión: "signos compatibles con pericarditis".

- No se realizan más pruebas complementarias en Urgencias dada la estabilidad clínica del paciente y el resultado de los análisis, electrocardiograma y de la TAC. No se realiza ecocardiograma de urgencia al no presentar el paciente inestabilidad hemodinámica, ni cardiomegalia en la RX, ni signos de taponamiento cardiaco.

- El día 14 de diciembre de 2012 se le ingresa en planta de Hospitalización de Medicina Interna sobre las 13.00 horas para completar estudio y descartar daño miocárdico asociado, al presentar

en los análisis un aumento de la troponina cardiaca (sin perfil isquémico). En la anamnesis que se le realiza antes de su ingreso por el médico asignado de Medicina Interna, el paciente refiere que lleva una vida activa, sin antecedentes personales médicos de interés. En cuanto al episodio actual, señala haber sido traído a Urgencias el día anterior de ingreso en planta por presentar bruscamente “dolor epigástrico, a punta de dedo, irradiado a la región precordial y de intensidad progresiva, lo que le originó cuadro presincopeal (refiere cierto aturdimiento, no pérdida de conciencia) de unos segundos de duración”. El dolor se caracterizaba por incrementarse con la inspiración profunda y el decúbito supino, mejorando con la sedación. No se relata cuadro infeccioso en los días previos ni otra sintomatología. En la exploración física, el paciente estaba consciente, orientado en tiempo, espacio y persona, afebril, hemodinámicamente estable, eupneico, con buen aspecto y estado general. No presentaba focalidad neurológica alguna, ni rigidez de nuca, ni ingurgitación yugular. A la auscultación cardiaca los tonos eran rítmicos, con frecuencia normal, no se aprecian ruidos ni soplos cardiacos. La auscultación pulmonar era normal, así como la exploración abdominal y de extremidades, pulsos presentes y simétricos, sin apreciarse edemas, datos de trombosis venosa ni insuficiencia arterial o venosa. El paciente relata que se encuentra asintomático desde la administración de la analgesia esa mañana en el Servicio de Urgencias, con aparición de leve dolor con el decúbito supino completo, que cedía al incorporarse. El paciente indicó al facultativo de manera expresa y reiterativa que desearía que le otorgaran el alta médica, dado el buen estado general que presentaba, indicándosele que no se consideraba en ese momento oportuna el alta hospitalaria dado que precisaba seguimiento clínico evolutivo. La solicitud de alta hospitalaria fue comentada posteriormente por y con el familiar acompañante (hijo).

No se solicitaron otras pruebas de imagen, pautándose tratamiento anti-inflamatorio, actitud expectante y observacional.

- El 15 de diciembre de 2012 se volvió a evaluar al paciente encontrándole asintomático y con buen aspecto general. El dolor que presentaba había cedido con antiinflamatorios y era un dolor en hemotórax izquierdo que empeoraba claramente con el decúbito. La exploración física era anodina y no había datos de fallo cardiaco. Se decidió dejarle ingresado veinticuatro horas más para vigilarle, valorar la respuesta al tratamiento y realizarle una nueva analítica con proteína C reactiva para ver si existían datos de inflamación. Se comentó con el paciente que si no aparecía nueva clínica, empeoramiento o datos no esperados se le podría remitir a su domicilio, con consulta unos días en cardiología; el paciente y su familiar estaban de acuerdo con la decisión.

- El día 16 de diciembre de 2012 se constata que el paciente no tenía dolor con el tratamiento administrado, normalidad de las constantes y exploración anodina. En los análisis de sangre realizados en la mañana se advierte una elevación de proteína C reactiva hasta 12,3 mg/dL (normal entre 0 y 0,5), el valor previo realizado en Urgencias el día 14 de diciembre fue 0,89 mg/dL. La hematología arroja un resultado: "Hematíes de $3,86 \cdot 10^6/\mu\text{L}$ (4,5-5,9). Hemoglobina 13,4 g/dL. Hematocrito 38,3 %, que supone un descenso respecto de los valores del 14 de diciembre (Hematíes de $4,4 \cdot 10^6/\mu\text{L}$ (4,5-5,9). Hemoglobina. 15,3 g/dL. Hematocrito: 43,1 %)". Se procedió a dar el alta al paciente, en buen estado general, constatando tensión arterial y frecuencia cardiaca normales, deambulando y sin referir dolor.

- El día 17 de diciembre de 2012, sobre las 8,49 horas, don... refiere dolor torácico y disnea. Su vecina habla con él y aqueja dolor torácico

localizado en epigastro con irradiación retroesternal y vómitos, de “naturaleza distinta al del otro día”. Avisado el médico de la zona, el paciente se encuentra ya en situación de PCR y acude SAMU-UCI, se práctica diversas maniobras de resucitación y se certifica exitus a las 9,45 horas. La familia solicita la realización de autopsia clínica, cuyo informe se emitió en Estella el 3 de enero de 2013. En él se determina como causa de la muerte “disección de aorta, con posterior hemopericardio”.

Informes

A solicitud de la instructora del procedimiento, doña..., Jefa de la Sección de Urgencias del Hospital..., emite informe sobre la asistencia prestada en la Sección de Urgencias del citado hospital.

En el informe se señala que don... acudió por iniciativa propia, en medios propios y deambulando, por motivo de un síncope lipotimia 2ª a dolor epigástrico. Se refiere todo el conjunto de actuaciones y analíticas prácticas durante su estancia en la Sección, resaltándose que “dada la estabilidad clínica del paciente y el resultado de los análisis, electrocardiograma y de la TAC no se consideró necesario la realización de más pruebas complementarias en Urgencias. No se realizó un ecocardiograma de urgencia al no presentar inestabilidad hemodinámica, ni cardiomegalia en la RX ni signos de taponamiento cardíaco”.

En cuanto a la posible mala praxis médica por parte de la Sección de Urgencias, se alude a la frecuencia de la patología por pericarditis (1 de cada 1000) frente a la disección aórtica (5-10 casos por millón de habitantes y año), y la incidencia de esta última patología en pacientes jóvenes por HTA esencial o en relación con válvula aórtica bicúspide, coartación aórtica, tercer trimestre de embarazo, defectos hereditarios de tejido conectivo y causa iatrogénicas. Se indica que el dolor asociado a la disección aórtica es

severo, de comienzo súbito, desgarrante, pulsátil, migratorio y siguiendo el sentido de la disección, localizado en la cara interior del tórax, cuello y mandíbula cuando la disección es proximal. Se indica, además, que en el examen clínico de la disección existe un déficit de pulsos e insuficiencia aórtica; así como que el dolor es muy severo calmándose con mórficos y no con antiinflamatorios.

En el informe se señala que don... carecía de los mencionados factores etiológicos de disección aórtica, el dolor cedía con analgesia habitual, no existía reducción asimétrica de la amplitud del pulso arterial, ni se objetivó soplo de insuficiencia aórtica. Se advierte que durante su estancia en Urgencias mantuvo estabilidad hemodinámica, así como que las pruebas complementarias practicadas apoyaban el diagnóstico de compatibilidad con la pericarditis, por lo que no se consideró necesario realizar más estudios en Urgencias.

En cuanto a la cuestión de falta de datos concluyentes sobre la pericarditis se aduce su variedad y multiplicidad de causas; haciéndose hincapié en la compatibilidad con este diagnóstico del dolor que el paciente presentó en Urgencias y aumento de reactantes de fase aguda (leucocitos y proteína C reactiva) presentes en la analítica del día 14 de diciembre. Se apunta que la no aparición de roce pericárdico no excluye la existencia de pericarditis aguda y que los cambios ECG pueden aparecer desde el inicio del dolor hasta varios días después, habiéndose observado en el ECG del día 14 de diciembre de 2012 cambios evolutivos inespecíficos (ligera elevación ST en II y a VF). Se reseña que en la TAC del día 14 de diciembre de 2012 se apreciaban signos compatibles con pericarditis por engrosamiento pericárdico y línea hipodensa de densidad negativa en relación con la grasa pericárdica. En tanto que la radiografía de tórax, informada por la doctora..., la prominencia hiliar bilateral con probable relación con estructuras vasculares, se estimaba como dato sin significación

patológica, siendo frecuente su aparición en personas sanas de mediana edad.

A petición de la instructora del procedimiento también ha emitido informe doña..., Jefa del Servicio de Medicina Interna del Hospital... En el mismo se transcriben las actuaciones realizadas en urgencias y se reconoce que no se solicitaron otras pruebas de imagen “ante las características del dolor referido por el paciente, la buena repuesta del mismo al AINE administrado, los hallazgos en las pruebas diagnósticas realizadas, compatibles con pericarditis, y el buen estado general del paciente en el momento del ingreso”.

El informe refiere, entre otras cuestiones, que el 15 de diciembre de 2012 se volvió a valorar al paciente por un médico especialista en medicina interna, que lo encontró asintomático, sin datos de gravedad y con buen estado general. El dolor había cedido con antiinflamatorios y era un dolor en hemotórax izquierdo, que empeoraba claramente con el decúbito. Se señala que se decidió dejar ingresado al paciente 24 horas más, para vigilarle y valorar la respuesta al tratamiento, así como para realizarle una nueva analítica con proteína C reactiva para ver si existían datos de inflamación. También se apunta que el día 16 de diciembre de 2012, tras el pase de visita, aquél no tenía dolor con el tratamiento administrado, presentaba normalidad de las constantes y exploración anodina, arrojando los análisis de sangre realizados en esa mañana una elevación de la proteína C reactiva hasta 12,4 mg/dL; por lo que se le dio el alta al paciente, en buen estado general, constatando tensión arterial y frecuencia cardiaca normales, deambulando y sin referir dolor.

En cuanto a las consideraciones de la actuación efectuada por el Servicio de Medicina Interna, con cita de los textos de referencia (Harrison, *Principios de Medicina Interna*, 17ª edición, 2009; *Guías Práctica Clínica de*

la Sociedad Española de Cardiología en enfermedades de aorta, 2000; y Guidelines on Diagnosis and Management of Pericardial Diseases from the European Society of Cardiology, 2004), se señala sintéticamente lo siguiente:

- La pericarditis aguda es la patología más frecuente, no así la disección de aorta (2,9 casos por 100.000 habitantes).

- El 85-90% de la pericarditis aguda tiene carácter idiopático por lo que la ausencia de antecedente de infección no permite descartar ese diagnóstico; siendo una eventualidad muy rara (menos del 1% de los casos) la pericarditis aguda debida a disección aórtica.

- No constaba en el historial del paciente ninguno de los factores predisponentes para la disección aórtica (80% muestran hipertensión).

- No se apreció en el caso murmullo de regurgitación aórtica presente en el 40% de los casos de disección aórtica tipo A.

- En los electrocardiogramas se objetivó alteración en la repolarización, con elevación del segmento ST con concavidad superior en varias derivaciones, presentes en pericarditis aguda y no en disección aórtica.

- El paciente presentaba dos de los criterios diagnósticos de la pericarditis aguda: dolor torácico y alteraciones electrocardiográficas sugestivas.

- El desflecamiento o refuerzo hilar bilateral son datos descriptivos inespecíficos y no se apreciaba ensanchamiento del mediastínico (presente en el 60% del síndrome aórtico agudo).

- La TAC de tórax realizado es compatible con pericarditis aguda y mostraba engrosamiento del pericardio pero no derrame.

- El paciente no presentaba el dolor que se produce en el 90% de los casos de disección aórtica; habiendo solicitado explícita y reiteradamente el alta médica.

- La elevación de la proteína C reactiva, que no se menciona en la demanda de responsabilidad, resultaba orientativa de un proceso inflamatorio y apoyaba el diagnóstico considerado.

- El descenso del hematocrítico es habitual en pacientes que han recibido fluidoterapia por un mecanismo de hemodilución y trastorno inflamatorio; no presentando el paciente datos sugestivos de un sangrado agudo como son la hipotensión, la taquicardía, la insuficiencia respiratoria o la alteración del nivel de consciencia.

El informe concluye señalando, de un lado, que don... no presentaba datos de afectación miocárdica, ni taponamiento cardíaco, ni de insuficiencia cardíaca; es decir “no presentaba criterios de gravedad clínica en el reconocimiento médico que se le realiza en el Servicio de Medicina Interna, por lo que, añadido a que las otras evidencias aportadas eran sugestivas de pericarditis aguda idiopática sin datos de gravedad, y que el ecocardiograma no es una exploración imprescindible para establecer el diagnóstico de pericarditis aguda, el cual se basa en otros criterios, lleva a no solicitar otras pruebas durante el ingreso y remitirle a consultas”. De otro lado, se apunta que los datos clínicos que presentaba aquél no eran en absoluto orientativos de una disección aórtica, sin que en la valoración realizada por los seis médicos que le evaluaron se suscitara esa sospecha habiéndose contado, además, con un informe radiológico. Termina afirmándose que “ese periodo de casi 96 horas que tuvo entre el primer episodio de dolor y el evento que provocó el exitus del paciente, con estado general prácticamente normal, es totalmente atípico”.

Dictamen médico.

Consta en el expediente el dictamen médico emitido por la asesoría médica... (en adelante,...), a solicitud de la compañía... En el informe de fecha 26 de abril de 2014, suscrito por cuatro especialistas en medicina interna y cirugía, se realiza un detallado examen de los antecedentes, que se extiende a diversas consideraciones sobre la disección aórtica y su diagnóstico. Se examinan las valoraciones ya referidas del informe pericial de parte del doctor... señalándose, entre otras cuestiones, lo siguiente:

- El dolor torácico es el síntoma más frecuente de la disección aórtica y aparece en el 96% de los casos; pero su aparición aislada, menos si es atípica, no permite hacer el diagnóstico pues para ello se precisa que se asocien otros signos o aparezca en personas con un alto riesgo de padecerla. En este caso no se presentó realmente dolor torácico sino dolor en el epigastrio que es abdominal, aunque se manejó como dolor torácico. Este dolor “no era de tipo lancinante, transfixivo, como es el la disección” sino de características pleuropericárdicas (aumenta con la inspiración). En suma, “el enfermo tenía un dolor atípico que no sugería la existencia de disección aórtica y sugería fuertemente pericarditis aguda”.

- No se puede predecir lo que hubiera acontecido si el diagnóstico de disección aórtica se hubiese realizado antes, pero en cualquier caso el pronóstico hubiera sido muy malo. “En la disección proximal (tipo A) el tratamiento es la intervención quirúrgica urgente que tiene una mortalidad del 20% y en España es de 33% y que en este enfermo probablemente sería mucho mayor por la localización”.

El informe discrepa de las valoraciones efectuadas por el doctor... en su pericial. Se cuestiona la interpretación que éste efectúa sobre los resultados de la radiografía de tórax en atención a que en el informe se indica que los hallazgos encontrados no tienen significado patológico; habiéndose pedido por el médico de urgencias una TAC de tórax, en un

exceso de celo, que ratificó ese juicio, encontrándose un engrosamiento del pericardio, y concluyendo el radiólogo que ello era compatible con una pericarditis. Se discute la afirmación del doctor... de que la TAC torácica sin contraste se limitó al área torácica, no se incluyó todo el espacio mediastínico y no se valoró grandes vasos, pues esa información no figura en el informe de la TAC. Se refuta que pueda sostenerse que no existió un diagnóstico diferencial con otras causas de dolor torácico, pues éste sí se efectuó como acredita que se solicitara una TAC torácica que mostraba hallazgos sugestivos de pericarditis. En cuanto a las variaciones del hematocrito, con caída de hematíes y hemoglobina, que se refiere por el perito de parte como indicio de la patología de disección de aorta, se aclara que esas cifras son completamente normales y “la disminución de los valores es esperable en un enfermo al que se le ha administrado suero salino y por tanto la sangre está más diluida”, así como en un enfermo en el que se sospecha un proceso infeccioso, como acaece en la pericarditis aguda. Se niega que no se siguiera el protocolo adecuado pues se buscó otra causa justificativa del dolor, una vez descartado el infarto de miocardio y angina inestable, por lo que no era necesario efectuar más exploraciones complementarias y sí vigilar la evolución. A ello se añade que las indicaciones para efectuar una ecocardiografía en una pericarditis aguda (inestabilidad hemodinámica, signos físicos de taponamiento cardiaco, cardiomegalia radiológica, sospecha de miocarditis, mala evolución con persistencia de dolor o fiebre) no concurrían en el paciente y la información que proporciona el ecocardiograma en la pericarditis aguda no es superior a la de la TAC, salvo para ver la dinámica cardiaca. Además, se cuestiona la posibilidad del éxito quirúrgico que se señalaba en el informe de parte, estimando acorde a las circunstancias del paciente unas probabilidades inferiores al 60%.

Entre las conclusiones del informe cabe destacar las siguientes:

- El paciente no presentaba antecedentes de hipertensión arterial (aunque probablemente era hipertenso por los hallazgos de la autopsia), ni de otro tipo, ni tenía hábito marfanoide, y por tanto no había factores conocidos de riesgo de disección de aorta.

- El enfermo tenía un dolor atípico que no sugería la existencia de disección aórtica y sugería fuertemente pericarditis aguda.

- Por todo lo anterior no existían datos que hiciesen pensar en la posibilidad de disección aórtica.

- La disección aórtica es un proceso muy grave con una mortalidad que aumenta un 1% cada hora durante los dos primeros días, llegando, por tanto a una mortalidad del 48%. La supervivencia a corto plazo es menor en la disección tipo I con comunicación y extensión anterógrada (como tuvo este paciente).

- En la disección proximal (tipo A) el tratamiento es la intervención quirúrgica urgente que tiene una mortalidad del 20% y en España del 33%. En este enfermo sería mucho mayor por la localización (es mayor en disección tipo I y más aún si la disección es muy cercana a la válvula aórtica y en este caso estaba a solo un cm). Las posibilidades de éxito quirúrgico en este paciente eran inferiores al 60%.

- El enfermo fue diagnosticado de pericarditis aguda y éste es el diagnóstico lógico ante un enfermo con dolor de tipo pleuropericárdico, que se alivia al inclinarse hacia delante, y el electrocardiograma con ST elevado y enzimas cardíaca prácticamente normales en el que una TAC indica que tiene engrosamiento pericárdico.

- En esta situación no es necesario hacer más exploraciones complementarias porque lo lógico es pensar que se trata de una pericarditis

aguda y cualquier otra orientación diagnóstica no sería acorde a lo razonable.

- Se aplicó el protocolo recomendando en el manejo del dolor torácico y la actuación seguida con el paciente fue acorde con *la lex artis ad hoc*.

Trámite de audiencia y alegaciones

Mediante oficio de fecha 26 de mayo de 2014 la instructora dio trámite de audiencia al interesado por un periodo de diez días hábiles para la presentación de las alegaciones, en su caso, y la presentación de los nuevos documentos y las justificaciones que se estimaran pertinentes. Asimismo, se le facilitó copia de la historia clínica remitida por el Hospital..., los informes emitidos por las doctoras doña... y doña..., así como el dictamen médico efectuado por la Asesoría Médica...

La representación letrada de los reclamantes, por escrito de 9 de junio de 2014, se ratificó en sus peticiones y apreciaciones, aportando como documentación el informe de la Inspección de Trabajo de Navarra de fecha 21 de marzo de 2013, los medios humanos y materiales de los que dispone el Hospital..., el libro electrónico de temas de urgencias del Servicio Navarro de Salud, y el informe pericial completo emitido por el doctor...

Se emite ampliación de dictamen por... en el que se ratifica en sus conclusiones y da respuesta a las alegaciones de la demandante señalando, entre otros aspectos, que no es correcta la alusión al libro electrónico de Urgencias del Servicio Navarro de Salud como referencia de protocolos, pues es éste un libro elaborado por los médicos residentes de diferentes hospitales de Navarra, habiéndose publicado en la página web del Servicio Navarro de Salud. El descenso del hematocrito no significa inestabilidad hemodinámica, ya que ésta se refiere a la dinámica cardiovascular y no a la existencia o no de anemia. La referencia a la prominencia hiliar bilateral,

probablemente vascular, que se presentaba en la radiografía del tórax no supone que fuera un dato anormal. Y la mortalidad operatoria de la disección de aorta tipo A es de un 41% en España a pesar de que el 80% se diagnostique precozmente.

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 don..., en nombre y representación de doña..., don... y don..., por los presuntos daños y perjuicios derivados del fallecimiento del esposo y padre a consecuencia del funcionamiento de los servicios sanitarios públicos. En su fundamentación se traen a colación los informes de las facultativas responsables de la atención médica que se proporcionó en Urgencias y Medicina Interna al fallecido don..., así como las consideraciones y las conclusiones del dictamen de... y su ampliación.

De los informes de las doctoras... y doña... se contiene, en la propuesta de resolución, la transcripción íntegra y exacta de apreciaciones y conclusiones, que han sido recogidas con detalle *ut supra*, así como las conclusiones finales del informe de... y su complementario emitido en contestación a las alegaciones presentadas por los reclamantes tras el trámite de audiencia. De todo ello se concluye que no cabe apreciar la existencia de un daño antijurídico del que se deba derivar responsabilidad patrimonial a la Administración por el funcionamiento de los servicios sanitarios públicos, dado que los profesionales de los citados servicios actuaron en el presente caso conforme a la “lex artis ad hoc”, proponiéndose la desestimación de la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada.

II. CONSIDERACIONES JURÍDICAS

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

La presente consulta versa sobre una reclamación formulada por don..., en nombre y representación de doña..., don... y don..., por presuntos daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios públicos. Es ésta 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 se consulte al Consejo de Navarra 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 Ley Foral 15/2004, de 3 de diciembre, de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra (en adelante, 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 este dictamen preceptivo, pues la consulta atañe a una reclamación de indemnización por daños y perjuicios de cuantía superior a 120.202,42 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.

La tramitación del presente procedimiento se estima correcta, habiendo incorporado los documentos necesarios para conocer las circunstancias concurrentes en la atención sanitaria prestada, constanding además informes médicos suficientes para valorar la misma y, en definitiva, habiendo respetado el derecho de audiencia y defensa que corresponde a los reclamantes, otorgándoles la posibilidad de conocimiento íntegro de las actuaciones, formulación de alegaciones y presentación de documentos, y todo ello con anterioridad a la propuesta de resolución.

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.

La carga de la prueba de los hechos necesarios para que exista responsabilidad corresponde a quien reclama la indemnización y, en cambio, corre a cargo de la Administración la prueba del correcto funcionamiento del servicio o de la existencia de fuerza mayor o de circunstancias demostrativas de la existencia de dolo o negligencia de la víctima suficientes para considerar roto el nexo de causalidad (como recuerda la sentencia del Tribunal Supremo de 13 de julio de 2000).

II.3ª. En particular, la antijuridicidad del daño y cumplimiento de la *lex artis*.

Conforme al artículo 141.1 de la LRJ-PAC, “sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquellos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Como este Consejo ha señalado en precedentes dictámenes (entre otros, el 10/2013, de 9 de abril y 7/2014, de 10 de marzo), el sistema legal de responsabilidad patrimonial de la Administración viene dotado de

naturaleza objetiva, pero cuando nos encontramos ante una prestación pública en el ámbito sanitario la traslación mecánica del principio de objetividad puede provocar resultados no sólo contrarios a un elemental principio de justicia, sino incluso a la concreta función del instituto indemnizatorio, por ello se ha reiterado por la jurisprudencia que el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración no convierte a las Administraciones Públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos sociales (SSTS 19 de junio de 2001 y 26 de febrero de 2002); y, por otra parte, como también ha recordado el Tribunal Supremo (SSTS 19 de junio de 2001 y 4 de marzo de 2006), no basta para que exista responsabilidad patrimonial la apreciación de deficiencias en la atención médica prestada, sino que es necesario, además, que el perjuicio invocado y cuya reparación se pretende sea una consecuencia o tenga como factor causal dicha prestación sanitaria.

Por otra parte, es igualmente conocida la doctrina jurisprudencial conforme a la cual en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión, sino que será preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, y si cabe establecer un nexo causal que opere la imputación de responsabilidad a los servicios sanitarios; todo ello con independencia 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 curación o la salud del paciente (STS, Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 13 de julio de 2007).

En consecuencia, el criterio fundamental para determinar la existencia o no de responsabilidad patrimonial es el de la "lex artis" y ello ante la inexistencia de criterios normativos que puedan servir para determinar cuándo el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios ha sido correcto. La existencia de este criterio se basa en el principio básico

sustentado por la jurisprudencia en el sentido de que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados, es decir, la obligación es de prestar la debida asistencia medica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Por lo tanto, el criterio de la "lex artis" es un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida ("lex artis"). Este criterio es fundamental pues permite delimitar los supuestos en los que verdaderamente puede haber lugar a responsabilidad exigiendo que no solo exista el elemento de la lesión sino también la infracción de dicha "lex artis"; de exigirse sólo la existencia de la lesión se produciría una consecuencia no querida por el ordenamiento, cual sería la excesiva objetivación de la responsabilidad al poder declararse la responsabilidad con la única exigencia de la existencia de la lesión efectiva sin la exigencia de la demostración de la infracción del criterio de normalidad representado por la "lex artis" (STS de 13 de julio de 2007). Como reiteradamente se ha reconocido por la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, el daño indemnizable ha de ser antijurídico y, en caso de daños derivados de actuaciones sanitarias, no basta con que se produzca el daño sino que es necesario que éste haya sido provocado por una mala praxis profesional. Así, la sentencia de 19 de septiembre de 2012, recaída en recurso de casación 8/2010, dice:

“La concepción del carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial que se mantiene por la parte recurrente no se corresponde con la indicada doctrina de esta Sala y la que se recoge en la sentencia de 22 de abril de 1994, que cita las de 19 enero y 7 junio 1988, 29 mayo 1989, 8 febrero 1991 y 2 noviembre 1993, según la cual: «esa responsabilidad patrimonial de la Administración se funda en el criterio objetivo de la lesión, entendida como daño o perjuicio antijurídico que quien lo sufre no tiene el deber jurídico de

soportar, pues si existe ese deber jurídico decae la obligación de la Administración de indemnizar» (en el mismo sentido sentencias de 31-10-2000 y 30-10-2003).

Debiéndose precisar que, cuando se trata de reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria, la jurisprudencia viene declarando que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva mas allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la Lex Artis como modo de determinar cual 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. Así, la sentencia de 14 de octubre de 2002, por referencia a la de 22 de diciembre de 2001, señala que «en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir, de modo que, aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si ésta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia postoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste, hoy recogida en el citado artículo 141.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, redactado por Ley 4/1999, de 13 de enero, que no vino sino a consagrar legislativamente a doctrina jurisprudencial tradicional, cuyo alcance ha quedado aquilatado en este precepto»”.

De lo expuesto se colige que el reproche de antijuricidad de la lesión acaecida se elimina si la actuación médica se ajusta a la *lex artis ad hoc*; esto es, cuando se valore que la actuación médica se ha desarrollado correctamente teniendo en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos -estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la misma organización sanitaria-, atendiendo al estado de la ciencia y técnica normal requerida, cumpliéndose tanto el acervo de exigencias o requisitos de legitimación o actuación lícita, como respondiendo con eficacia los servicios (STS, Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 11 de marzo de 1991). Cuando se hubiera procedido así, el daño producido no sería calificado de antijurídico y, en consecuencia, no concurriría uno de los presupuestos básicos para que se estime la responsabilidad de la Administración.

En el presente caso la reclamación de responsabilidad dirigida contra la Administración se sustenta en la existencia de un incumplimiento de la “*lex artis ad hoc*” por error diagnóstico, derivado de que a don... no se le efectuó un diagnóstico diferencial, del infarto agudo de miocardio y de la pericarditis, tendente a detectar la patología que reveló la autopsia como determinante de su exitus, la disección aórtica; error que se generaría de que los Servicios Urgencias y Medicina Interna del Hospital... no efectuaron las pruebas de TAC torácica con contraste y/o un ecocardiograma transtorácico o transesofágico. En suma, se considera infringida la “*lex artis ad hoc*” por el error diagnóstico y pérdida de oportunidad en cuanto a la posible atención sanadora; error que se imputa al acto omisivo de la no realización de una TAC de contraste y/o un ecocardiograma.

Para apreciar las cuestiones que se plantean en la reclamación de responsabilidad debe partirse de los datos que ofrecen la historia clínica y los informes médicos incorporados al expediente sobre la sintomatología que

presentaba don... en su ingreso y estancia en el Hospital..., así como las pruebas que se le practicaron y los resultados obtenidos. Pues, como ha señalado la Sentencia del Tribunal Supremo de 14 de octubre de 2010 (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 6ª), número 2683/2006, “el juicio acerca de la corrección profesional o médica de una conducta no puede establecerse mediante el simple mecanismo de una inferencia establecida retrospectivamente acerca de si la opción alternativa no escogida habría evitado el resultado lesivo concreto conocido. De ser así es evidente que siempre estaría indicada la intervención”.

La revisión de la historia clínica aportada lleva a pensar que las actuaciones realizadas por los Servicios de Urgencias y Medicina Interna fueron ajustadas al proceso habitual de diagnosis que se derivaba de la sintomatología del paciente.

En el Servicio de Urgencias, el 13 de diciembre de 2012, se le practicó exploración física completa, encontrándose al paciente estable hemodinámicamente. Se solicitaron pruebas complementarias que ayudasen a descartar la patología aguda (analítica de enzimas cardiacos, electrocardiograma y RX de tórax), y se le pautó analgesia con antiinflamatorios (dexketoprofeno), cediendo el dolor. En los análisis y en el electrocardiograma practicado no se objetivaron alteraciones patológicas, observándose en la Radiografía Lateral de Tórax una línea de disminución de densidad que se comenta con el Servicio de Radiología, recomendando repetir la prueba al día siguiente. Se le diagnostica posible pericarditis y se le ingresa en la Unidad de Observación de Urgencias para control evolutivo, monitorización de constantes y repetir analítica, electrocardiograma y RX de Tórax. Manteniéndose asintomático hasta las 7:30 horas del día 14 de diciembre de 2012, momento en que manifiesta dolor en epigastrio en relación con movimientos respiratorios, es tratado con antiinflamatorios y se constata la normalización de la tensión arterial y cesión del dolor. Se le

realizan pruebas complementarias el día 14 de diciembre. Se repite el RX de Tórax, que no objetiva signos indirectos de disección aórtica (no existe ensanchamiento mediastínico, ni derrame pleural izquierdo, ni pérdida de definición del botón aórtico, ni diferencia entre los diámetros de aorta ascendente y descendente). Se le realiza una TAC para la valoración de la imagen hipodensa que aparece en la RX lateral de tórax, apreciándose engrosamiento pericárdico, compatible con pericarditis, apreciándose una línea hipodensa, de densidad negativa en relación con grasa pericárdica; concluyéndose que son signos compatibles con pericarditis. En atención a la estabilidad clínica del paciente y el resultado de los análisis, electrocardiograma y de la TAC no se consideró necesario realizar más pruebas complementarias en Urgencias.

Las actuaciones y la diagnosis de la patología efectuada por el Servicio de Urgencias, en ese momento, parecen conformes a la sintomatología del paciente y los datos científicos. Se partió de la base que la patología por pericarditis resulta frecuente (1 de cada 1000 habitantes) mientras que la disección aórtica se plantea de 5-10 casos por millón de habitantes y año. Además, los factores etiológicos de disección aórtica que se suelen referir como indicativos de ella no se manifestaban de forma evidente en el paciente. El dolor cedía con analgesia habitual –el dolor no era severo, de comienzo súbito, desgarrante, pulsátil, migratorio y siguiendo el sentido de la disección, localizado en la cara interior del tórax, cuello y mandíbula cuando la disección es proximal-; no existía reducción asimétrica de la amplitud del pulso arterial; no se objetivó soplo de insuficiencia aórtica; y durante la estancia aquél mantuvo estabilidad hemodinámica. Las pruebas complementarias que se practicaron a don... apoyaban el diagnóstico de compatibilidad con la pericarditis, también los datos de dolor epigástrico en relación con el movimiento respiratorio y el aumento de reactantes en fase aguda (leucocitos y proteína C reactiva). Otros elementos como la falta de roce pericárdico no descartaba la existencia de pericarditis aguda, pues éste

no siempre ésta presente, mientras que la TAC del día 14 de diciembre de 2012 mostraba signos compatibles con pericarditis por engrosamiento pericárdico y línea hipodensa de densidad negativa en relación con la grasa pericárdica. En la radiografía de tórax, informada por la doctora..., la prominencia hilar bilateral con probable relación con estructuras vasculares, se valoró como dato sin significación patológica al ser frecuente su aparición en personas sanas de mediana edad.

A ello se une que cuando el paciente ingresó en el servicio de Medicina Interna “las características del dolor referido por el paciente, la buena respuesta del mismo al AINE administrado, los hallazgos en las pruebas diagnósticas realizadas, compatibles con pericarditis, y el buen estado general del paciente en el momento del ingreso” motivaron que no se solicitaran otras pruebas de imagen.

Asimismo, cabe estimar ajustados a la sintomatología del paciente y a los datos científicos aplicables al caso la atención médica cursada en el Servicio de Medicina Interna. El 15 de diciembre de 2012 se volvió a valorar al paciente y se decidió dejarle ingresado durante 24 horas más, para vigilarlo y valorar la respuesta al tratamiento y realizarle una nueva analítica con proteína C reactiva para ver si existían datos de inflamación. Se siguió su control, no mostró dolor con el tratamiento administrado, y presentó normalidad en las constantes, con exploración anodina. Los análisis de sangre evidenciaron la elevación de la proteína C reactiva hasta 12,4 mg/dL. Se le dió el alta el día 16 de diciembre de 2012 en buen estado general, con tensión arterial y frecuencia cardiaca normales, deambulando y sin referir dolor.

Como se apunta en el informe emitido por doña..., Jefa del Servicio de Medicina Interna del Hospital..., la diagnosis del paciente se planteó teniendo presente que el 85-90% de la pericarditis aguda se presenta con

carácter idiopático, por lo que la ausencia de antecedente de infección no permite descartar ese diagnóstico; siendo una eventualidad muy rara (menos del 1% de los casos) la pericarditis aguda debida a disección aórtica. El paciente presentaba dos de los criterios diagnósticos de la pericarditis aguda, dolor torácico y alteraciones electrocardiográficas sugestivas. En los electrocardiogramas se objetivó alteración en la repolarización con elevación del segmento ST con concavidad superior en varias derivaciones, presentes en pericarditis aguda y no en disección aórtica. La TAC de tórax realizado era compatible con pericarditis aguda y mostraba engrosamiento del pericardio pero no derrame. Y la elevación de la proteína C reactiva, aspecto que no se mencionó en la reclamación, resultaba orientativa de un proceso inflamatorio y apoyaba el diagnóstico de la pericarditis aguda.

Por otra parte, señala también el informe que el paciente no refería ninguno de los factores predisponentes para la disección aórtica (80% muestran hipertensión). No se apreciaba murmullo de regurgitación aórtica presente en el 40% de los casos de disección aórtica tipo A. No presentaba el dolor que se produce en el 90% de los casos de disección aórtica. Y “no presentaba criterios de gravedad clínica en el reconocimiento médico que se le realiza en el Servicio de Medicina Interna, por lo que, añadido a que las otras evidencias aportadas eran sugestivas de pericarditis aguda idiopática sin datos de gravedad, y que el ecocardiograma no es una exploración imprescindible para establecer el diagnóstico de pericarditis aguda, el cual se basa en otros criterios, lleva a no solicitar otras pruebas durante el ingreso y remitirle a consultas”.

Se advierte que el desflecamiento o refuerzo hiliar bilateral era un dato descriptivo inespecífico y no se apreciaba ensanchamiento del mediastínico (presente en el 60% del síndrome aórtico agudo). El descenso del hematocrítico es habitual en pacientes que han recibido fluidoterapia por un mecanismo de hemodilución y trastorno inflamatorio, no presentando don

Santiago datos sugestivos de un sangrado agudo como son la hipotensión, la taquicardia, la insuficiencia respiratoria o la alteración del nivel de consciencia.

Es significativa la conclusión final relativa a que “ese periodo de casi 96 horas que tuvo entre el primer episodio de dolor y el evento que provocó el exitus del paciente, con estado general prácticamente normal, es totalmente atípico”.

El dictamen pericial de... y su ampliación, emitida en respuesta a las alegaciones presentadas por el demandante, confirman lo reseñado en dichos informes. Indicándose expresamente que el enfermo “tenía un dolor atípico que no sugería la existencia de disección aórtica y sugería fuertemente pericarditis aguda”, que “no presentaba antecedentes de hipertensión arterial (aunque probablemente era hipertenso por los hallazgos de la autopsia), ni de otro tipo, ni tenía hábito marfanoide, y por tanto no había factores conocidos de riesgo de disección de aorta”; y que el diagnóstico de pericarditis aguda es el “lógico ante un enfermo con dolor de tipo pleuropericárdico, que se alivia al inclinarse hacia delante, y el electrocardiograma con ST elevado y enzimas cardíaca prácticamente normales en el que una TAC indica que tiene engrosamiento pericárdico”. Concluyéndose que en esta situación no resultaba “necesario hacer más exploraciones complementarias porque lo lógico es pensar que se trata de una pericarditis aguda y cualquier otra orientación diagnóstica no sería acorde a lo razonable”.

Por otra parte, las apreciaciones del informe pericial del doctor..., en el que se basa la pretensión actora por “error diagnóstico”, quedan contestadas por los datos reseñados e informes aportados.

Como reseñan los expertos en el dictamen de..., el cuestionamiento del doctor... de que la radiografía de tórax fuera interpretable como normal no

resulta plausible, pues en el propio informe se señala que los hallazgos encontrados no tienen significado patológico; realizándose posteriormente una TAC de tórax que lo confirmó y en el que se encontró un engrosamiento del pericardio. La afirmación de que no se realizó un diagnóstico definitivo por parte de Urgencias y Medicina Interna, habiéndose debido plantear un diagnóstico diferencial con otras causas del dolor torácico, tampoco se ajusta a la sucesión de los hechos, pues se solicitó una TAC torácica que mostraba hallazgos sugestivos de pericarditis, planteando como plausible este diagnóstico. La variación del hematocrito de 47% a 43,1%, en el que el doctor... considera que se debía haber reparado y deducido un signo de la patología de la disección de aorta, no conlleva la significación que pretende, porque esas “cifras son completamente normales y la disminución de los valores es la esperable en un enfermo al que se le ha administrado suero salino y, por tanto, la sangre está más diluida”, siendo además propias de un enfermo en el que se sospecha un proceso infeccioso. La afirmación de que no se valora la simetricidad queda refutada por lo que se reseña en la historia clínica en la que expresamente se señala que se palpan pulsos periféricos simétricos. En cuanto a que no se siguió el libro electrónico de temas de urgencias, se destaca que el citado libro no aparece validado como el protocolo oficial del Servicio Navarro de Salud; y por lo que se refiere a que no se realizó un ecocardiograma -también indicado para la pericarditis-, se advierte que el ecocardiograma que hubiera permitido detectar la disección aórtica es el transesofágico y no el transtorácico realizado para la pericarditis. Por último, las posibilidades de éxito quirúrgico de la patología se niega que sean las afirmadas por el doctor..., siendo inferiores al 60% pues la disección de don... se encontraba a un centímetro de la válvula aórtica.

Todos estos datos y valoraciones hacen concluir que las actuaciones y diagnóstico de los Servicios de Urgencias y Medicina Interna del Hospital... han satisfecho las exigencias de la “lex artis ad hoc”, pues el paciente

presentaba una sintomatología que apuntaba a la pericarditis Aguda y para este diagnóstico no se requerían más pruebas complementarias que las que se efectuaron. En este sentido se han venido pronunciando los Tribunales en supuestos semejantes al que nos ocupa. Así, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Aragón de 10 de noviembre de 2010 (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 3ª), número 833/2010, ha estimado como diagnóstico no acertado, pero la conducta médica adecuada a “lex artis”, una valoración de angina de pecho en vez de disección aórtica, por ser el diagnóstico acorde con los síntomas y signos del paciente, y la respuesta inicial al tratamiento. La Sentencia del Tribunal de Justicia del País Vasco de 11 de junio de 2014 (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 3ª), número 358/2014, ha entendido cumplida la “lex artis ad hoc” y apreciado la inexistencia de error diagnóstico en atención a que la sintomatología del paciente era característica del cólico nefrítico, a pesar de fallecer de un aneurisma con posterior disección de aorta mostrada en la autopsia, considerando que la no realización de una TAC no conlleva dicho error pues esa prueba no era necesaria para la valoración del cólico nefrítico. Y, por último, la Sentencia del Tribunal Supremo de 20 de enero de 2010 (Sala de lo Contencioso-Administrativo, sección 6ª), número 6574/2005, ha admitido satisfecha la “lex artis ad hoc”, respecto a un paciente que fue tratado de un infarto agudo de miocardio y falleció de disección aórtica determinada en el examen post mortem, pues a “la Administración sanitaria cabe exigírsele la aplicación de los medios razonables con el desempeño de las prestaciones sanitarias que la ciencia permita en cada momento, puesto que se trata de una prestación de medios sin que, en modo alguno, pueda exigirse a la misma que garantice un resultado satisfactorio para el paciente, pues ello sería tanto como convertir el principio de responsabilidad de la Administración en una especie de seguro universal que cubriera todos los fracasos de la medicina, aun siendo

las prestaciones sanitarias acertadamente prestadas en función de los medios y conocimientos razonablemente exigibles.”

Por todo lo expuesto cabe concluir que en el presente caso no se aprecia la existencia de un daño antijurídico que los interesados no tengan el deber jurídico de soportar del que se deba derivar responsabilidad patrimonial de la Administración por el funcionamiento de los servicios sanitarios públicos, dado que los profesionales de esos servicios actuaron conforme a la *lex artis ad hoc*. No habiéndose probado tampoco la existencia de una relación de causalidad entre la actuación médica y el resultado dañoso producido.

III. CONCLUSIÓN

El Consejo de Navarra considera que la reclamación formulada por don..., en nombre y representación de doña..., don... y don..., por daños derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios debe ser desestimada en atención a los criterios que aparecen recogidos en el cuerpo del dictamen.

En el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.