

En Logroño, a 18 de mayo de 2011, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en su sede, con asistencia de su Presidente, D. Joaquín Espert Pérez-Caballero, y de los Consejeros D. Antonio Fanlo Loras, D. Pedro de Pablo Contreras, D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> del Carmen Ortiz Lallana y D. José María Cid Monreal, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Granado Hijelmo, y siendo ponente D. Joaquín Espert y Pérez-Caballero, emite, por unanimidad, el siguiente

## **DICTAMEN**

**37/11**

Correspondiente a la consulta formulada por el Excmo. Sr. Consejero de Salud, en relación con el procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial promovido por las hijas y herederas de D<sup>a</sup> V. de T. I., por los daños, a su juicio, causados, por la atención prestada a la misma en el SERIS, tras una caída con traumatismo cerebral y posterior fallecimiento.

## **ANTECEDENTES DE HECHO**

### **Antecedentes del Asunto**

#### **Primero**

Mediante escrito de fecha 1 de septiembre de 2010, registrado de entrada en el Registro de la Consejería de Salud el mismo día, D<sup>a</sup> M. F., D<sup>a</sup> M. J. y D<sup>a</sup> M. del C. R. de T. plantean una reclamación de responsabilidad patrimonial, exponiendo, en síntesis, lo siguiente:

*“(...) En torno a las 9.45 horas del sábado 24 de octubre de 2009, nuestra madre sufrió una caída en la cocina de su casa, golpeándose la cabeza y cayendo al suelo sobre su lado derecho,*

*A pesar del accidente, de forma consciente, avisó a su hija y aquí suscribiente M<sup>a</sup> del C., quien la trasladó al Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario San Milán-San Pedro donde fue atendida por el Dr. D. J. T. L. M..*

*En el informe de asistencia (...), el Dr. L. recogió, entre los antecedentes personales de nuestra madre, el tratamiento con el anticoagulante Sintrom, no sólo porque apareciera en su ficha médica sino, además, porque la firmante M<sup>a</sup> C. se lo advirtió expresamente.*

*Según el parte médico, el motivo de la asistencia fue “que ha tenido una caída al entrar en la cocina. No presenta pérdida de conocimiento. Recuerda el golpe”.*

*Se le realizó la exploración física que consta en el informe y Rx de cráneo y codo derecho (...), la impresión clínica: “policontusión traumática; herida incisa en codo derecho”.*

*Constatado en el propio informe el tratamiento con Sintrom, el asistente de Urgencias no solicitó la realización de muestras analíticas de sangre, ni valoración del estado hemocoagulativo (INR), ni tampoco una Tomografía Axial Computerizada (TAC) craneal para comprobar si se produjo una hemorragia intracraneal o subaracnoidea sospechosa de producir más daño a quien se medica con anticoagulantes como el Sintrom.*

*El lunes, día 26 de octubre de 2009, nuestra madre fue visitada en atención domiciliaria por su Médico de cabecera Dra. D<sup>a</sup> O. R., sin mayor novedad sobre las consecuencias de la caída.*

*Ese mismo lunes por la noche, la hija y suscribiente M<sup>a</sup> F., Enfermera de profesión, al regresar de un viaje, acudió a visitar a su madre y, a pesar de no encontrar mal a su madre, observó cómo ésta presentaba en el cuello dos pequeños hematomas, uno a cada lado.*

*Al día siguiente, por la mañana, la propia M<sup>a</sup> F. contactó con la Médico da cabecera a efectos de interesarle realizara varias pruebas, entre otras, un INR. La Dra. se avino a realizar la prueba, previendo su ejecución al día siguiente.*

*No obstante, el propio martes, día 27 de octubre de 2009, alrededor de las 20.30 horas, el marido de M<sup>a</sup> C., D. C. A. L., que estaba visitando a su suegra en la casa de ésta, advirtió cómo nuestra madre estaba temblando” (convulsionando) y llamó inmediatamente a M<sup>a</sup> F., dada su ya advertida condición de Enfermera.*

*M<sup>a</sup> F. se dirigió rápidamente a casa de su madre, a la vez que telefonó al Servicio de Urgencias donde, después que aquélla narrara los hechos acontecidos en los previos días, le indicaron que bajara nuevamente al Servicio de Urgencias, dado que su madre presentaba signos evidentes de convulsión por la interacción del Sintrom con una hemorragia intracraneal o subaracnoidea*

*(...) trasladamos a nuestra madre en taxi al Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro de Logroño, donde M<sup>a</sup> F. entregó la tarjeta sanitaria de nuestra madre en la ventanilla de “Admisión” a las 21.14 horas (...)*

*Durante más de 4 horas, nuestra madre permaneció con M<sup>a</sup> F., M<sup>a</sup> C. y sus maridos en la sala de espera sin ser atendida por ningún Facultativo. Nuestra madre se encontraba mareada, con la vista perdida, con convulsiones continuas y, lo que es peor, con una hemiplejia en el lado izquierdo de su cuerpo, dado que las hemiplejias se constatan en el lado opuesto al accidentado.*

*Hacia las 2,15 horas de la madrugada, ya del miércoles, 28 de octubre de 2009, M<sup>a</sup> F., indignada por la espera entró a las Consultas de Urgencias (...)*

*Inmediatamente, se dirigió a ella la Dra. residente D<sup>a</sup> I. G. A., quien le interpeló sobre la razón por la que entró en la zona restringida al público. M<sup>a</sup> F. narró lo sucedido desde la fatídica caída de su madre e indicó a la Dra. realizara un TAC craneal, a lo que la Dra. emplazó para la mañana siguiente, contestación ante la que M<sup>a</sup> F., conocedora de estas situaciones extremas por su profesión, tuvo que insistir en su realización, que fue finalmente admitida. Tras la realización de la prueba,*

la Dra., antes de enseñar el informe a los familiares, ya dio la razón a M<sup>a</sup> F.

*Ante la gravedad del resultado, la Dra. emplazó a los familiares y se decidió consultar vía telefónica con el Neurocirujano del Hospital de Valdecilla en Santander (...), obteniendo como resultado cuanto se transcribe del informe de Urgencias: “EVOLUCIÓN EN URGENCIAS: Hablado con Neurocirugía del Hospital de Valdecilla: tras la explicación del escáner y de antecedentes personales y actuales de la paciente, el Cirujano comenta la imposibilidad de realizar una evacuación del hematoma de urgencia. Ofrece la posibilidad de mantenerla en nuestro hospital en observación en Neurología, repetir escáner en varios días y, si colección hematoma se cronifica, realizar trepano y drenaje.*

*Trasladada, a mediodía de aquel 28 de octubre de 2009, a la planta de Neurología del Hospital San Pedro, desde entonces fue atendida por el Dr. D. Á. G. P. (Neurólogo), quien comprobó el desvanecimiento de nuestra madre, la pérdida de su nivel de conciencia, hasta que el Neurólogo, cuando ya nada podía hacer por la paciente, solicitó, el día 11 de noviembre de 2009, su traslado a la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital de La Rioja.*

*El día 22 de noviembre de 2009, nuestra madre falleció, siendo diagnosticada por la Dra. D<sup>a</sup> A. V. M.n en su informe, emitido al día siguiente, como consecuencia de “Hematoma Subdural derecho. Hemorragia subaracnoidea. Exitus”.*

Acompañan a su escrito diversa documentación, interesan la práctica de distintas pruebas y solicitan una indemnización en conjunto de 75.000 €

Por otrosí, otorgan su representación al Abogado D. F. B. de P., quien firma con las reclamantes el escrito.

## **Segundo**

Por Resolución del Secretario General Técnico de la Consejería, por delegación del Consejero, de 8 de septiembre de 2010, se tiene por iniciado el procedimiento general de responsabilidad patrimonial, con efectos del día 1 anterior, día en que tuvo entrada la reclamación y se nombra Instructora del procedimiento.

## **Tercero**

Por carta del mismo día 8 de septiembre, se comunica a las interesadas, en el despacho profesional de su Letrado la iniciación del expediente, informándoles de los extremos exigidos por el artículo 42-4º de la Ley 30/1992.

Mediante comunicación interna de la misma fecha, la Instructora se dirige a la Dirección Gerencia del Área de Salud de La Rioja-Hospital *San Pedro*, solicitando cuantos antecedentes existan y aquellos datos e informes que estime de interés relacionados con la asistencia sanitaria prestada en el Servicio de Urgencias a la paciente fallecida, copia de la historia clínica relativa a la asistencia reclamada exclusivamente y,

en particular, informe emitido por los Facultativos intervinientes en la asistencia que se reclama.

La anterior solicitud se reitera el siguiente día 20 de septiembre, interesando, además, la remisión del expediente médico de la fallecida de los últimos 10 años, prueba solicitada por las reclamantes en su escrito inicial.

Y, por sendos escritos de la misma fecha, se solicita del Servicio de Atención Telefónica de Urgencias 112 la grabación de la conversación telefónica mantenida con D<sup>a</sup> F. R. de T. el 27 de octubre de 2009, alrededor de las 20:30 horas; y, del Defensor del Usuario, copia del expediente 2.009/0249, relacionado con la fallecida, pruebas ambas interesadas también en el escrito inicial.

La grabación es remitida el día 28 de septiembre y el Defensor del Usuario responde el día 29 del mismo mes.

#### **Cuarto**

Reiteradas, el 26 de noviembre, las dos solicitudes dirigidas a la Gerencia del Área de Salud los días 8 y 20 de septiembre, por escrito de 17 de diciembre, la Gerencia de Área Única remite la historia clínica, junto con informes aportados por los Dres. G.P., M. A., L. M. y C. C. y las Dras. R. G. y G. A.

#### **Quinto**

Con fecha 22 de diciembre, la Instructora remite el expediente a la Dirección General de Aseguramiento, Acreditación y Prestaciones, a fin de que, por el Médico Inspector que corresponda, se elabore el pertinente informe sobre todos los aspectos esenciales de la reclamación, con el fin de facilitar la elaboración de la Propuesta de resolución.

El informe de Inspección, de fecha 15 de febrero de 2010, establece las siguientes conclusiones:

*“1ª.- D<sup>a</sup> V. de T. I., de 87 años de edad y en tratamiento anticoagulante, sufrió una caída accidental, con TCE leve, sin pérdida de conciencia ni amnesia, siendo atendida en el Servicio de Urgencias, donde se le realizó la pertinente anamnesis y exploración neurológica, sin presentar ninguna alteración neurológica ni del nivel de conciencia en ese momento ni en los días posteriores en los que acudió a valoración en Atención Primaria, no encontrándose signos de fractura en la Rx craneal realizada ni herida en la cabeza. Fue dada de alta, indicándole observación domiciliaria con las oportunas indicaciones para ello.*

*2ª.- Tres días después del traumatismo, sufrió un cuadro de convulsiones por el que acudió de nuevo*

*a Urgencias donde se le realizó un TAC craneal que diagnóstico un hematoma subdural y subaracnoideo agudo, con deterioro neurológico progresivo por el que falleció.*

*3ª.- Según lo expuesto, en este caso se podría considerar que el hematoma subdural y subaracnoideo ha sido secundario al traumatismo craneoencefálico que presentó días antes.*

*4ª.- En base a la literatura descrita y a mi criterio, no puede considerarse incorrecta la asistencia inicial prestada a la paciente en Urgencias, no existiendo indicación absoluta basada en la evidencia científica de realizar ninguna prueba complementarla distinta de las realizadas, tales como TAC o estudio del NR, que sí procedía realizarse en la segunda ocasión en la que acudió, en la que ya presentaba signos de afectación neurológica y alteración de la conciencia.*

*5ª.- La asistencia sanitaria prestada tras la detección del hematoma subdural fue correcta y adecuada a la situación, practicándole a la paciente las oportunas exploraciones y pruebas diagnósticas y prestando los medios asistenciales disponibles en cada momento, pese a los que no se consiguió evitar el fatal desenlace.*

*6ª.- La edad, antecedentes de la paciente y el grado de afectación del hematoma, añadido al hecho de no disponer en el hospital en que se encontraba de un Servicio de Neurocirugía que hubiera podido realizar un tratamiento inmediato, a mi parecer, justifica que se desestimara finalmente el realizarle ningún tipo de tratamiento invasivo, salvo medidas paliativas de confort hasta su fallecimiento. Señalar que el hematoma subdural está asociado a una alta mortalidad y morbilidad y en su pronóstico se considera que la edad avanzada se asocia a una significativa reducción de la supervivencia.*

*7ª.- Otra cuestión a considerar es si, aún habiéndose practicado inicialmente un TAC, estudio INR o ingreso para observación, el pronóstico de la paciente hubiera variado a tenor de cómo se desarrollaron los acontecimientos.*

*- En primer lugar, los síntomas. se pusieron de manifiesto tres días después del traumatismo, lo que hace pensar en una complicación de aparición tardía.*

*- Tanto un ingreso en observación de 24-48 horas, como un estudio inicial del INR, que los datos apuntan a que se hubiera encontrado dentro del rango terapéutico, no hubieran modificado la evolución.*

*- Una vez detectada la lesión, el Servicio de Neurocirugía desestimó la intervención quirúrgica, dados los antecedentes de la paciente, recomendando tratamiento conservador.*

*Por lo expuesto, no se puede considerar que la asistencia sanitaria prestada a la paciente haya sido incorrecta y que no se haya ajustado a la lex artis, como tampoco se puede afirmar que el hecho de haberse seguido inicialmente una actitud terapéutica diferente que, como ya se ha expuesto, no hay suficiente evidencia científica que la avale, hubiera supuesto un mejor pronóstico de la paciente.”*

## **Sexto**

Con fecha 21 de enero de 2011, la Instructora comunica a las reclamantes su acuerdo de admitir, tener por aportada y unir al expediente toda la prueba documental aportada o solicitada por aquéllas e inadmitir, por innecesaria, la testifical, al considerar que, en la documental, se encuentran recogidos, con total precisión y claridad, todos los antecedentes producidos en relación con los hechos, por lo que su práctica no aportaría datos de interés alguno para el esclarecimiento de los mismos.

### **Séptimo**

Obra, a continuación, en el expediente, el dictamen médico emitido a instancia de la A. Z., de fecha 29 de enero, estableciendo las siguientes conclusiones:

*“1. Todas las actuaciones médicas, diagnósticas y terapéuticas levadas a cabo en esta paciente nos parecen correctas.*

*2. La exploración en Urgencias de la paciente tras el traumatismo, era normal, así como la radiografía de cráneo. Por ello, no había indicación absoluta de realización de TAC de cráneo.*

*3. La paciente permaneció asintomática a lo largo de tres días, y, en ese momento, sufrió un cuadro de crisis convulsiva de repetición, por la que fue ingresada y diagnosticada de un hematoma subdural, para el que se desestimó intervención quirúrgica.*

*4. Esta evolución de la paciente habría sido similar de haberse ingresado para vigilancia neurológica, pues la aparición de crisis comiciales en un hematoma subdural es una complicación imprevisible.*

*5. No puede demostrarse el momento del origen del hematoma subdural, pues muchos pacientes en tratamiento con Sintrom sufren hematomas. espontáneos o tras mínimas vibraciones o movimiento de rotación de la cabeza.*

*6. Por todo lo anterior, no está justificada la reclamación.”*

### **Octavo**

Mediante escrito de 14 de febrero, se da a las interesadas trámite de audiencia y, personada D<sup>a</sup> C. R. de T. el siguiente día 18 en el Servicio de Asesoramiento y Normativa, se le facilita copia íntegra del expediente.

Es registrado de entrada, el 4 de marzo, el escrito, de la misma fecha, por el que se formulan alegaciones, en las que se insiste en la pretensión inicial y, al amparo del art. 11.2 del Real Decreto 429/1993 de 26 de marzo, se propone al órgano instructor la terminación convencional del procedimiento mediante acuerdo indemnizatorio en la cuantía de 75.000 €

Remitido el escrito de alegaciones a la Inspección médica, el 7 de marzo se emite por la Médico Inspector informe complementario que ratifica el anterior, por no aportar la interesada ningún dato nuevo que no haya sido tenido en cuenta en la tramitación del expediente.

### **Noveno**

Con fecha 4 de abril de 2011, la Instructora del expediente emite Propuesta de resolución en la que propone “*que se desestime la reclamación que, por responsabilidad patrimonial de esta Administración, formulan D<sup>a</sup> M. F. R. de T., D<sup>a</sup> M. J. R. de T. y D<sup>a</sup> M.a del C. R. de T., por no ser imputable el daño alegado, cuya reparación solicitan, al funcionamiento de los Servicios Públicos Sanitarios*”.

### **Décimo**

El Secretario General Técnico, el día 6 de abril, remite a la Letrada de la Dirección General de los Servicios Jurídicos en la Consejería de Salud, para su preceptivo informe, el expediente íntegro. El informe es emitido en sentido favorable el siguiente día 11.

## **Antecedentes de la consulta**

### **Primero**

Por escrito fechado el 13 de abril de 2011, registrado de entrada en este Consejo el 20 de abril de 2011 el Excmo. Sr. Consejero de Salud del Gobierno de La Rioja, remite al Consejo Consultivo de La Rioja, para dictamen, el expediente tramitado sobre el asunto referido.

### **Segundo**

Mediante escrito de 20 de abril de 2011, registrado de salida el día 26 de abril de 2011, el Sr. Presidente del Consejo Consultivo de La Rioja procedió, en nombre del mismo, a acusar recibo de la consulta, a declarar provisionalmente la misma bien efectuada, así como a apreciar la competencia del Consejo para evacuarla en forma de dictamen.

### **Tercero**

Asumida la ponencia por el Consejero señalado en el encabezamiento, la misma quedó incluida, para debate y votación, en el orden del día de la sesión del Consejo Consultivo convocada para la fecha allí mismo señalada.

## **FUNDAMENTOS DE DERECHO**

### **Primero**

#### **Necesidad y ámbito del Dictamen del Consejo Consultivo**

El art. 12 del Reglamento de los Procedimientos en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas, aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, dispone que, concluido el trámite de audiencia, se recabará el dictamen del Consejo de Estado o del órgano consultivo de la Comunidad Autónoma cuando dicho dictamen sea preceptivo, para lo que se remitirá todo lo actuado en el procedimiento y una propuesta de resolución.

En el caso de la Comunidad Autónoma de La Rioja, el artículo 11 -g) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja, en la redacción dada por la D.A. 2ª de la Ley 4/2005, de 1 de junio, de Funcionamiento y Régimen Jurídico de la Administración de la Comunidad Autónoma de La Rioja, limitaba la preceptividad de nuestro dictamen a las reclamaciones de cuantía indeterminada o superiores a 600 euros. La cuantía ha sido elevada a 6.000 euros por Ley 5/2008.

Al ser la cuantía de la reclamación superior a dicha cifra, nuestro dictamen resulta preceptivo.

En cuanto al contenido del dictamen, éste, a tenor del art. 12.2 del citado Real Decreto 429/1993, ha de pronunciarse sobre la existencia o no de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y la lesión producida y, en su caso, sobre la valoración del daño causado y la cuantía y modo de la indemnización, considerando los criterios previstos en la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

### **Segundo**

#### **Sobre los requisitos exigidos para que surja la responsabilidad patrimonial**

## **de las Administraciones Públicas.**

Nuestro ordenamiento jurídico (art. 106.2 de la Constitución y 139.1 y 2 141.1 LRJ-PAC) reconoce a los particulares el derecho a ser indemnizados 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, entendido como cualquier hecho o actuación enmarcada dentro de la gestión pública, sea lícito o ilícito, siendo necesario para declarar tal responsabilidad que la parte reclamante acredite la efectividad de un daño material, individualizado y evaluable económicamente, que no esté jurídicamente obligado a soportar el administrado, y debiendo existir una relación de causa a efecto, directa e inmediata, además de suficiente, entre la actuación (acción u omisión) administrativa y el resultado dañoso para que la responsabilidad de éste resulte imputable a la Administración, así como, finalmente, que ejercite su derecho a reclamar en el plazo legal de un año, contado desde la producción del hecho o acto que motive la indemnización o desde la manifestación de su efecto lesivo.

Se trata de un sistema de responsabilidad objetiva y no culpabilístico que, sin embargo, no constituye una suerte de “seguro a todo riesgo” para los particulares que de cualquier modo se vean afectados por la actuación administrativa. En efecto, el vigente sistema de responsabilidad patrimonial objetiva no convierte a las Administraciones Públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados, derivada de la actividad tan heterogénea de las Administraciones Públicas.

Lo anterior es también predicable, en principio, para la responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria, si bien, como ya dijimos entre otros en nuestro Dictamen 3/07, *“la responsabilidad no surge sin más por la existencia de un daño, sino del incumplimiento de una obligación o deber jurídico preexistente, a cargo de la Administración, que es el de prestar la concreta asistencia sanitaria que el caso demande: es esta premisa la que permite decir que la obligación a cargo de los servicios públicos de salud es de medios y no de resultado, de modo que, si los medios se han puesto, ajustándose la actuación facultativa a los criterios de la lex artis ad hoc, la Administración ha cumplido con ese deber y, en consecuencia, no cabe hacerla responder del posible daño causado, pues no cabe reconocer un título de imputación del mismo”*.

Y, en nuestro Dictamen 29/07, en la misma línea, mantuvimos que los parámetros bajo los que se han de enjuiciar los criterios de imputación del daño a la Administración Sanitaria son el de la *lex artis ad hoc* y el de la existencia del *consentimiento informado*, distinguiendo *“si el daño es imputable a la actuación de los servicios sanitarios, por existir un funcionamiento anormal que contraviene los postulados de la lex artis ad hoc o por privar al paciente de su derecho de información o si, por el contrario, el resultado*

*dañoso ha de ser soportado por éste quien, conocedor de los posibles riesgos, ha prestado voluntariamente su consentimiento”.*

### **Tercero**

#### **Sobre la existencia de responsabilidad patrimonial en el presente caso**

No habiéndose llevado a cabo asistencia ni intervención alguna que precisara el consentimiento de la paciente o de sus familiares, la eventual responsabilidad de la Administración sanitaria habrá de enjuiciarse, exclusivamente, a la luz del criterio de la *lex artis*, que las reclamantes entienden se ha infringido en la asistencia prestada a su difunta madre por los servicios públicos sanitarios.

Según el escrito inicial planteando la reclamación, la mala praxis se manifiesta en la primera asistencia prestada a la paciente en el Servicio de Urgencias, por la omisión de dos pruebas diagnósticas que debían haberse realizado, máxime constando sus antecedentes de tratamiento con Sintrom: un TAC craneal y un INR (valoración del estado coagulativo), pruebas que hubieran permitido un diagnóstico precoz del hematoma subdural, hemorragia subaracnoidea, causa del fallecimiento.

De ello, deducen las reclamantes que hubo una evidente pérdida de oportunidad porque, cuando se diagnosticó el hematoma casi cuatro días después de la caída accidental de su madre, por la aparición de síntomas de convulsiones incontroladas, era ya tarde para intentar una evacuación del hematoma, intervención que hubiera exigido, además, el traslado de la paciente al Hospital *Marqués de Valdecilla*, al no existir Servicio de Neurocirugía en el Sistema Riojano de Salud.

El principal argumento en apoyo de la tesis expuesta es la manifestación, contenida en el Informe del Coordinador de Urgencias, Dr. M. A., según la cual, *“siguiendo las recomendaciones del grupo de estudio del tratamiento del traumatismo craneoencefálico de la Sociedad Italiana de Neurocirugía, se debe considerar que este paciente presentaba un factor de riesgo, como es el tratamiento con anticoagulantes, por lo que se hubiera debido practicar una TAC cerebral”.*

Sin embargo, el propio informante, Dr. M. A., añade que *“no todas las guías recomiendan realizar un TAC cerebral a pacientes anticoagulados sin otros síntomas añadidos. Así, la Guía de Práctica Clínica sobre el manejo del traumatismo craneoencefálico en ámbito extra e intrahospitalario de la CAPV (del Servicio Vasco de Salud, Osankidetza), vigente actualmente, recomienda la práctica de TAC en pacientes anticoagulados si han presentado pérdida de conciencia y amnesia del episodio”.*

Termina el referido informe planteándose la duda de si, aun habiendo practicado el TAC, hubiera variado el pronóstico de la paciente, dado que los síntomas se pusieron de manifiesto tres días y medio después del traumatismo, lo que hace pensar que se trató de una complicación de aparición tardía y que, una vez identificada la lesión, el Neurocirujano consultado desestimó la intervención quirúrgica, recomendando tratamiento conservador.

Frente a la recomendación de la Sociedad Italiana de Neurocirugía de la práctica de un TAC a quien sufre un traumatismo craneoencefálico si está en tratamiento con anticoagulantes, el protocolo seguido por el Servicio Vasco de Salud se limita a recomendar su práctica cuando el paciente anticoagulado ha presentado pérdida de conciencia y amnesia del episodio.

No puede, por ello, afirmarse que la atención prestada en el Servicio de Urgencias infringiera la *lex artis ad hoc*; antes al contrario, del expediente, cabe deducir, que se respetó escrupulosamente y, no sólo en la primera atención, sino también en su seguimiento posterior.

En efecto, la asistencia prestada tras el traumatismo demuestra estar ajustada en todo momento a una correcta praxis.

En primer lugar, comienza el Facultativo por interrogar a la paciente sobre cómo se produjo la caída, si recordaba todo el golpe o tenía algún período de aturdimiento o pérdida de conciencia, pudiendo comprobar que recordaba perfectamente las circunstancias detalladas de la caída y que no perdió el conocimiento, ni siquiera momentáneamente. Y, tras esta comprobación, se le hizo una completa exploración física y neurológica normal, presentando tan sólo una herida superficial en brazo derecho, con mínimo sangrado. Además, se le realizó un estudio radiográfico de las zonas afectadas, brazo derecho y cráneo, resultando un estudio normal, sin alteraciones agudas.

La actuación del Servicio de Urgencias fue diligente y correcta, realizándosele las pruebas que, ante la situación que presentaba la paciente, eran exigibles según los protocolos de manejo de traumatismos craneoencefálicos que, en general, se limitan a la explotación neurológica y una RX de cráneo. Estas pruebas, en el caso que dictaminamos, dieron un resultado de total normalidad, no mostrando alteración patológica alguna.

Ante este resultado, y no habiendo presentado la paciente pérdida de memoria o períodos de amnesia, vómitos ni crisis convulsivas, ni, por otra parte, un sangrado anormal o excesivo de la herida suturada, no cabe considerar infracción de la *lex artis ad hoc*, es decir, de la praxis médica que el caso concreto requería, el no haber practicado las pruebas del TAC craneal y el INR.

Insistimos que el parámetro de la *lex artis* es *ad hoc*, porque no atiende a criterios generales sino a las peculiaridades del caso concreto y a la asistencia individualizada que el mismo requiere, según la idiosincrasia del paciente y la sintomatología que el mismo presenta en el momento de ser atendido.

Entendemos que la atención en el Servicio de Urgencias se ajustó, en el caso concreto, a los protocolos profesionales de actuación exigibles, atendiendo a dichas idiosincrasia y sintomatología: la paciente, pese a su avanzada edad, recordaba con detalle las circunstancias de la caída, no perdió en ningún momento la consciencia y no presentó otros síntomas que aconsejaran la práctica de un TAC craneal. Por otra parte, el escaso sangrado de la herida incisa sufrida justifica que no se realizara la prueba de INR, prueba cuya innecesariedad puso de relieve el que, realizada dos días después de la caída, dio como resultado que el INR estaba en rango normal.

La actuación de los servicios médicos y asistenciales, posterior a la asistencia en el Servicio de Urgencias, también correcta y diligente.

Se procedió a darle de alta, tras dar a la paciente y a sus familiares una hoja informativa para pacientes con TCE, en la que se recomendaba acudir, en caso de complicaciones, de nuevo al Servicio de Urgencias. Según el protocolo de la Sociedad de Medicina de Urgencias y Emergencias, las pacientes que han sufrido un TCE, sin pérdida de consciencia, sin vómitos ni crisis convulsivas y sin alteraciones en la exploración neurológica, con estudio radiográfico compatible con normalidad, serán derivados a su domicilio bajo la observación de una persona responsable de su cuidado, sin necesidad de realizar más pruebas exploratorias.

También se recomendó control por su Médico de atención primaria, control que se llevó a cabo por su Médico de familia, que la visitó en su domicilio dos días después y, de nuevo, al tercer día, encontrándola muy mejorada del dolor, comiendo en la cocina, con buen apetito y con buena movilidad.

Es en la tarde del tercer día después de la caída cuando presenta un cuadro convulsivo y tiene que acudir al Servicio de Urgencias con el curso posterior ya conocido y el luctuoso desenlace.

La tardía aparición de la sintomatología apoya la tesis esbozada por la Médico de familia de que la hemorragia intracraneal fuera progresiva, en cuyo supuesto, la realización inicial del TAC no habría sido predictiva.

En el mismo sentido, el informe emitido a instancia de la Aseguradora dice que los hematomas subdurales pueden aparecer inmediatamente después del traumatismo e ir aumentando de tamaño de forma progresiva o surgir de forma diferida al propio traumatismo, que es lo que pudo ocurrir en el caso dictaminado. Añade dicho informe que no es posible demostrar el momento del origen del hematoma subdural, pues muchos pacientes en tratamiento con Sintrom sufren hematomas espontáneos o tras mínimas vibraciones o movimiento de rotación de la cabeza.

En definitiva, este Consejo considera correcta la asistencia prestada a la madre de las reclamantes por los Servicios Riojanos de Salud, sin que se aprecie indicio alguno de relación de causalidad entre aquella asistencia y el fatal desenlace.

## CONCLUSION

### Única

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada, al no concurrir criterio positivo alguno de imputación de responsabilidad a los Servicios Públicos Sanitarios, por ajustarse la actuación de los Facultativos intervinientes, rigurosa y estrictamente, a la *lex artis ad hoc*.

Este es el Dictamen emitido por el Consejo Consultivo de La Rioja que, para su remisión conforme a lo establecido en el artículo 53.1 de su Reglamento, aprobado por Decreto 8/2002, de 24 de enero, expido en el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.

EL PRESIDENTE DEL CONSEJO CONSULTIVO

Joaquín Espert y Pérez-Caballero