



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 2 7 4 / 2 0 1 7

(Sección 2ª)

La Laguna, a 26 de julio de 2017.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...) en representación de (...), (...), (...), (...) y (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 249/2017 IDS)\*.*

## F U N D A M E N T O S

### I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por el Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica.

2. La interesada en este procedimiento solicita una indemnización que supera la cantidad de seis mil euros. Esta cuantía determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Consejero para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación, el primer precepto, con el art. 142.3, de carácter básico, de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC). Esta Ley es aplicable en virtud de lo dispuesto en la Disposición transitoria tercera, letra a), en relación con la Disposición derogatoria 2, a) y la Disposición final séptima de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), ya que el presente procedimiento se inició antes de la entrada en vigor de esta última.

---

\* Ponente: Sr. Bosch Benítez.

3. Asimismo, de acuerdo con las citada Disposición transitoria tercera, letra a), en relación con la Disposición derogatoria 2, d) y la Disposición final séptima LPACAP, el presente procedimiento se rige por el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo (RPAPRP).

## II

1. (...) formula con fecha 25 de agosto de 2015, en representación de los hijos de (...), reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños supuestamente causados por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud en la asistencia sanitaria que le fue prestada a su madre.

En su escrito inicial manifiesta, entre otros extremos, lo siguiente:

- El 25 de agosto de 2014, con ocasión de una caída accidental desde la cama, Silveria, de 70 años de edad, sufre un traumatismo de cierta intensidad en el cráneo.

- Es asistida en el Servicio de Urgencias de (...), y en los informes de asistencia se aprecian contradicciones, pues si bien en uno se le daba el alta «con indicación de acudir al médico de cabecera», ya que se decía que «no se evidencia signo de hemorragia aguda», en el segundo se concluye con el diagnóstico de «hematomas subdurales agudos» y es remitida al Hospital Universitario de Canarias (HUC).

- El 26 de agosto de 2014, tras llegar al HUC, «se descarta tratamiento neuroquirúrgico en estos momentos, dados los hallazgos radiológicos y el buen estado clínico de la paciente y que se hará TAC de control mañana y se decidirá reintroducción de anticoagulación que podría iniciarse mañana».

- El 27 de agosto de 2014 se valora y presenta abertura ocular espontánea y obedece órdenes, estando desorientada en tiempo y se aprecia asimetría facial conocida previamente, que colabora en la exploración, y no parece tener signos deficitarios y se inicia tolerancia y progresión a dieta sin sal.

- El 28 de agosto de 2014, tras reanudarse la pauta de anticoagulación con Clexane (HBPM) y valorado el TAC de cráneo y dada la valoración favorable, se le da alta con recomendación de acudir a su médico para reanudar la pauta con Sintrom, dado el riesgo que supone el ser portadora de válvula metálica.

- El 30 de agosto de 2014 es llevada al Servicio de Urgencias de (...) al notar mayor deterioro en su estado general, con dificultad para la ingesta y movilización. En el informe de asistencia se señala que aparece consciente, afásica y con

hemiparesia derecha y se añade que en el TAC de cráneo persiste hematoma subdural, que impresiona de mayor magnitud, siendo remitida por ello al HUC a través del 112.

- En este traslado se deteriora de forma progresiva, presentando GCS de 9 y se procede a intubación orotraqueal; se añade que a su llegada a Urgencias del HUC presenta midriasis arreactiva de pupila izquierda y se traslada a quirófano, donde se interviene drenando hematoma inter-hemisférico con traslado posterior a UMI y en el informe de ésta se señala que «ante la lentitud de su evolución se realiza TAC de control que destaca un hematoma subdural parieto-occipital izquierdo con compresión del asta frontal de dicho lado y desviación de la línea media hacia la derecha, que ha aumentado de 0,66 a 0,84 con hipo-densidad fronto-parietal-occipital izquierda, que impresiona de patología isquémica aguda; la evolución posterior es lentamente favorable y se realiza IC a Rehabilitación, siendo alta de UMI, con el diagnóstico posoperatorio de hematoma inter-hemisférico, hematoma subdural laminar frontal izquierdo y FA y pasa al Servicio de Neurocirugía». En el informe de este Servicio se comenta que en el TAC de 31 de agosto de 2014 se observa en comparación con el de 27 de agosto un aumento significativo de volumen del hematoma subdural. Se indica rehabilitación y logopedia.

Los reclamantes sostienen que en la asistencia prestada no se cumplió con la *lex artis*, por las siguientes razones:

- Por lo que se refiere a (...) los informes médicos de 25 de agosto de 2014 indican que hubo un error de diagnóstico. Se le hizo un TAC que fue mal interpretado por sus facultativos de Urgencias y lo que ocurrió, según refieren los familiares de la paciente, fue que, detectado el error, fueron llamados desde la propia Clínica, razón por la cual se emitió un segundo informe contradictorio con el primero.

- En cuanto al HUC, entienden que no se actuó diligentemente, pues desde que se detectó el hematoma subdural el 26 de agosto debió ser intervenida de urgencia. La demora en el tratamiento de este hematoma y sobre todo el no haber realizado un periodo de observación lo suficientemente prolongado, a la espera de la poca probable resolución espontánea del hematoma subdural que presentaba, le han ocasionado un evidente perjuicio.

- Por último, sostienen que el Servicio de Urgencias Canario (SUC) tampoco actuó correctamente, puesto que tras el empeoramiento de su estado y ser recogida por la ambulancia, la familia insistió en que fuera trasladada directamente al HUC, a lo que

el conductor respondió que tenían órdenes de pasar por la Clínica (...), razón por la cual se perdió un tiempo precioso hasta que finalmente fue intervenida con carácter de urgencia en el HUC.

Solicitan una indemnización por los daños y secuelas padecidos por la paciente que cifran en la cantidad de 976.629,80 euros, si bien en trámite de audiencia elevan esta cantidad hasta 1.041.871,37 euros, a la que habría que sumar 9.500 euros anuales por gastos previsibles de asistencia sanitaria futura para rehabilitación en el domicilio e intereses legales correspondiente.

2. En el presente procedimiento el requisito del interés legítimo y, por ende, del derecho a reclamar, lo ostenta (...), ya que ha sufrido en su persona los daños por los que se reclama, si bien actúa por medio de la representación acreditada de (...), otorgada por los hijos de la interesada por estar ésta incapacitada. La sentencia de incapacitación dictada tras haberse iniciado este procedimiento, designa como tutora a una de sus hijas, lo que no invalida los actos realizados por los hijos a favor de su madre, como es la iniciación del presente procedimiento de responsabilidad patrimonial.

Se cumple, por otra parte, la legitimación pasiva de la Administración autonómica, actuando mediante el mencionado Servicio, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

También está legitimado pasivamente el centro sanitario privado (...) en su calidad de centro concertado, así como la entidad Gestión de Servicios para la Salud y Seguridad en Canarias ((...)), porque la producción del daño, según alega la reclamante, fue causada por la negligente actuación, no solo del HUC, sino del referido centro y de la empresa pública del Gobierno de Canarias.

Como hemos explicado en numerosos Dictámenes (31/1997, de 20 de marzo; 554/2011, de 18 de octubre; 93/2013, de 21 de marzo; 154/2016, de 16 de mayo y 48/2017, de 13 de febrero, entre otros), los conciertos sanitarios, cuya regulación específica se encuentra en los artículos 90 y siguientes de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, pertenecen al género del contrato administrativo típico denominado concierto para la gestión indirecta de los servicios públicos. Conforme a la legislación de contratación administrativa, si los centros sanitarios privados, al prestar a los usuarios del servicio público de salud asistencia sanitaria en virtud de un concierto, les causan daños, ellos serán los obligados a resarcirlos, salvo que demuestren que la lesión tuvo su origen inmediato y directo en una orden de la Administración. Por ello, en los procedimientos de reclamación de responsabilidad

patrimonial por tales daños están legitimados pasivamente tanto la Administración titular del servicio público de salud, el Servicio Canario de la Salud en este caso, como el centro sanitario privado concertado; porque si se acredita que el daño ha sido causado por la actuación de éste, entonces está obligado a resarcirlo.

Estos mismos razonamientos son aplicables en relación con (...), pues si se acredita que el daño tiene su origen en el traslado de la paciente, al no haber acudido directamente al HUC, estará obligada a resarcirlo.

En definitiva, en el presente procedimiento de responsabilidad patrimonial extracontractual, junto al Servicio Canario de la Salud está también legitimado pasivamente el centro sanitario privado concertado (...) y (...). Estas razones explican que el instructor haya llamado a éste al procedimiento en su calidad de presunto responsable del daño alegado, le haya solicitado informe sobre los hechos alegados como fundamento de la reclamación y le haya dado oportunidad de presentar prueba, vista del expediente y trámite de audiencia.

3. Concorre asimismo el requisito de no extemporaneidad de la reclamación, al haberse presentado dentro del plazo de un año desde la determinación del alcance de las secuelas que fija el art. 142.5 LRJAP-PAC.

4. El órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin a este procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autónoma, en relación con los arts. 10.3 y 15.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

La resolución de la reclamación es competencia del Director del citado Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

5. En la tramitación del procedimiento no se ha incurrido en irregularidades formales que impidan la emisión de un dictamen de fondo, si bien se ha incumplido el plazo de seis meses que para su resolución establece el art. 13.3 RPAPRP. La demora producida no impide, sin embargo, que se dicte la resolución porque la Administración está obligada a resolver expresamente, aun vencido dicho plazo, en virtud del art. 42.1 LRJAP-PAC, en relación con los arts. 43.3, b) y 142.7 de la misma.

Consta en el expediente que la reclamación fue correctamente calificada y admitida a trámite mediante Resolución de la Secretaría del Servicio Canario de la Salud de 8 de octubre de 2015 (art. 6.2 RPAPRP), en la que asimismo se resuelve comunicar a la interesada que con la misma fecha se solicita, a través del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), el informe del Servicio cuyo funcionamiento haya causado la presunta lesión indemnizable, con suspensión del plazo para resolver el procedimiento y notificar la resolución por el tiempo que media entre la solicitud del informe preceptivo y la recepción del mismo y, en todo caso, por un plazo máximo de tres meses.

Con fecha 21 de noviembre de 2016 se emite informe por el mencionado SIP y a él se acompaña copia de la historia clínica de la paciente obrante en el HUC y en el Centro concertado. Se adjuntan asimismo los informes del Jefe de Servicio de Neurocirugía del HUC, del Coordinador del Servicio de Urgencias de (...) y, por último, de la Directora Territorial del Servicio de Urgencias Canario (SUC), exigidos en virtud de lo previsto en el art. 10 RPAPRP.

El 8 de febrero de 2017 se dicta acuerdo probatorio en el que se admitieron las pruebas documentales propuestas por los interesados y se incorporaron la historia clínica y los informes recabados por la Administración en periodo de instrucción. En este Acuerdo se rechazaron asimismo las testificales de los familiares de la afectada también propuestas, por considerarlas innecesarias, lo que se motiva debidamente, a efectos de la exigencia prevista en el art. 80.3 LRJAP-PAC. Se acordó por último el pase al siguiente trámite en el procedimiento, dado que la prueba admitida se trata únicamente documental ya incorporada al expediente.

En esta misma fecha se concede trámite de audiencia a los interesados (art. 11 RPAPRP), presentando alegaciones los reclamantes en el plazo concedido al efecto en las que reiteran su solicitud indemnizatoria.

El procedimiento viene concluso con la preceptiva Propuesta de Resolución, desestimatoria de la reclamación formulada, que fue informada por la Asesoría Jurídica Departamental, según lo dispuesto en el art. 20.j) del Reglamento del Servicio Jurídico, aprobado por Decreto 19/1992, de 7 de febrero, estimándola conforme a Derecho.

### III

1. Por lo que se refiere al fondo del asunto, es preciso tener en cuenta los siguientes antecedentes que resultan relevantes:

- La paciente, de 70 años, presenta antecedentes de hipertensión arterial, sometida a cirugía cardiaca valvular mediante anuloplastia mitral y prótesis aórtica en 2005 y anticoagulada con Sintrom.

- El 25 de agosto de 2014, a las 23:59 horas, acude al Servicio de Urgencias de (...) por sus propios medios, por haber sufrido caída en domicilio con golpe «en región de la cabeza». No presentó pérdida de conciencia. A la exploración no se objetivó déficit alguno, Glasgow 15/15, no focalidad, no signos meníngeos. Se practicó TAC craneal. Dicho TAC fue interpretado inicialmente sin evidencias de hemorragia aguda. Se cursa alta a domicilio con observación neurológica y acudir ante signos de alarma.

- En horas de la mañana y tras revisión por el equipo de radiólogos de (...) de las pruebas practicadas, se constata que en el TAC se observa la presencia de hematoma subdural agudo frontotemporal e interhemisférico y proceden a avisar telefónicamente a la paciente a fin de que acuda nuevamente al centro.

Encontrándose ya en (...) se extrae analítica alrededor de las 12:00 horas del día 26 de agosto (12 horas después de la primera atención en Urgencias) y la exploración resulta igualmente sin complicaciones o déficits. Se suspende anticoagulación, que se revierte con vitamina K, y se decide evacuación al HUC. Permanece estable durante toda la estancia en el centro sanitario.

- Llega al HUC alrededor de las 18:30 horas del 26 de agosto de 2014, en ambulancia sanitizada. La situación clínica era similar a la previa.

Se practican analíticas y es valorada por Neurocirujano. A la exploración consta buen estado clínico: consciente y orientada en tiempo y espacio. Glasgow 15. Pupilas isocóricas y normoreactivas. No déficits neurológicos motores o sensitivos de vía largas. No disimetrías.

Se decide tratamiento conservador, considerando la situación clínica de la paciente sin ningún tipo de déficit neurológico, edad y antecedentes, así como localización de las lesiones hemorrágicas. Se pauta vigilancia neurológica, si deterioro avisar.

- Durante su estancia en el HUC se efectúan valoraciones diarias por Neurocirugía y TAC de control el 27 de agosto de 2014. En dicho TAC no existe desviación de línea media y las cisternas se encuentran conservadas. La evolución de la paciente con vigilancia neurológica es favorable sin deterioro neurológico. Ello permitió cursar el

alta el día 28 de agosto de 201, alrededor de las 14:00 horas. Se pautó tratamiento con Dexametasona en pauta de reducción (edema cerebral) y Heparina por su valvulopatía. Se efectuó indicación de volver en caso de nuevos síntomas, y se programa para seguimiento en consultas externas de Neurocirugía a las 13:15 h del 8 de septiembre de 2014.

- El 30 de agosto de 2014, a las 14:45 horas, un familiar llama al 112 indicando los antecedentes de la paciente y que «(...) en la mañana se encontraba bien pero en ese momento tenía dificultad para hablar, sus respuestas eran más lentas (...)».

A las 15:00 horas, ya se encuentra la ambulancia de soporte vital básico en el domicilio. Desde la sala de coordinación, una vez recibida la información del estado de la paciente, se decide el destino al centro hospitalario capaz de prestar atención sanitaria, en este caso (...).

- A las 15:28 horas llega a este Centro. Se realiza una evaluación médica inicial.

Se realiza nuevo TAC que impresiona de mayor magnitud del hematoma. («Hematoma interhemisférico aumentado de volumen con signos de sangrado hiperagudo y compresión de hemisferio izquierdo»).

Se decide traslado al HUC, preparando a la paciente para su traslado y evacuación, activando inicialmente un vehículo ambulancia de soporte vital básico y ante agravamiento una ambulancia sanitizada. No obstante, la evolución de la paciente con deterioro neurológico progresivo hasta Glasgow 9, hace necesaria la intubación orotraqueal sobre las 19:00 horas, con sedación, sonda vesical y sonda nasogástrica.

Una vez estabilizada, se traslada entonces al HUC en ambulancia medicalizada, al que llega a las 20:26 horas.

- Alrededor de las 20:30 horas, en el HUC, por resangrado agudo del hematoma subdural interhemisférico que se tradujo clínicamente en el deterioro neurológico agudo, objetivado en los diferentes hallazgos observados en el TAC, en el que la desviación de la línea media y los signos de herniación son índices de gravedad, se decide cirugía urgente.

Se realizan analíticas y valoración por anestesia iniciando el procedimiento quirúrgico a las 21:30 horas. Se realiza craneotomía para evacuar el hematoma interhemisférico con aplicación de sellados y hemostáticos. A las 00:30 horas ya del día 31 de agosto se encuentra en UMI tras cirugía.

- El 29 de septiembre de 2014 pasa a planta de hospitalización y es alta hospitalaria el 21 de octubre de 2014. Se deriva para tratamiento rehabilitador a centro concertado próximo a su domicilio.

- Los familiares rechazaron tratamiento en centro concertado ya que realizan fisioterapia y logopedia privado 3 veces/ semana. Por ahora quieren seguir con tratamiento privado.

- Prosigue revisiones por distintas especialidades quedando como secuelas: hemiplejía derecha y afasia mixta.

2. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación presentada, al considerar que no concurren en el presente caso los requisitos que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria. Entiende la Propuesta que se pusieron a disposición del paciente los medios necesarios de acuerdo con la sintomatología que presentaba en cada momento, por lo que la asistencia sanitaria prestada fue conforme a la *lex artis*.

3. Con carácter previo al análisis de la conformidad a Derecho de la Propuesta de Resolución, resulta necesario precisar que, como se recoge en reiterada jurisprudencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo y como obligadamente se repite en los dictámenes de este Consejo Consultivo, el servicio público de la sanidad se dirige a proporcionar unos medios para prevenir o curar la enfermedad, pero sin garantizar sus resultados, porque la Medicina no ha alcanzado el grado de perfección que le permita la curación de todas las enfermedades y la evitación de la irreversibilidad de los estados patológicos ligados al devenir de la vida humana.

La obligación de los servicios de salud es una obligación de actuar, sin que incluya la de responder en términos absolutos por las consecuencias de la actuación sanitaria; porque, hoy por hoy, no se puede garantizar la recuperación de la salud, sino tan sólo asegurar que se emplean todas las medidas conocidas para intentarlo. El funcionamiento de dicho servicio consiste en el cumplimiento de una obligación de medios, no de resultados.

Por tanto, no basta que en el funcionamiento de dicho servicio no se hayan obtenido unos resultados insatisfactorios para los usuarios, sino que esos resultados sean la concreción de un riesgo específico creado por el funcionamiento del servicio

y que, además, sean antijurídicos en el sentido que no exista un deber jurídico para aquéllos de soportarlo.

Por ello, no son riesgos específicos creados por el establecimiento y funcionamiento de los servicios públicos sanitarios los ligados a la irreversibilidad de estados patológicos, al carácter limitado de los conocimientos de la ciencia médica y a la manifestación de efectos secundarios iatrogénicos inherentes a muchos tratamientos médicos, o a los riesgos conocidos que generan pero que se asumen, porque su probabilidad de plasmación es más o menos remota y es mayor la probabilidad de obtener resultados positivos.

De ahí que el criterio fundamental para establecer si los daños que se alegan han sido causados por la asistencia sanitaria pública y, por ende, son indemnizables estriba en si ésta se ha prestado conforme a la *lex artis ad hoc*, la cual se define como la actuación a la que deben ajustarse los profesionales de la salud, mediante la adopción de cuantas medidas diagnósticas y terapéuticas conozca la ciencia médica y se hallen a su alcance. Si el daño se ha producido por una mala praxis profesional, entonces es antijurídico y se considera causado por el funcionamiento del servicio público de salud y en consecuencia surge para éste la obligación de repararlo.

Las razones que se acaban de exponer, y que se resumen en que no poseen la cualidad de daños antijurídicos aquellos causados por la propia naturaleza e inevitables por la ciencia médica y que por ende no son indemnizables conforme a los arts. 139.1 y 141.1 LRJAP-PAC, están acogidas, como se adelantó, por la reiterada jurisprudencia del Tribunal Supremo sobre la responsabilidad extracontractual de los servicios públicos de salud. La STS de 9 octubre 2012, entre otras muchas, se expresa en este sentido en los siguientes términos:

«Con relación esta alegación del motivo debemos insistir en que, frente al principio de responsabilidad objetiva interpretado radicalmente y que convertiría a la Administración sanitaria en aseguradora del resultado positivo y, en definitiva, obligada a curar todos las dolencias, la responsabilidad de la Administración sanitaria constituye la lógica consecuencia que caracteriza al servicio público sanitario como prestador de medios, pero, en ningún caso, garantizador de resultados, en el sentido de que es exigible a la Administración sanitaria la aportación de todos los medios que la ciencia en el momento actual pone razonablemente a disposición de la medicina para la prestación de un servicio adecuado a los estándares habituales; conforme con este entendimiento del régimen legal de la responsabilidad patrimonial, en modo alguno puede deducirse la existencia de responsabilidad por toda actuación médica que tenga relación causal con una lesión y no concurra ningún supuesto de fuerza mayor, sino que ésta deriva de la, en su caso, inadecuada prestación de los medios

razonablemente exigibles (así Sentencia de esta Sala de 25 de febrero de 2.009, recurso 9.484/2.004 , con cita de las de 20 de junio de 2.007 y 11 de julio del mismo año).

Con esto queremos decir que la nota de objetividad de la responsabilidad de las Administraciones Públicas no significa que esté basada en la simple producción del daño, pues además este debe ser antijurídico, en el sentido que no deban tener obligación de soportarlo los perjudicados por no haber podido ser evitado con la aplicación de las técnicas sanitarias conocidas por el estado de la ciencia y razonablemente disponibles en dicho momento, por lo que únicamente cabe considerar antijurídica la lesión que traiga causa en una auténtica infracción de la *lex artis*».

4. En el presente caso, los interesados alegan una supuesta defectuosa asistencia sanitaria dispensada a la paciente tanto en el Servicio de Urgencias de (...) como en el mismo Servicio del HUC, así como por la actuación del SUC.

Procede, pues, analizar cada una de las actuaciones a los que los reclamantes achacan mala praxis.

A. Por lo que se refiere al Servicio de Urgencias del Centro concertado, alegan los reclamantes que se produjo un error de diagnóstico, ya que el TAC que se le practicó a la paciente el 25 de agosto de 2014, cuando acudió por primera vez por sufrir una caída de la cama en su domicilio, fue mal interpretado por los facultativos de Urgencias y una vez detectado este error sus familiares fueron llamados desde el propio Hospital, razón por la cual se emitió un segundo informe contradictorio con el primero.

En el expediente se encuentra efectivamente acreditado, como se ha relatado en los antecedentes, que en la indicada fecha la paciente acude al Servicio de Urgencias de (...) a las 23:59 horas, por sus propios medios, por haber sufrido caída en domicilio con golpe «en región de la cabeza». No presentó pérdida de conciencia. A la exploración no se objetivó déficit alguno, Glasgow 15/15, no focalidad, no signos meníngeos. Se practicó TAC craneal. Dicho TAC fue interpretado inicialmente sin evidencias de hemorragia aguda. Se cursa alta a domicilio con observación neurológica y acudir ante signos de alarma.

En horas de la mañana del día siguiente y tras revisión por el equipo de radiólogos de (...) de las pruebas practicadas, se constata que en el TAC se observa la presencia de hematoma subdural agudo frontotemporal e interhemisférico y proceden a avisar telefónicamente a la paciente a fin de que acuda nuevamente al centro. En esta segunda ocasión se extrae analítica alrededor de las 12:00 horas (12

horas después de la primera atención en Urgencias) y la exploración resulta igualmente sin complicaciones o déficits. Se suspende anticoagulación, que se revierte con vitamina K, y se decide evacuación al HUC. Permanece estable durante toda la estancia en el centro sanitario.

Se constata, pues, como así lo indica el SIP, que inicialmente el TAC craneal practicado no fue correctamente informado, si bien, al advertirse el error pocas horas después, se avisó a la paciente a fin de que acudiera nuevamente al centro para completar estudios. En esta segunda ocasión, tal como evidencia la documentación clínica, se observa que la paciente continúa sin complicaciones o déficits, permaneciendo estable desde el punto de vista clínico y hemodinámico y, tras la práctica de un nuevo TAC craneal, se remitió a la paciente al HUC.

Así pues, si bien se acredita la existencia de una incorrecta interpretación del primer TAC realizado, no se evidencia sin embargo que dicho error haya ocasionado daño a la reclamante, puesto que no supuso agravamiento alguno en la evolución clínica presentada, como igualmente señala el SIP a la vista de los datos clínicos. Además, una vez detectado el error, se pusieron a disposición de la paciente los medios necesarios, efectuando una nueva valoración y derivándola al centro de referencia para seguimiento y control.

No se aprecia, en fin, responsabilidad alguna del centro concertado, al no haber ocasionado el error descrito agravamiento alguno del estado de la paciente.

**B.** Por lo que se refiere al SUC, entienden los reclamantes que tampoco actuó correctamente en la asistencia que prestó a la paciente el 30 de agosto de 2014, pues tras el empeoramiento de su estado y ser recogida por la ambulancia, la familia insistió en que fuera trasladada directamente al HUC, a lo que el conductor respondió que tenían órdenes de pasar por la Clínica (...), razón por la cual se perdió un tiempo precioso hasta que finalmente fue intervenida con carácter de urgencia en el HUC.

A este respecto, del informe emitido por la Directora Territorial del SUC, resultan los siguientes datos:

- A las 14:54 horas del día 30 de agosto de 2014, tras la llamada a las 14:45 horas de un familiar de la afectada, se activa a domicilio una ambulancia de soporte vital básico.

- A las 15:00 horas la ambulancia asistió a la paciente, indicándose desde la Sala de Coordinación al técnico de ambulancia su traslado a (...) dado que por los

antecedentes y empeoramiento de su estado se consideró arriesgado para la paciente someterla a un traslado más prolongado.

- A las 16:21 el médico de Urgencias del Centro hospitalario solicitó transporte para traslado secundario de la paciente al HUC en un recurso de soporte vital básico por un diagnóstico de hematoma subdural, informando al médico coordinador del SUC que la paciente se encuentra consciente, afásica y obedece órdenes.

- A las 17:41 el facultativo llama nuevamente solicitando cambio del tipo de ambulancia que la trasladaría al HUC por presentar un empeoramiento de su estado, con deterioro neurológico por disminución del estado de conciencia, activándose a las 18:14 la ambulancia sanitizada.

- A las 18:39 el enfermero de la ambulancia sanitizada valora al paciente y constata su deterioro cognitivo.

- A las 18:47 el médico coordinador del SUC habla con el médico de Urgencias de (...) planteando la necesidad de intubación orotraqueal y el cambio de recurso.

- A las 18:57 se activó entonces la ambulancia medicalizada.

- A las 19:41 la médico de la ambulancia llama al médico coordinador informando de la situación de la paciente, decidiendo intubarla durante el traslado.

- A las 20:26 llega al HUC, presentando la paciente estabilidad durante su traslado.

Tras la constatación de estos datos, se concluye en el referido informe que la actuación del SUC ha sido correcta, tanto en la asistencia extrahospitalaria que realiza el personal de las ambulancias como en la asistencia telefónica que realiza el médico coordinador.

Por último, en relación con la cuestión planteada de la innecesariedad del paso previo de la ambulancia por el Centro concertado en lugar de dirigirse directamente al HUC, se responde en este mismo informe que la decisión tomada por el médico coordinador sobre el traslado de la paciente al Centro de urgencias más cercano (...) tiene su fundamento en el antecedente reciente de hemorragia cerebral y la mala evolución neurológica de las últimas horas, siendo necesario primero una valoración médica y estabilización de la paciente para trasladarla luego en las mejores condiciones.

También el SIP considera correcta la asistencia prestada por el SUC, puesto que el traslado de la paciente se realizó de forma adecuada. Así, inicialmente se activó una ambulancia de soporte vital básico y ante el agravamiento de la paciente una ambulancia sanitizada. Sin embargo, la evolución de la paciente, con deterioro neurológico progresivo, hizo necesaria la intubación orotraqueal y, una vez estabilizada, fue finalmente trasladada en ambulancia medicalizada, que es un vehículo acondicionado para la prestación de asistencia sanitaria en ruta y sostenimiento y control de las funciones vitales en pacientes en situación de urgencia vital.

Por lo que se refiere a la derivación de la paciente por el coordinador del SUC desde su domicilio al centro Hospital (...), pone de manifiesto que es un centro sanitario que reúne las condiciones adecuadas para prestar la evaluación, estabilización y toma de decisiones en relación con el cuadro presentado por aquella, quien posteriormente sufre agravamiento, modificando entonces los recursos necesarios para el traslado al HUC.

Lo informado en el expediente permite pues entender que la decisión de derivar a la paciente, que los reclamantes entienden incorrecta, estuvo motivada por la necesidad de valorar y estabilizar a la paciente antes de llevar a cabo un traslado más prolongado, ante los antecedentes de la paciente y la evolución presentada.

C. Por último, por lo que se refiere a la asistencia sanitaria prestada por el HUC, sostienen los reclamantes que no se actuó diligentemente, pues desde que se detectó el hematoma subdural el 26 de agosto, cuando fue atendida la paciente por primera vez en este Centro, debió ser intervenida de urgencia. Por ello estiman que la demora en el tratamiento de este hematoma y sobre todo no haber realizado un periodo de observación lo suficientemente prolongado, a la espera de la poco probable resolución espontánea del hematoma subdural que presentaba, le han ocasionado un evidente perjuicio.

Son dos las cuestiones que plantean los interesados en relación con la asistencia prestada por el HUC.

Los reclamantes entienden, en primer lugar, que desde que la paciente fue asistida por primera vez tenía que haber sido intervenida del hematoma subdural presentado, considerando que éste era el tratamiento médico correcto y no uno de carácter conservador, como fue el caso.

Esta aseveración resulta rebatida, sin embargo, en el expediente, tanto en el Informe del Jefe del Servicio de Neurocirugía del referido Centro hospitalario como en el informe del SIP.

Señala el primero que cuando la paciente llegó al Servicio de Urgencias el día 26 de agosto de 2014 no presentaba déficits neurológicos ni alteración del nivel de conciencia que justificase una actitud quirúrgica urgente, por lo que se decidió manejo conservador mediante vigilancia neurológica estricta y cese de la medicación anticoagulante.

Pone además de manifiesto que la aseveración de que todos los hematomas subdurales se tratan de forma agresiva mediante intervención quirúrgica «es rotundamente falsa», añadiendo que los criterios tanto clínicos como radiológicos están bien establecidos y la paciente no los cumplía. Por lo que se refiere a la valoración de la opción quirúrgica, indica que la localización del hematoma en el espacio interhemisférico supone tanto una posibilidad de resangrado más baja de lo habitual como un mayor riesgo quirúrgico, pues la cirugía exige una apertura craneal sobre el seno sagital superior que añade un riesgo alto al procedimiento, lo que hace que cualquier abordaje deba estar muy justificado.

En este mismo sentido, informa el SIP lo siguiente:

«El hematoma subdural agudo interhemisférico es una complicación poco frecuente de los traumatismos craneoencefálicos, la forma habitual de presentación es una hemiparesia contralateral con una mayor afectación de la extremidad inferior. En la mayoría de los casos, una actitud conservadora con un control del paciente es la alternativa terapéutica de elección sobre todo en aquellos pacientes sin deterioro importante del nivel de conciencia, relegando la actuación quirúrgica a los pacientes con mayor afectación neurológica.

El tratamiento quirúrgico al igual que en el resto de los hematomas subdurales agudos estará fundamentalmente determinado por la situación clínica de los pacientes y el volumen localización del hematoma. En aquellos casos de hematomas sin desplazamiento de la línea media (<5mm), sin lesiones intraparenquimatosas ni compresión de cisternas basales, con buena situación clínica, Glasgow>13, como en nuestro caso, estaría indicada la actitud conservadora. Además en esta ocasión por su localización al tratarse de lesiones con dificultades anatómicas para progresar, con posibilidad de resangrado baja, riesgo quirúrgico alto por el lugar de acceso, y que estos pueden resolverse espontáneamente, estaría indicado un tratamiento expectante con seguimiento del paciente. En caso de crecimiento del hematoma o la compresión del drenaje vellosa hacia la línea media que motive un edema

cerebral que deteriore el estado clínico del paciente, ello aconsejaría entonces una cirugía diferida

A modo de conclusión, en el hematoma subdural agudo traumático interhemisférico, sin efecto de masa en el TAC, el tratamiento conservador es la mejor opción cuando el cuadro neurológico del paciente es favorable, siendo reevaluado el paciente en caso de deterioro neurológico».

Por ello concluye, atendiendo a todos estos factores, que la actuación sanitaria por parte de los facultativos del HUC fue adecuada y considera incorrecta la afirmación de que la intervención quirúrgica debía haberse practicado el 26 de agosto, ya que la indicación quirúrgica está sujeta a determinados criterios clínicos y radiológicos, de tal forma que el drenaje quirúrgico rápido debe ser considerado para los hematomas subdurales agudos sintomáticos que muestran afectación en el TAC. Este no era el caso de la paciente en ese momento, por lo que el tratamiento conservador era lo adecuado.

Por lo que se refiere a la segunda cuestión señalada, el periodo en que la paciente se mantuvo en observación en el hospital antes de ser dada de alta, por el Jefe de Servicio de Neurocirugía se indica en su informe que en los días sucesivos al ingreso se revaluó a la paciente, desde un punto de vista clínico y radiológico (TAC de control sin cambio), tanto en Urgencias como en sesión clínica del Servicio de Neurocirugía, y no se objetivaron cambios que justificaran una actitud quirúrgica con respecto al hematoma interhemisférico. Por ello, el día 28 de agosto se decide dar de alta a la paciente desde Urgencias, dada la estabilidad clínica.

Se justifica esta actuación, según expone, en el hecho de que la posibilidad de que un hematoma interhemisférico se complique por resangrado es muy baja, pero sobre todo imposible de prever y en el caso de la paciente este riesgo había disminuido tras la vigilancia en Urgencias e indicándose vigilancia domiciliaria.

Coincide con estas afirmaciones el SIP, que pone de manifiesto que durante su estancia en el HUC se efectuaron valoraciones diarias por Neurocirugía y TAC de control el 17 de agosto, en el que no se apreció desviación de línea media y las cisternas se encontraban conservadas, presentando la paciente una evolución favorable sin deterioro neurológico. Ello, indica, permitió cursar el alta el día 28 de agosto, con tratamiento consistente en Dexametasona en pauta de reducción para el edema cerebral y Heparina por su valvulopatía y se programa seguimiento en consultas externas de Neurocirugía el 8 de septiembre de 2014.

Ante estos hechos, concluye que a la fecha de alta (28 de agosto), los datos neurológicos «no justificaban dejar ingresada a la paciente, ya que no había resangrado» en ese momento. Pone asimismo de manifiesto que «aunque hubiese permanecido ingresada, el resangrado hubiese sido inevitable, no existiendo ninguna terapia eficaz contra el mismo, sin que en ningún momento se hubiera podido evitar incluso estando ingresado en el hospital».

Lo actuado, pues, en el expediente en cuanto a la asistencia sanitaria prestada en el HUC en la que los reclamantes basan su reclamación acredita que la actuación prestada fue correcta, por cuanto el tratamiento conservador era lo indicado en el caso de la paciente, ya que se trataba de un hematoma subdural sin desplazamiento de la línea media, sin lesiones intraparenquimatosas ni compresión de cisternas basales, con buena situación clínica, baja posibilidad de resangrado y posibilidad de resolución espontánea. A todo ello se une su localización (interhemisférico), que implicaba un riesgo quirúrgico alto por el lugar de acceso, al tratarse de una lesión con dificultades anatómicas para progresar.

Las razones que avalan el alta a los dos días del ingreso también se encuentran justificadas en el expediente, en la que se tuvo en cuenta, además del tipo de lesión con las características ya señaladas, la evolución de la paciente en ese tiempo, confirmada por el TAC de control que se realizó el día anterior al alta, sin que exista relación de causa a efecto entre ésta y el resangrado posterior, pues, como señalan los informes emitidos, era imposible de prever y, en todo caso, inevitable aunque hubiese permanecido ingresada.

Por lo tanto, procede concluir que en el presente caso se emplearon los medios precisos para tratar de curar la enfermedad que padecía la paciente, de acuerdo con los síntomas presentados en cada momento, por lo que la asistencia sanitaria se considera conforme a la *lex artis*, como parámetro que determina la corrección del funcionamiento de los servicios sanitarios.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución se considera conforme a Derecho, debiendo desestimarse la reclamación presentada al no concurrir los requisitos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración, con arreglo a la argumentación que se contiene en el Fundamento III.