



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 321/2017

(Sección 1ª)

La Laguna, a 20 de septiembre de 2017.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), en nombre y representación de (...), (...), (...) y(...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 285/2017 IDS)*.*

FUNDAMENTOS

I

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

2. Los interesados en este procedimiento solicitan 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 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, 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. Brito González.

3. Asimismo, de acuerdo con las citada disposición transitoria tercera, 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. (...), actuando en nombre y representación de (...), (...), (...), (...) y (...), formula 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 la madre de sus representados.

En su escrito inicial se exponen, entre otros, los siguientes extremos:

- El 29 de julio de 2012, la madre de los interesados ingresa en la Clínica (...) con infarto talámico izquierdo con signos de hemorragia, siendo trasladada en la madrugada del día 30 al Hospital Universitario de Canarias (HUC).

- A las 07:00 horas de la mañana de ese mismo día 30 de julio, las hijas de la paciente visitan a su madre, encontrándola acostada y en buen estado. La enfermera les informa que la paciente había pasado buena noche y que le iban a realizar un TAC.

Alrededor de las 8:30 horas abandonan el Hospital, siguiendo las indicaciones de la enfermera que les comunica que era aconsejable que se marcharan y regresaran sobre las 12:30 horas, puesto que la iban a preparar para el baño, realizar las tareas propias de higiene personal y preparación para la realización del TAC.

- Transcurrido poco tiempo son llamadas por el Jefe de Servicio de Urgencias del HUC para comunicarles que la paciente había sufrido una caída y que por tanto debían acudir nuevamente al HUC, encontrando a su madre en la cama y con traumatismos ya visibles en la parte derecha de su cuerpo. Presentaba, según el informe médico, lesiones en la región fronto-parietal derecha y en el hombro derecho, con fractura de tercio distal de clavícula derecha y subcapital de hombro derecho, pautándose tratamiento conservador con cabestrillo.

- Con anterioridad al hecho denunciado, tal como consta en informe médico, la paciente no colaboraba a la exploración, presentando desviación de comisura a la izquierda y hemiparesia derecha leve, lo que implica que necesita ayuda de terceras personas para moverse.

Los reclamantes entienden que, dado que la paciente no se podía mover por sí misma, la caída se produjo como consecuencia del traslado de la paciente para realizar el TAC o bien en las tareas de higiene personal. Añaden a ello que tras las lesiones sufridas se produjo un empeoramiento del estado de la paciente que provocó finalmente su fallecimiento.

Los reclamantes solicitan una indemnización que asciende a la cantidad de 120.000 euros.

2. En el presente procedimiento los reclamantes ostentan la condición de interesados en cuanto titulares de un interés legítimo, ya que pretenden el resarcimiento del daño moral que le ha irrogado el óbito de su madre. La representación conferida consta asimismo debidamente acreditada en el expediente.

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.

3. El fallecimiento de la madre de los interesados, que es el hecho lesivo alegado, acaeció el 6 de agosto de 2012 y la reclamación se presentó el 26 de julio de 2013, dentro por tanto del plazo de un año que fija el art. 142.5 LRJAP-PAC, por lo que no es extemporánea

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 Autonómica, 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 agosto de 2013 (art. 6.2 RPAPRP), si bien en la misma Resolución se suspende el procedimiento por estar incurso en causa penal, hasta el momento en que se comunique resolución firme.

El 13 de mayo de 2014 se recibe en el Servicio de Normativa y Estudios escrito del representante de los interesados por el que comunica Auto de 9 de diciembre de 2013, del Juzgado de Instrucción nº 2 de La Laguna por el que se archiva la causa iniciada en virtud de denuncia presentada por los reclamantes, así como Auto de la Sección Segunda de la Audiencia Provincial de Santa Cruz de Tenerife de 28 de marzo de 2014 por el que se desestima el recurso de apelación interpuesto.

Tras esta comunicación, con fecha 20 de mayo de 2014 se dicta Resolución por la que se deja sin efecto la suspensión y se ordena la continuación del procedimiento. En este acto se resuelve asimismo comunicar a los interesados 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 12 de mayo de 2016 se emite informe por el mencionado SIP y a él se acompaña copia de la historia clínica de la madre de las reclamantes obrante en el HUC y en (...). Se adjuntan asimismo los informes emitidos por el coordinador del Servicio de Urgencias y el Servicio de Neurología del HUC, exigidos en virtud de lo previsto en el arts. 10 RPAPRP, así como documentación correspondiente a las diligencias previas incoadas y archivadas.

El 4 de junio de 2016 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 procedió a la apertura del referido trámite, a fin que por los interesados se aportase la documentación que proponen en su escrito inicial y que no detallan. Solicitada ampliación del plazo por los reclamantes a los efectos de aportar informe emitido por un neurólogo y concedida ésta, no se lleva a efecto en el nuevo plazo concedido.

Con fecha 24 de abril de 2017 se concede trámite de audiencia a los interesados (art. 11 RPAPRP), que presentan alegaciones en las que proponen la terminación convencional del procedimiento, solicitando una indemnización de 15.000 euros.

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 hechos que resultan relevantes:

- Entre los antecedentes de la paciente previos a la asistencia sanitaria de la que trae causa el presente expediente figuran un ictus isquémico en hemisferio izquierdo en el año 2001 y posterior ictus isquémico en 2009 en eje ACM I con secuelas en habla y coordinación de la marcha (según información de sus hijas).

- En la consulta en el Centro de Atención Especializada, en marzo de 2012, la familia relata que «En los últimos 3 meses, la notan muy reiterativa, con episodios confusionales. (...) y ya no colabora con actividades que antes realizaba -comidas, limpieza, precisando supervisión en el baño, ensimismada la mayor parte del día». De hecho, en esta consulta fue diagnosticada de deterioro cognitivo con afectación funcional Reisberg 4-5.

- Ingresó durante el periodo del 9 al 18 de mayo de 2012, en (...), por alteración de la marcha de una semana de evolución. Ictus isquémico evolucionado en hemisferio izquierdo con disfagia motora leve y hemiparesia derecha de predominio braquial. Consta: Hace una semana presentó de forma súbita desviación de la comisura bucal y lateralización de la marcha a la derecha, con debilidad transitoria de unos 5 minutos de hemicuerpo derecho. Desde entonces arrastre de MID al caminar con mayor inestabilidad de la marcha. BM: 5/5 global. Además, desde hace tiempo desorientación temporal y espacial, probablemente en relación con deterioro cognitivo en desarrollo. TAC de cráneo compatible con atrofia cerebral.

- En fecha 18 de julio de 2012 se expresa empeoramiento después del ictus sufrido en mayo: se encuentra inhibida, adormitada, desorientada, reiterativa, no

sabe quiénes son los familiares. Juicio clínico: Deterioro cognitivo moderado-severo de probable origen mixto precisando ayuda para las actividades de la vida diaria.

- En fecha 29 de julio de 2012, a las 16:01 horas, acude a Hospital (...) por somnolencia y desviación de la comisura bucal desde el día anterior. Se realiza exploración física, entre otros hemiparesia izquierda residual (debió decir derecha); ECG con ritmo sinusal con BCRIHI-1 ya conocido. TAC craneal con imagen hiperdensa en región paraventricular izquierda que desplaza línea media y que informa de infarto talámico izquierdo con signos de hemorragia: Imagen de baja densidad que se localiza en región cápsulo-talámica izquierda. El sistema ventricular se encuentra dilatado de forma simétrica sin advertirse desplazamientos significativos. No se aprecian anomalías en Fosa Posterior. Dilatación de los surcos y cisuras cerebrales. Conclusión: Examen compatible con reblandecimiento cápsulo-talámico izquierdo. Atrofia Cerebral. En impresión diagnóstica: Enfermedad cerebrovascular aguda mal definida. Infarto talámico izquierdo con signos de hemorragia.

Se traslada al HUC para completar estudio.

- En el Servicio de Urgencias del HUC: No datos de insuficiencia respiratoria, consciente, si bien no colabora a la exploración, desviación de la comisura hacia la izquierda y hemiparesia derecha leve con ligero movimiento de MID. Se deja en observación y se solicita TAC para el día siguiente.

- En la hoja de seguimiento consta a las 10:00 horas: la paciente sufre caída accidental de la cama pese a encontrarse las barandillas subidas. Se comenta al médico para valoración.

A las 10:30 horas del 30 de julio de 2012, la enfermera avisa al médico de la caída de la cama «Sufre caída accidental golpeándose la cabeza en región fronto-parietal derecha y el hombro derecho». Se repite TAC, sin cambios respecto al previo: Imagen hiperdensa periventricular talámica izquierda.

Valorada por el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología: fractura de tercio distal de clavícula derecha y subcapital de hombro derecho. Se pauta cabestrillo.

- Ingresa en el Servicio de Neurología del HUC durante el periodo del 30 de julio a 6 de agosto de 2012, remitida al Servicio de Urgencias desde Hospital (...) con juicio diagnóstico de infarto talámico con signos de hemorragia.

Situación basal: dependiente para la mayoría de las AVD. Trastorno de la marcha residual si bien colabora en transferencias.

La familia refiere que encontraban a la paciente en la última semana más postrada y más somnolienta. El día 29 no respondía a la llamada, con desviación de la comisura bucal hacia la izquierda y dificultad respiratoria.

A la exploración neurológica: Alerta a la llamada, con tendencia al sueño. Obedece a órdenes con rápida saturación, con quejas de dolor. Apertura ocular y elevación de MM izquierdos a la orden. Lenguaje disártrico con disfasia motora. Hemiparesia derecha de predominio braquial 2-3 MSD y MID 4-15.

Hematomas en región fronto-parietal derecha de scalp y en hombro derecho. Hombro no doloroso a la movilización pasiva, tolerando aducción, no supraelevación. Rx de hombro derecho: fractura de tercio distal de clavícula derecha y subcapital de hombro derecho.

- En TAC craneal de 30 de julio de 2012: Imagen hiperdensa periventricular talámica izquierda, ya presente en estudio previo, que impresiona de material hemático. Sistema ventricular de tamaño y morfología normal, sin desplazamiento de la línea media. Presencia de cefalohematoma frontal derecho.

- En TAC craneal de 31 de julio de 2012 indicado por empeoramiento neurológico: Imagen de mayor densidad del parénquima cerebral y heterogénea con zonas hipodensas en su interior de localización en región capsulotalámica izquierda que se extiende periventricularmente al asta occipital del mismo lado, con discreta compresión del sistema ventricular homolateral sin desplazamientos cerebrales. Aumento de partes blandas extracraneal en región frontal derecha. Conclusión: Imagen compatible con proceso expansivo tumoral capsulotalámico izquierdo con extensión periventricular.

- Durante el ingreso en el citado Servicio de Neurología, tras una mejoría inicial, presentó los días 3 y 4 de agosto episodios de distrés respiratorio, se pauta tratamiento sintomático. Tras el segundo episodio presenta pico febril. Se pauta cobertura antibiótica y HBPM a dosis profilácticas por sospecha de tromboembolismo pulmonar. Evoluciona de forma desfavorable con disminución progresiva del nivel de consciencia y disnea. En fecha 6 de agosto de 2012 a las 15:40 presentó parada cardiorrespiratoria, no adoptándose medidas agresivas de reanimación.

Juicios diagnósticos: Infarto hemorrágico cápsulo-talámico izquierdo. Insuficiencia respiratoria. Parada cardiorrespiratoria. Fractura de clavícula y subcapital de húmero derechos. Diabetes Mellitus tipo 2. Cardiopatía isquémica

coronaria. Ateromatosis carotidea bilateral sin estenosis. Dislipemia. Ictus isquémicos previos con secuelas del habla y de la coordinación de la marcha. Deterioro cognitivo leve-moderado de etiología mixta. Exitus.

2. Los reclamantes alegan que en la asistencia sanitaria prestada a su madre se actuó de forma negligente por parte del personal de enfermería y auxiliar del Servicio de Urgencias del HUC, al producirse su caída como consecuencia del traslado de la paciente para la realización de una prueba diagnóstica o bien durante las tareas de higiene personal. Estiman además que la caída sufrida le produjo a la paciente un empeoramiento de su estado de salud, que provocó finalmente su fallecimiento.

En trámite de audiencia los interesados añaden que del Auto dictado por el Juzgado de Instrucción número Dos de La Laguna se desprende que la cama de la paciente contaba con barandillas de seguridad y colchón nuevo, al parecer, más alto que los anteriores, con lo cual la barrera quedaba más baja de lo habitual.

Por el contrario, en la Propuesta de Resolución se desestima la reclamación presentada, al sostener que no existe nexo causal entre la caída de la cama sufrida por la paciente y su fallecimiento, al ser éste consecuencia de la propia enfermedad padecida y que motivó su ingreso.

3. En el expediente se encuentra acreditado que la paciente sufrió la referida caída accidental mientras se encontraba ingresada en el Servicio de Urgencias del HUC, pero no ha quedado sin embargo demostrado que la misma estuviera relacionada con ninguna de las dos actuaciones señaladas por los reclamantes (traslado de la paciente para realizar el TAC o tareas de higiene personal). Así, ha quedado acreditado con ocasión de la instrucción de las Diligencias Previas, que la prueba diagnóstica no se había realizado y que la caída se produjo en el box en el que se encontraba ingresada la paciente y no en el trayecto para la realización de la referida prueba. Asimismo, en el momento de la caída tampoco se había iniciado el aseo de la paciente. De las declaraciones del personal del Servicio de Urgencias, con ocasión de la indicadas Diligencias Previas, se desprende que aunque las auxiliares de enfermería se encontraban en el Servicio, no estaban atendiendo a la paciente, sino que se encontraban en el otro extremo de la sala, si bien acuden al lugar al escuchar un golpe. Consta igualmente que la paciente se encontraba con las barandillas de seguridad subidas.

En el Auto del Juzgado de Instrucción ya citado se indica que «la cama contaba con barandillas de seguridad. No existe prueba bastante para poder imputar a ninguna de las denunciadas un acto de impericia profesional, al quedar la posibilidad

de que fuera la paciente quien desorientada se agarrara a la barandilla con el brazo izquierdo y cayera al suelo y no hallando testimonio alguno que constate que cayó al estar siendo lavada o cualquier otra actividad por parte de las implicadas se acuerda el sobreseimiento provisional y archivo de la presente causa».

A su vez, en el Auto de 28 de marzo de 2014 de la Sección Segunda de la Audiencia Provincial de Santa Cruz de Tenerife, también ya mencionado, se indica que «no cabe descartar que la propia paciente se moviera por sí sola de la cama, precipitándose al suelo (...) y “que no queda demostrada la imposibilidad total de movimiento, puesto que en la historia clínica se consigna hemiparesia leve (...) estado fluctuante”».

Sobre este extremo aclara el Servicio de Inspección y Prestaciones lo siguiente:

«Los reclamantes cuando hacen referencia a la incapacidad de la paciente para las ABVD (actividades básicas de la vida diaria) parece centrarse en la incapacidad de la movilidad.

En la dependencia para ABVD no sólo influye la mayor o menor movilidad de los miembros sino también el estado cognitivo.

En la consulta de Neurología en el Centro de Atención Especializada, en marzo de 2012, la familia relata que “En los últimos 3 meses, la notan muy reiterativa, con episodios confesionales. (...) y ya no colabora con actividades que antes realizaba -comidas, limpieza, precisando supervisión en el baño, ensimismada la mayor parte del día”. Después de su evaluación fue diagnosticada, en esa consulta de deterioro cognitivo con afectación funcional Reisberg 4-5.

En la Escala Global del Deterioro para la Evaluación de la Demencia Primaria Degenerativa (también conocida como la Escala de Reisberg), los pacientes en una fase 4 presentan dificultades de concentrarse, una disminución de la habilidad de acordarse de los eventos recientes, y dificultades de manejar las finanzas o de viajar solo a lugares nuevos, las interacciones sociales difíciles; una fase 5, con deficiencias serias de la memoria, necesita ayuda para completar las actividades diarias (vestirse, bañarse, preparar la comida), puede ser que la persona no recuerde su domicilio o número de teléfono o que no sepa la hora, el día, o donde está.

La situación cognitiva empeorada se describe el 18 de julio de 2012 después de haber sufrido nuevo ictus en mayo: Se encuentra inhibida, adormitada, desorientada, reiterativa, no sabe quiénes son los familiares.

En este sentido, en la valoración del Patrón Actividad-Ejercicio en fecha 31 de julio de 2012 si bien la movilidad está alterada, las capacidades que la hacen dependiente corresponden al alimento, higiene, uso del baño, vestido y capacidad instrumental,

correlacionado con la valoración del Patrón cognitivo-perceptivo: confusión, desorientación en tiempo, persona y espacio.

(...)

A la capacidad de movimiento de la paciente también se hace referencia en el Informe del Coordinador del Servicio de Urgencias: la paciente "presentaba cierta capacidad de movimiento (colaboraba en domicilio con las transferencias).

En relación al estado del miembro superior derecho: Después del ictus isquémico en mayo de 2012 se expresa debilidad transitoria de unos 5 minutos de hemicuerpo derecho. Desde entonces arrastre de miembro inferior izquierdo al caminar con mayor inestabilidad de la marcha. En la asistencia, en ese momento, en (...) se concluye, además de disfagia motora (dificultad para la deglución), hemiparesia derecha de predominio braquial.

Esta secuela hemiparesia derecha es coincidente con la valoración realizada, en fecha 29 de julio de 2012, en (...) previo al traslado al HUC. De esta forma, en la exploración física, con independencia al nuevo motivo de ingreso infarto talámico con signos de hemorragia, se describe hemiparesia izquierda residual, aunque debió decir derecha.

Nuevamente en el mismo día, en la exploración a la llegada al Servicio de Urgencias del HUC se hace constar hemiparesia derecha leve».

Así pues, según se constata por medio de las Diligencias Previas, la caída accidental de la paciente no fue debida a una negligencia por parte del personal del Servicio de Urgencias, las barandillas de seguridad de la cama se encontraban subidas y la paciente presentaba movilidad que le permitía agarrarse a la barandilla. Esta posibilidad de movimiento se pone de manifiesto asimismo por el Servicio de Inspección, teniendo en cuenta los datos obrantes en la historia clínica de la paciente.

Por último, indican los interesados, con cita del Auto judicial, que en la cama se había colocado un nuevo colchón más alto, por lo que la B. quedaba más baja de lo habitual. No se ha acreditado sin embargo en el expediente que por este motivo las barandilla no cumpliera su función ni se ha acreditado que fuera la causa del accidente. El reportaje fotográfico aportado por los propios interesados muestra además que este elemento presenta suficiente elevación sobre el nivel del colchón.

En estas circunstancias, no puede considerarse acreditado que la caída accidental de la paciente se debiera al funcionamiento del servicio sanitario, pues no tuvo su origen en la manipulación de la paciente por parte del personal del Servicio ni en la ausencia de colocación de la barandilla de seguridad.

4. Los reclamantes sostienen, como ya se ha señalado, que la caída causó un empeoramiento del estado de la paciente que desembocó en su fallecimiento.

En el expediente se encuentra sin embargo acreditado que no existe nexo causal entre el accidente sufrido y el fallecimiento de la paciente, que se debió a la evolución de la propia enfermedad que motivó su ingreso. Igual conclusión alcanzan los pronunciamientos judiciales a los que ya se ha hecho referencia, pues el Auto de la Audiencia Provincial ya referido, sostiene y argumenta que ningún dato obrante en el historial médico de la fallecida aportado a las actuaciones permite entender la existencia de un nexo causal entre el episodio traumático acaecido y su fallecimiento.

Así, según resulta de la historia clínica de la paciente y se expone en el informe del SIP, la paciente ingresó en el HUC por un cuadro de infarto talámico izquierdo con signos de hemorragia. Previo al ingreso en el Servicio de Urgencias del HUC se había realizado TAC en el Servicio de Urgencias de (...). Después de la caída, se realiza nuevo TAC craneal y las lesiones cerebrales se mantienen sin cambios respecto al previo. Además, las lesiones que derivan de la contusión frontoparietal se describen en este segundo TAC son extracraneales, se presentó hematoma en región frontoparietal -cefalohematoma- es decir justo debajo del cuero cabelludo. Por ello concluye el SIP que las lesiones derivadas de la caída, cefalohematoma más fractura de clavícula y hombro, no se relacionaron con el empeoramiento neurológico de su proceso.

Esta falta de relación causal entre el traumatismo objeto de reclamación y el desenlace de la enfermedad motivo de ingreso, también se recoge en el informe del Servicio de Neurología. Así se expresa que la paciente ya ingresa con una lesión talámica izquierda hemorrágica con signos de expansividad, que es previa a la caída sufrida en el Servicio de Urgencias. No se objetiva en el TAC posterior a la caída lesiones cerebrales asociadas a traumatismo craneoencefálico tipo hematoma subdural, epidural, hemorragia subaracnoidea, fractura de calota, etc. En todo caso sí presenta aumentos de partes blandas en región frontal derecha (no en el cerebro) asociadas al traumatismo craneal, pero que no justifican la evolución posterior de la paciente. Añade este informe que la complicación sufrida en su evolución con episodios de insuficiencia respiratoria y pico febril con sospecha de tromboembolismo pulmonar está descrita en la literatura como complicación que puede conducir al *exitus*.

Resulta pues que las pruebas diagnósticas (TAC) realizadas a la paciente después de la caída no evidencian cambio alguno con respecto al que se había realizado previamente, siendo la causa de su fallecimiento las complicaciones propias de la enfermedad padecida.

No existe pues nexo causal entre el funcionamiento del Servicio y el daño reclamado, por lo que la desestimación de la reclamación que se propone es ajustada a Derecho, al no concurrir los requisitos que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución que desestima la reclamación se considera conforme a Derecho.