Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 4 3 1 / 2 0 2 5

(Sección 2.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 16 de octubre de 2025.

Dictamen solicitado por la Excma. Sra. Consejera 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 (...), (...), (...), (...) y (...), por el fallecimiento de (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 395/2025 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. Se dictamina sobre la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución, formulada por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud (SCS), tras la presentación y tramitación de una reclamación de indemnización por los daños que se alegan producidos por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La solicitud del Dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva de acuerdo con lo previsto en el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC), en relación con el art. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), pues se reclama conjuntamente por las personas interesadas una indemnización de 220.211,11€ euros.

A este respecto se ha de recordar que la Ley 5/2024, de 26 de diciembre, de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Canarias para 2025 ha modificado la LCCC, mediante su Disposición final sexta que establece:

«Uno. Se modifica la letra e) del apartado 1.D) del artículo 11 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, que queda redactado como sigue:

[*] **Ponente: Sr. Belda Quintana.**

«e) Reclamaciones que se formulen en materia de responsabilidad administrativa patrimonial cuya cuantía sea igual o superior a 60.000 euros. No obstante, tratándose de solicitudes de dictamen que versen sobre reclamaciones en materia de responsabilidad patrimonial frente a los ayuntamientos de la Comunidad Autónoma de Canarias, el Consejo Consultivo será competente para dictaminar cuando la cuantía de la reclamación sea superior a 20.000 euros».

Dos. La reforma del apartado anterior se aplicará a los procedimientos que, habiéndose iniciado antes de su entrada en vigor, sea solicitado el dictamen después del 1 de enero de 2025».

Está legitimada para solicitar el Dictamen la Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con lo previsto en el art. 12.3 LCCC.

3. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada resultan de aplicación tanto la citada LPACAP, como la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación Clínica.

4. En cuanto a la competencia para tramitar y resolver el procedimiento, corresponde a la Administración autonómica, actuando mediante el SCS, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

5. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del SCS, 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. Mediante Resolución de 23 de diciembre de 2014 de la Directora, se delega en la Secretaría General del SCS la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial derivados de la asistencia sanitaria por el SCS.

6. Se cumple el requisito de legitimación activa, teniendo los herederos de la persona fallecida a que se refiere el expediente, cónyuge e hijos, la condición de interesados al haber sufrido el daño por el que reclaman [art. 4.1.a) LPACAP].

6.1. Este Consejo Consultivo ha señalado en supuestos similares (por todos, Dictamen 408/2022, de 27 de octubre), en relación con la naturaleza jurídica de la reclamación de los herederos de la persona afectada por el hecho lesivo que le ha ocasionado su fallecimiento, lo siguiente:

«En cuanto a la legitimación activa de los reclamantes, se plantea el problema jurídico de la naturaleza jurídica de la reclamación de los herederos del paciente fallecido. Caben

distintas hipótesis: Una sería aquella que entiende que el daño genera un derecho de crédito para el fallecido que se incorpora a la masa activa de la herencia y se trasmite a sus herederos. Otra, que los herederos sólo pueden reclamar un daño moral a título propio, por los daños personales derivados de la asistencia sanitaria recibida. Sobre si la acción para reclamar el daño moral es transmisible a los herederos, es una cuestión que ha planteado amplio debate doctrinal y jurisprudencial.

A este respecto, la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Galicia de 2 de octubre de 2013 (rec. 780/2006) expone la problemática procesal. Dice este fragmento de la sentencia:

"Ello nos lleva a la vieja problemática relativa al titular del resarcimiento del daño causado por la muerte, donde se prodigan posturas de signo contrario, la de la adquisición originaria del crédito resarcitorio por el vivo que muere y que transmite a título hereditario a sus herederos y la de la adquisición originaria del crédito resarcitorio por los perjuicios que sufren los familiares allegados del muerto por razón de su muerte a título de responsabilidad patrimonial. El criterio del resarcimiento de los familiares perjudicados a título propio se ajusta mejor al norte de la justicia resarcitoria porque, de un lado, permite compensar perjuicios sufridos por quienes no son herederos y porque simultáneamente evita reconocer indemnización a herederos que no sufren perjuicios por la muerte de la víctima, como sucede con aquellos que no estén ligados afectivamente con la víctima o incluso, con el Estado, cuando, por falta de parientes, es el heredero de la víctima.

En este sentido, la temprana y didáctica Sentencia de la Sala Civil del Tribunal Supremo de 2 de febrero de 2006, estableció lo siguiente: "Sin duda el derecho a indemnización originado en el perjuicio moral y material a terceros por consecuencia de la muerte, no surge como "iure hereditatis", sino como un derecho originario y propio del perjudicado (SSTS de 4 de mayo de 1983 y 14 de diciembre de 1996), cualidad que puede o no coincidir con la de heredero, pero que en cualquier caso es distinta y con efectos jurídicos muy diferentes, siendo doctrina de esta Sala, como recuerda la sentencia de 18 de junio de 2003, que están legitimadas para reclamar indemnización por causa de muerte "iure propio", las personas, herederos o no de la víctima, que han resultado personalmente perjudicadas por su muerte, en cuanto dependen económicamente del fallecido o mantienen lazos afectivos con él; negándose mayoritariamente que la pérdida en si del bien "vida" sea un daño sufrido por la víctima que haga nacer en su cabeza una pretensión resarcitoria transmisible "mortis causa" a sus herederos y ejercitable por éstos en su condición de tales "iure hereditatis".

Nos inclinamos, de acuerdo con la sentencia invocada, por considerar que en este caso se reclama un daño moral, que sólo puede ejercitarse a título personalísimo por los herederos perjudicados y que, por tanto, no es un derecho de crédito que forme parte de la masa activa de la herencia».

La citada doctrina jurisprudencial, que el Consejo ha hecho suya, resulta aplicable al presente asunto, de modo que el cónyuge e hijos de la paciente fallecida, poseen interés legítimo para interponer la presente reclamación.

6.2. La legitimación pasiva corresponde a la Administración autonómica, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

7. Se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación (art. 67 LPACAP). El hecho lesivo se produjo el día 10 de marzo de 2020 y se sustanciaron diligencias previas (núm. 597/2020) por el Juzgado de Instrucción número 1 de Santa Cruz de Tenerife, el cual dictó Auto el día 8 de mayo de 2020 a través del que se acordó el sobreseimiento provisional de las diligencias previas referidas. Auto que resultó firme una vez desestimado el recurso de apelación que fue interpuesto contra dicha resolución.

Sin embargo, mediante escrito de 20 de enero de 2022 se interesó la reapertura de las diligencias previas por entender que el fallecimiento de afectada se habría producido como consecuencia de una negligencia médica. El día 21 de febrero de 2022 el Juzgado de Instrucción mencionado dictó Providencia denegando dicha solicitud de reapertura y remitiéndose a la decisión firme de sobreseimiento ya acordada, pero contra dicha Providencia se interpuso recurso de reforma, que fue desestimado por Auto de 19 de marzo de 2022, contra el que, a su vez, se formuló recurso de apelación.

Finalmente, la Sección Sexta de la Audiencia Provincial de Santa Cruz de Tenerife dictó Auto el día 23 de marzo de 2023 por el que desestimó dicho recurso de apelación, siendo este el *dies a quo* del plazo de prescripción del derecho a reclamar de los interesados.

Pues bien, la reclamación se presentó ante la Administración General del Estado el día 22 de marzo de 2024, es decir, dentro de plazo.

8. Se ha sobrepasado largamente el plazo máximo para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, aun expirado éste y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

II

1. En lo que se refiere a los antecedentes de hecho que han dado lugar al presente procedimiento, en la reclamación formulada se manifestó que:

«PRIMERO. - Mis mandantes son familiares directos de la fallecida (...) (cónyuge viudo e hijos), la cual el pasado 19 de febrero de 2020 sufrió una caída en su edificio, motivo por el que tuvo que acudir a Urgencias del Servicio Canario de la Salud, Hospital Universitario Ntra. Sra. De Candelaria (HUNSC). Fue diagnosticada con un TCE leve y se le dio de alta. Únicamente se le realizó una radiografía para descartar lesiones óseas.

Sin embargo, el 4 de marzo de 2020 tiene que volver con Urgencias del HUNSC, al presentar cefaleas, náuseas y debilidad en hemicuerpo izquierdo. En el TAC se observó un hematoma subdural agudo, por lo que tuvo que ser intervenida. La evolución fue mala, falleciendo finalmente a las 16:34 horas del 10 de marzo de 2020. Se adjuntan los informes médicos como documento nº1.

Que, por el fallecimiento de (...) se siguieron las Diligencias Previas 597/2020 ante el Juzgado de Instrucción Nº1 de Santa Cruz de Tenerife, a fin de esclarecer las causas de la muerte.

Que, el informe de autopsia definitivo, consta en la información del levantamiento del cadáver lo siguiente:

"Mujer de 73 años que el pasado 19 de febrero de 2020 sufrió una caída casual con resultado de TCE leve. Que llevada a urgencias, donde no se apreciaron síntomas de alarma y el Glasgow era de 15. Fue dada de alta. El día 4 de marzo comenzó a presentar cefaleas, náuseas y debilidad en hemicuerpo izquierdo. En el TAC se observó un hematoma subdural agudo (relacionado con el traumatismo de febrero, en tiempo) y se decidió intervenir. La cirugía tuvo mala evolución falleciendo a las 16:34 horas del 10 de marzo de 2020".

Asimismo, se concluyó que la causa de la muerte fue:

"Traumatismo cráneo encefálico, con hematoma subdural agudo/subagudo frontoparietotemporal derecho. Hematoma interhemisférico y hemorragia intraparenquimatosa. La causa inmediata de la muerte es lesión en centros vitales encefálicos"

Se adjunta informe de autopsia definitivo como documento nº2.

La literatura médica especializada establece que, ante traumatismos sufridos en la cabeza, se realice un TAC o una RMN para detectar posibles lesiones cerebrales subyacentes. Sin embargo, estas pruebas no se realizaron el 19 de febrero de 2020, sino el 4 de marzo de 2020, cuando tras necesitar nuevamente asistencia médica, se le realizó un TAC que observó un hematoma, motivo por el que tuvo que ser intervenida de urgencia, falleciendo 6 días después.

Existe por tanto un error de diagnóstico por parte del médico con nº de identificación 38/3807739 que diagnosticó a la fallecida con un TCE leve y solo realizó una radiografía

(rayos x) para descartar lesiones óseas, pero que no tiene en absoluto la capacidad de evaluar el cerebro.

Por este motivo, ha existido una mala praxis por parte del médico n.º 38/3807739 del Servicio Canario de la Salud, el cual dio el alta médica sin haber realizado una prueba diagnóstica como el TAC, para poder detectar las lesiones cerebrales que provocaron el fallecimiento de (...)

Si el diagnóstico hubiera sido el acertado, se hubiese tratado a la paciente con más tiempo y correctamente, incrementándose enormemente las posibilidades de sobrevivir al traumatismo sufrido.

Por tanto, es evidente la falta de diligencia del médico, especialmente teniendo en cuenta la avanzada edad de la lesionada en ese momento (73 años) lo cual agudizaba más aún su deber de cuidado para emitir un diagnóstico correcto y conforme a la lex artis.

El procedimiento penal quedó finalmente archivado por medio de Auto de23 de marzo de 2023, dictado por la Sección Sexta de la Audiencia Provincial.

Se adjunta como documento nº3 las resoluciones judiciales.

SEGUNDO. - DAÑOS SUFRIDOS.

Debido a la negligencia médica sufrida por (...), se valoran los daños causados a su familia (cónyuge viudo y 4 hijos) en la cantidad total de DOSCIENTOS VEINTE MIL EUROS CON DOSCIENTOS ONCE EUROS CON ONCE CÉNTIMOS (220.211,11€),cálculo realizado conforme al baremo de tráfico del Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor».

2. También en cuanto a los antecedentes de hecho, es preciso reproducir el relato expuesto en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del SCS (SIP) de 25 de febrero de 2025:

«1. Doña (...) con DNI Nº (...) y 73 años de edad en el momento de los hechos, presentaba como antecedentes personales alergia mometasona y tensoplast; médicos Diabetes mellitus tipo 2, Hipertensión arterial, Dislipemia, Ictus isquémico transitorio (2005), Fibrilación auricular (anticoagulada con sintrom), Gastritis crónica, Osteoporosis; quirúrgicos prótesis valvular aórtica y mitral (2005), trepanación por hematoma subdural crónico con osteoma frontal secundario (2012), fractura conminuta de rótula izquierda (osteosíntesis 2011, retirada de material de fijación 2012), cataratas, abscesos en nalgas tras hierro intravenoso.

2. El día 19 de febrero de 2020 acudió al Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH) del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria (HUNSC en adelante) para valoración por caída casual desde su propia altura sufriendo contusión frontal y nasal sin pérdida de

conciencia, cefalea ni vómitos. A la exploración física se encontraba hemodinámicamente estable salvo por hipertensión moderada (PA 170/90 mmHg, FC 60 lpm, glucemia 112 mg/dl, Tª 36,1ºC), presentaba una erosión frontal, una herida inciso-contusa en raíz nasal asociando hematoma y tumefacción frontal con una exploración neurológica normal (PICNR, pares craneales conservados y simétricos, lenguaje normal, fuerza y sensibilidad conservada). Se realizó una radiografía de huesos propios sin líneas de fractura. Se estableció el diagnóstico de traumatismo craneoencefálico leve fronto-nasal, se le entregó una hoja de recomendaciones ante las que volver a acudir de urgencias y fue dada de alta indicándole analgesia y control por su médico de atención primaria (MAP en adelante).

3. El día 21 de febrero acudió a su centro de salud y fue valorada en consulta de enfermería para realizarse cura y control de INR 3,2-normal (INR es un parámetro empleado para medir el tiempo que tarda la sangre en coagularse, en caso de tomarlo por el antecedente de fibrilación auricular y prótesis valvular mecánica se recomienda un valor entre 2,5 y 3,5). Ese mismo día fue valorada por su MAP quién describe a la exploración física herida frontal sin sangrado en ese momento y sintrom (INR) con buen control. Al día siguiente, 22 de febrero, tubo cita con enfermería para realizarse cura y se le indicó acudir nuevamente, siendo citada cada cuarenta y ocho horas para control:

a) 24 de febrero (enfermería): Se describía una exploración física normal "Orientada en tiempo y espacio, no mareada, consciente, normohidratada, no refiere pérdida de conciencia, solo que se dio ligeramente en el izquierdo, buena flexión y extensión sin dolor a la movilización, no edema, no dolor, no otra patología". Se realizó cura y se indicó revisión por su MAP.

b) 26 de febrero (enfermería): Se realizó cura y se programó cita de control.

c) 28 de febrero (enfermería): Se realizó cura describiendo "herida con buen aspecto pero con leve exudado".

d) 2 de marzo (enfermería): Se realizó cura de "herida plana granulada".

e) 3 de marzo (MAP y enfermería): Se realizó cura por enfermería y fue valorada en consulta de su MAP en situación de estabilidad hemodinámica (PA 125/63 mmHg, FC 73 lpm), aunque ante la persistencia de hematoma decidió realizar interconsulta al Servicio Cirugía Maxilofacial describiendo "actualmente hematoma residual en ambas zonas maxilares en etapa de resolución, llama la atención posible hematoma encapsulado frontal".

4. El día 4 de marzo fue llevada en ambulancia al SUH del HUNSC a las 17:01 horas por un cuadro de unas dos horas y media de evolución de cefalea occipital derecha y déficit motor del hemicuerpo izquierdo. A la exploración física se encontraba consciente y orientada con fuerza disminuida en hemicuerpo izquierdo (miembro inferior izquierdo 1/5 y miembro superior izquierdo 3/5; la Escala de Daniels se emplea para medir la fuerza muscular: 0-

ausencia de contracción, 1-contracción sin movimiento, 2-movimiento no vence gravedad, 3-movimiento vence gravedad, 4- movimiento con resistencia parcial, 5-movimiento con resistencia máxima). Se realizó analítica con INR 4,46 y TC craneal "hemorragia intraparenquimatosa en centro semioval derecho de aprox 38x17mm, hemorragia intraventriular VL derecho, asta frontal VL izquierdo, III, acueducto de S. y IV ventrículo, hematoma subdural agudo/subagudo frontoparietotemporal derecho de aprox 1cm con efecto masa sobre parénquima adyacente y desplazamiento línea media 9mm a la izquierda, hematoma interhemisférico de 1cm, hematoma frontal extracraneal, no hidrocefalia, orificio trépano frontal izquierdo". Fue valorada por facultativos de guardia:

a) Neurología "Hoy estando previamente asintomática tras la siesta presenta un déficit neurológico hemisférico derecho agudo, motivo por el cuál se activa código ictus". A la vista del resultado del INR y del TC craneal se estableció diagnóstico de "sobredosificación de sintrom" y decidieron que no procedía más valoración por su parte.

b) Neurocirugía: "Hoy hemiparesia izquierda, GCS 15, curso agudo, no progresivo (Glasgow Coma Scale/GCS es la escala para medir el nivel de conciencia, con una puntuación máxima de 15 y mínima de 3: 13-15 leve, 9-12 moderada, menos a 8 grave). En TAC urgente se constata hemorragia intraparenquimatosa (...) se asocia a hemorragia intraventricular (...) extendiéndose a espacio subdural interhemisférico. Existe además un componente de hematoma de aspecto subagudo frontoparietotemporal derecho de menos de 1cm de espesor con zonas de sangre aguda en su interior (...) El hematoma subdural subagudo en convexidad no me impresiona tenga significativa expansividad en el momento actual. La plejia parece explicable por el hematoma agudo intraparenquimatoso en sustancia oval. No es planteable actualmente un abordaje directo para evacuar esta lesión considerando volumen y ubicación, teniendo en cuenta que el abordaje per se ocasionaría un daño estructural en una zona "elocuente" (área con alta expresividad funcional) y que este hematoma es causa de paresia motora por efecto "lesivo" más que expansivo. Consideraremos actuación quirúrgica sólo si progresión del hematoma o hidrocefalia, siempre y cuando se corrija coagulograma".

5. Se decidió ingreso de la paciente en la Unidad de Medicina Intensiva (UMI en adelante) para vigilancia, mantenimiento de homeostasis (constancia en la composición y propiedades del medio interno de un organismo) y corrección de la coagulopatía (sobredosificación del INR). Sin embargo, al día siguiente del ingreso presentó un deterioro neurológico por lo que precisó intubación orotraqueal y se realizó TAC craneal de control que concluía "Empeoramiento con aumento de hematoma intraparenquimatoso, mayor dilatación sistema ventricular y aumento cuantía hemática intraventricular".

Fue valorada por el Servicio de Neurocirugía quiénes, ante los signos de resangrado del hematoma intraparenquimatoso y empeoramiento clínico, decidieron realizar cirugía urgente consiguiendo la evacuación parcial del hematoma. Al día siguiente, el 6 de marzo, el TC craneal de control mostraba un nuevo foco de hemorragia. El día 9 de marzo se realizó otro

TC craneal sin mejoría respecto a los previos por lo que se decidió no continuar con medidas invasivas y se informó a la familia, siendo éxitus el día 10 de marzo a las 16:34 horas.

En el informe de alta de la UMI consta en el evolutivo "TCE leve dos semanas previas sin deterioro neurológico y posteriormente presenta ictus hemorrágico en relación a anticoagulación (INR 4)" estableciendo como diagnóstico principal "Ictus hemorrágico secundario a anticoagulación", incluyendo a continuación otros diagnósticos "Hematoma subdural, Hemorragia intraparenquimatosa, Hemorragia intraventricular. Probable infarto hemorrágico parietal derecho"».

III

Los principales trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial que constan practicados son los siguientes:

1. El procedimiento comenzó mediante la presentación del escrito de reclamación, efectuada el día 22 de marzo de 2024, como ya se dijo.

Con fecha 17 de abril de 2024 se dicta Resolución de la Secretaría General del SCS número 262/2024 por la que se admite a trámite la reclamación de los interesados.

2. En el expediente consta el referido informe del SIP y el informe del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Ntra. Sra. de La Candelaria en el escuetamente se afirma que:

«(…) acudió al Servicio de Urgencias, el día 19 de febrero de 2020, por contusión frontal y nasal.

La paciente no había tenido pérdida de conocimiento, no sufría cefalea ni vómitos. Tenía 15 puntos en la Escala de Glasgow y la exploración neurológica era rigurosamente normal. Ante esta situación clínica, TCE leve, no se consideró la realización de un TAC craneal».

3. En relación con el periodo probatorio, no se propuso la práctica de prueba alguna, admitiéndose la documentación aportada por las personas interesadas.

4. Después de ello, se les otorgó el trámite de vista y audiencia, sin que presentaran escrito de alegaciones.

5. Por último, el 2 de septiembre de 2025 se formuló la Propuesta de Resolución sometida a Dictamen.

6. Finalmente, no obra el informe de la Asesoría Jurídica Departamental, y en la Propuesta de Resolución se señala al respecto sobre ello que:

«TERCERO.-La Asesoría Jurídica Departamental, únicamente informará sobre cuestiones que no se hayan resuelto previamente conforme a lo dispuesto en el artículo 20.j) del Decreto 19/1992, de 7 de febrero, del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias.

Visto lo anterior, y centrándose la reclamación en los daños, presuntamente causados por mala praxis, cuestiones análogas han sido resueltas en diversos informes de la Asesoría Jurídica Departamental, entre otros AJS 123/17-C (ERP 46/15), que concluye : " A la vista de la documentación obrante en el expediente, se considera ajustada a derecho la desestimación de la reclamación al no concurrir los presupuestos exigidos para apreciar responsabilidad patrimonial de la Administración pública, en este caso del Servicio Canario de Salud, toda vez que no existe evidencia de la antijuridicidad del daño por el que se reclama, por lo que no es preciso la petición de nuevo informe al respecto (...) La conclusión a la que llega el Servicio de Inspección tras el estudio de toda la documentación médica de la paciente y del informe del servicio de las especialidades descritas, se comparten por estos Servicios Jurídicos, al considerar que ni los daños ni las secuelas devienen de una infracción de la lex artis».

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial, puesto que el órgano instructor considera que no concurren los requisitos imprescindibles para que se genere la responsabilidad de la Administración.

2. En el presente asunto, en el informe del SIP se concluye señalando que:

«1) El día 19 de febrero de 2020 fue valorada en el Servicio de Urgencias Hospitalario del Hospital Nuestra Señora de La Candelaria por un traumatismo facial sin signos de alarma por lo que fue dada de alta con una hoja de recomendaciones ante las que volver a consultar.

2) Tras el traumatismo frontal mantuvo seguimiento durante dos semanas en atención primaria, por parte de enfermería y de su médico de atención primaria, manteniéndose clínica y hemodinámicamente estable, incluyendo control de INR y de presión arterial dentro de la normalidad, por lo que no se sospecha complicación en relación al evento traumático.

3) El día 4 de marzo de 2020 acudió al Servicio de Urgencias Hospitalario del Hospital Nuestra Señora de La Candelaria por cuadro de unas dos horas y media de evolución de hemiparesia izquierda y cefalea. Se realizó una analítica en la que detectó una sobredosificación del INR y un TC craneal en el que se objetivó una hemorragia intracraneal con signos de sangrado agudo. Ante la presentación clínica en contexto de prueba de

neuroimagen que muestra sangrado agudo se considera la clínica secundaria a este sangrado agudo cuya causa más probable es la sobredosificación del INR.

4) La ruptura del nexo causal entre el traumatismo y la hemorragia cerebral así como la ausencia de varios criterios de causalidad (cronológico, continuidad sintomática y de exclusión) descartan el traumatismo como causa principal del resultado dañoso».

3. Previamente, en dicho informe consta que «3- El día 4 de marzo, al levantarse de la siesta, presentó de forma aguda cefalea occipital y hemiparesia izquierda por lo que fue llevada al SUH del HUNSC dónde fue valorada mediante exploración física que objetivó el déficit motor izquierdo, se realizó analítica detectando un INR por encima del valor recomendado y un TC craneal que mostró la presencia de una hemorragia cerebral. Fue valorada por el neurólogo de guardia quién determinó que ante la sobredosificación del INR y el resultado del TC no precisaría más estudio por su servicio. Por su parte el neurocirujano de guardia realizó una valoración clínica y de las pruebas complementarias estableciendo una serie de consideraciones al respecto:

3.1. "El hematoma subdural subagudo en convexidad no me impresiona tenga significativa expansividad en el momento actual".

Un hematoma subdural es el acúmulo de sangre entre una de las envolturas del cerebro llamada duramadre y el propio cerebro, de manera que no ocurre dentro del cerebro sino que éste puede verse afectado como consecuencia del aumento de presión que ejerce la sangre acumulada en ese espacio. La causa puede ser traumática aunque también se han descrito casos espontáneos, de hecho cabe recordar que la paciente presentaba como antecedente personal un hematoma subdural crónico sin antecedente traumático precisó intervención con trepanación en el año 2012 tras iniciar con sintomatología. En este caso se describe un hematoma subdural subagudo cuyo comportamiento, tratamiento y evolución es similar al del hematoma subdural crónico en el que los síntomas progresan y varían a lo largo de los días o semanas, su tratamiento depende del tamaño y sintomatología pudiendo indicarse tratamiento médico y vigilancia con pruebas de imagen o bien cirugía. En cuanto a las complicaciones, la más importante es la recidiva[2].

En este caso se describe en el TC un hematoma subdural subagudo indicando el facultativo especialista en Neurocirugía que no le impresionaba que tuviese expansividad significativa en ese momento, por tanto no se considera responsable de la sintomatología presentada por la paciente y que la llevó a acudir al SUH del HUNSC.

3.2. "La plejia parece explicable por el hematoma agudo intraparenquimatoso en sustancia oval".

La hemorragia intracraneal es una colección de sangre dentro del parénquima cerebral producida por rotura vascular no traumática, siempre se inicia en el tejido cerebral aunque

pueda extenderse. Puede ser primaria cuando ocurre por rotura de un vaso cuya pared se ha debilitado por procesos degenerativos secundarios a la HTA (factor de riesgo más importante en todos los grupos de edad y sexos, presente en el 60% de los casos puesto que condiciona alteraciones degenerativas en la pared de las arteriolas), o secundaria por rotura de vasos congénitamente anormales o por alteración de la coagulación. Es frecuente el empeoramiento clínico durante las primeras horas de evolución, factor que se asocia de manera directa con un peor pronóstico funcional. Diversos estudios demuestran que uno de cada tres con hemorragia supratentorial y la mayoría con hemorragia de fosa posterior presentan alteración del nivel de conciencia, y en el 90% de los casos se produce un aumento de la presión arterial. A la valoración es importante además de la exploración física completa realizar una analítica incluyendo la coagulación ya que las hemorragias asociadas al tratamiento anticoagulante se asocian con un mayor riesgo de morbi-mortalidad[3]».

4. En el expediente remitido a este Consejo Consultivo, en la página 790, en el informe del neurólogo de guardia, anteriormente referido, consta expresamente que:

«La paciente presenta varios hematomas multifocales, con componente subdural e intraperenquimatoso (posiblemente por traumatismo directo o por contragolpe) en el contexto de una paciente con un TCE en días previos y anticoagulado con sintrom y sobredosificación del mismo. Se contacta con UMI y con neurocirugía. No procede más valoraciones por neurología».

De ello parece deducirse, teniendo en cuenta lo afirmado en él, que el origen de la situación en la que se hallaba la paciente el día 4 de marzo de 2020, cuando acudió nuevamente al referido Centro hospitalario, no solo residía en la sobredosificación ocasionada por el uso del *Sintrom*, sino que también tenía un claro origen traumático, concretado en el accidente padecido por la paciente el día 19 de febrero de 2020, lo cual contradice de forma relevante lo afirmado por el SIP.

5. Pues bien, para que este Consejo Consultivo pueda valorar correctamente la existencia o no de relación de causalidad (art. 81.2 LPACAP) y entrar en el fondo del asunto, es necesario que se incorporen al expediente los siguientes informes complementarios:

- En primer lugar, un informe de especialista en urgencias, distinto de los actuantes, por el que se ilustre a este Consejo Consultivo si en este supuesto, teniendo en cuenta no solo los resultados de la exploración que se le efectuó a la paciente el día 19 de febrero de 2020, sino también sus antecedentes de sobra conocidos por el SCS, es decir, que era una paciente de 73 años, que había sufrido un Ictus isquémico transitorio en 2005, que padecía Fibrilación auricular (anticoagulada con *Sintrom*), y que en 2012 fue objeto de trepanación por hematoma subdural

crónico con osteoma frontal secundario, se le debió realizar el día 19 de febrero de 2020 un TAC craneal o no.

- En segundo lugar, es necesario un informe de especialista en la materia, distinto de los actuantes, por el que se informe a este Consejo Consultivo acerca de la contradicción que se ha observado entre lo manifestado por el SIP y el neurólogo de guardia acerca del origen traumático de la situación que presentaba la interesada el día 4 de marzo de 2020.

Evidentemente, estos dos informes no pueden ser, en modo alguno, sustituidos por un nuevo informe del SIP, sin perjuicio de que este Servicio aclare lo que tenga por conveniente.

6. Después de la emisión de tales informes, se otorgará nuevo trámite de vista y audiencia a las personas interesadas, tras el cual se deberá emitir una nueva Propuesta de Resolución y solicitar de este Consejo su Dictamen.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación formulada no se estima conforme a Derecho de acuerdo con los razonamientos expuestos en el Fundamento IV, debiendo retrotraerse el procedimiento al objeto de incorporar los informes complementarios en los términos señalados en el citado Fundamento.