Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 19 de diciembre 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 (...), en representación de (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 496/2025 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. El presente Dictamen, solicitado por la Excma. Sra. Consejera de Sanidad el 6 de noviembre de 2025 (con registro de entrada en este Consejo Consultivo el 12 de noviembre de 2025), tiene por objeto la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación formulada por (...), en nombre y representación de (...), por los daños supuestamente causados por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La cuantía indemnizatoria solicitada (285.600 €) determina que la solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva, de acuerdo con 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).

Está legitimada para solicitarlo la Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 LCCC.

3. El órgano competente para incoar y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art.

[*] **Ponente: Sra. Luengo Orol.**

60.1, apartado n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

No obstante, en virtud de la Resolución de 23 de diciembre de 2014 (BOC, n.º 4, de 8 de enero de 2015) de la Dirección del Servicio Canario de la Salud, se delega en la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud. De esta manera, la resolución que ponga fin a este procedimiento deber ser dictada por la Dirección del Servicio Canario de la Salud, a propuesta de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud.

4. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva.

4.1. El reclamante ostenta la condición de interesado, en cuanto titular de un interés legítimo [art. 4.1.a) LPACAP y art. 32.1 LRJSP], puesto que alega haber sufrido un daño corporal o físico por el que reclama su resarcimiento, como consecuencia, presuntamente, del funcionamiento anormal del servicio público sanitario.

El reclamante actúa por medio de representación conferida a su esposa.

4.2. La legitimación pasiva le corresponde a la Administración autonómica, concretamente al Servicio Canario de la Salud, organismo autónomo de dicha Administración, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

5. La reclamación se entiende interpuesta dentro del plazo de un año legalmente establecido en el art. 67.1, párrafo primero LPACAP.

6. El plazo para la tramitación del expediente de responsabilidad patrimonial es de seis meses; transcurridos los cuales, si no se notificara al interesado resolución expresa, se produciría silencio en sentido desestimatorio [art. 91.3 LPACAP]. No obstante, la Administración está obligada a resolver y notificar a los interesados todos los procedimientos de manera expresa [art. 21 LPACAP].

En el presente supuesto se ha superado el plazo de seis meses que, para su resolución, establece el art. 91.3 LPACAP.

El exceso sobre el plazo legal es realmente notable y ni se proporciona ni se percibe en el expediente ninguna justificación para la demora con la que se han ido produciendo los sucesivos trámites.

Es doctrina reiterada de este Consejo Consultivo que la demora producida no impide, sin embargo, la resolución del procedimiento; pesando sobre la Administración la obligación de resolver expresamente, a tenor de lo establecido en los arts. 21.1 y 24.3.b) LPACAP [DDCC 120/2015, de 9 de abril y 270/2019, de 11 de julio, entre otros].

II

El reclamante insta la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, presuntamente, por el funcionamiento del SCS, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue prestada, alegando, en síntesis, en su escrito de reclamación los siguientes hechos:

- Con fecha de 23 de mayo de 2021, a las 04:42 horas el paciente (...) ingresa a través del Servicio de Urgencias del Hospital Dr. Negrín, tras sufrir un ictus.

Se decide derivarlo al Hospital Universitario Insular Materno Infantil, tras ser valorado por el Servicio de Neurología. (...) ingresa en el Hospital Insular, recibiendo el alta el 28 de mayo de 2021.

- Tras el alta el evoluciona notablemente, con ayuda de rehabilitación privada, pudiendo valerse por sí mismo en todas las acciones de la vida diaria.

- Durante su ingreso en el periodo comprendido entre el 23.05.21 al 28.05.21, el Centro Hospitalario no facilitó, antes, al contrario, obstaculiza trasladar información de vital importancia sobre el paciente, a su familia directa, su esposa e hijas. A todas luces, se dio una actuación notablemente irregular de aquella Administración.

Nunca se pusieron en contacto con la familia a efectos de información del proceso sanitario del paciente, ni se nos llamó, ni nunca obtuvimos contestación al respecto; generando una situación de gran incertidumbre, angustia y preocupación por el estado de salud de nuestro padre.

Sin autorización ni consentimiento alguno del paciente, ni de la familia que lo acreditara, se puso como persona de contacto a la asistenta de hogar del domicilio residencia del paciente; impidiendo, de forma incomprensible, el acceso a la información médica de primera mano, del paciente, así como denegar el acceso al Hospital a la familia directa; y ello, cuando incluso se había aportado poderes generales del paciente, otorgados a favor de su esposa.

No fue sino hasta la semana antes de una cirugía programada, cuando se ponen en contacto con nosotros su familia, volviendo a ingresar el paciente con fecha 29 de agosto del 2021, a las 16:57 h, en el Hospital Universitario Insular de Las Palmas de Gran Canaria para ser intervenido de la patología cardíaca diagnosticada.

- El 29 de agosto de 2021 se produce otro ingreso del paciente (...) para realizar la cirugía cardíaca programada. Al tiempo de su ingreso, presenta un buen estado general. Con carácter previo a la intervención, se realizan una serie de pruebas, entre otras, analíticas y escáner.

- En el Informe médico de 1 de septiembre de 2021 se indica, que el paciente tiene contacto telefónico estrecho con su hija, (...) y, es capaz de realizar llamadas e informar de su situación, con buena funcionalidad justo los días previos a su intervención quirúrgica, estando ya ingresado en el Hospital; significando que, debido a las restricciones Covid, no se admite ningún tipo de visitas, estando totalmente vetado a toda persona ajena al Hospital. Es decir, toda la información médica y actualizaciones del proceso sanitario, se realizaban por teléfono, siendo directo entre médico y familia.

La última llamada telefónica directa entre padre e hija tiene lugar la noche previa a la operación, puesto que le intervenían a primera hora de la mañana. Luego, pasa directamente a UCI y permanece allí hasta el viernes 03/09/2021 por la tarde.

- La familia recibe una llamada de un cirujano, informando del buen estado general del paciente, que la operación había salido bien a pesar de haber tenido una «complicación», refiriéndose a una hemorragia femoral que había sido solventada. A partir de entonces, la comunicación con la familia es realizada por una doctora. Pasan varios días hasta que la familia, consigue hablar de nuevo con el paciente.

- La preocupación tras el intento de comunicación con el paciente fue máxima, por ser incapaz de contestar ni siquiera al teléfono, cuando por fin se contacta, se percibe por parte de la familia, que el paciente tiene muchísimas dificultades para expresarse, para ubicarse y graves problemas de comunicación. Al advertir esa situación, la familia llama insistentemente al Hospital para poder acceder al mismo y poder ver presencialmente al paciente, puesto que no se estaba informando de la situación sanitaria real que padecía. Se percibe al paciente Sr. (...) con demasiadas incoherencias, no era plenamente consciente de la realidad; padeciendo mucha dificultad en el habla.

- Cuando por fin pueden ir a visitarlo, se constata que el paciente se encuentra totalmente orinado y sucio, con problemas para comer y con hematomas en la espalda, cuello, zona genital y bajo vientre. Asimismo, se comprueba un retroceso en su evolución: es incapaz de levantarse, de comer, de reconocer a sus familiares, de ducharse, no lo han levantado de la cama ni le han puesto un colchón anti escaras a pesar de haberlo solicitado, apenas ha recibido rehabilitación, etc. Esa situación lleva a la familia del paciente, a presentar reclamaciones en atención al usuario.

- Sin embargo, si lo relatado hasta el momento pone en tela de juicio, la actuación sanitaria dispensada al paciente, lo más grave fue, cuando a la vista de la palmaria involución neurológica del paciente, se solicita por la familia a la Cardióloga que le atiende, lo deriven a un facultativo experto en Neurología, para valorar la posible sospecha de que al paciente le había dado otro infarto cerebral o padecía un mayor daño neurológico. La doctora se niega por completo a todas las peticiones realizadas por la familia, para realizar un escáner post quirúrgico, al objeto de descartar cualquier daño neurológico producido durante la intervención quirúrgica, o producido durante su ingreso hospitalario. Es más, comentada esa situación con las enfermeras, aconsejaron plantear una queja formal, porque la situación padecida no era normal en ningún caso.

- Pese al plazo previsto, para contestar a las reclamaciones que se tramitan en Atención al usuario, hasta el momento no se ha producido ninguna respuesta, ni escrita, ni telefónica a las quejas y reclamaciones planteadas, por la cuestionable actuación sanitaria en este caso descrito.

- Señalar que, durante todo el tiempo del ingreso hospitalario, el paciente solo se levantó los últimos días, para dar comienzo a su rehabilitación, siendo muy tardía y escasa; tras tres días de rehabilitación, se da el alta hospitalaria insistiendo el servicio médico hospitalario, de que «*era totalmente normal el estado*» que padecía.

- Es dado de alta (sin avisar a la familia) en ese estado, afirmando el servicio médico que su estado era normal, aunque presentaba una gran dependencia. Igualmente, se le da el alta sin tener autorizada la rehabilitación (por falta de tramitación interna del hospital) y sin ser tratado por el cardiólogo.

El paciente volvió a casa sin caminar, con incontinencia severa, sin apenas memoria, dificultad en el habla, y con problemas de comunicación y psicomotricidad.

- El día 29 de diciembre de 2021 el paciente es atendido por el Neurólogo en consulta y se comenta con él la preocupación como familiares por el notable deterioro del paciente. El Facultativo se sorprende al comprobar que el paciente no entra caminando por su propio pie, como comenta el informe. En esa consulta se observa y comparan dos escáneres, uno previo a la intervención y otro posterior que se realizaron en urgencias, debido a una caída en domicilio el día 7 de octubre de 2021. En los mismos se confirma que efectivamente existe daño neurológico posterior al ingreso.

- El paciente es trasladado por la familia a Vizcaya donde en el centro de Salud de Getxo recibe toda la atención médica que necesita; rehabilitación, consulta con Neuropsicólogo, terapia ocupacional y logopedia.

- En mayo de 2022 es diagnosticado de angiopatía amiloide con parkinsonismo vascular y demencia vascular.

Alega el reclamante que en el presente supuesto se ha producido una pérdida de oportunidad pues si se le hubiese tramitado adecuadamente por el Hospital Insular todos los servicios y atención médica que precisaba, no se hubiese producido un retraso en el inicio de su recuperación, con el consiguiente agravamiento del deterioro cognitivo y motor que presenta en la actualidad.

Cifra en 285.600 euros el importe de la indemnización por los daños y perjuicios ocasionados, indemnización por los daños físicos, psíquicos y las secuelas producidas, quedando pendientes de establecer los daños de asistencia sanitaria futura, la rehabilitación sanitaria domiciliaria y ambulatoria y los gastos por pérdida de la autonomía personal.

III

En cuanto a la tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial constan practicadas las siguientes actuaciones:

1. Mediante escrito con registro de entrada en el Servicio Canario de la Salud el día 17 de agosto de 2022, (...), esposa del reclamante, actuando en nombre y representación de (...), insta la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, presuntamente, por el funcionamiento del SCS, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue prestada, en los términos expuestos en el Fundamento anterior.

2. Con fecha de 23 de agosto de 2022, se efectúa requerimiento, a fin de subsanar el escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesto.

3. Con fecha de 13 de septiembre de 2022, se admite a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta. Se notifica en oficina de Correos el 20 de septiembre de 2022 tras un primer intento de entrega el 16 de septiembre de 2022 en el domicilio indicado en la reclamación.

4. Con fecha de 26 de febrero de 2025, se emite por el Servicio de Inspección y Prestaciones informe en relación a la asistencia sanitaria prestada. Asimismo, se remite por dicho Servicio la siguiente documentación médica:

- Historia Clínica Obrante en el Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Gran Canaria (CHUIMI).

- Informe Médico del Servicio de Neurología del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Gran Canaria (CHUIMI).

- Informe Médico del Servicio de Cardiología del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Gran Canaria (CHUIMI).

5. El 10 de marzo de 2025, se dicta Acuerdo Probatorio y se admite como prueba la propuesta por el reclamante consistente en la documental aportada con la reclamación y la historia clínica del paciente. Se incorporan como prueba documental los informes y documentación clínica recabados por la Administración en periodo de instrucción, aportados al procedimiento por el Servicio de Inspección y Prestaciones.

El mismo día, se acuerda trámite de audiencia, confiriendo a la parte reclamante un periodo de 10 días a fin de que formulase alegaciones y aportase la documentación que estimase oportuna.

Dichos acuerdos, tras dos intentos de notificación personal, fueron objeto de publicación en el BOE n.º 96, de 21 de abril de 2025.

No consta formulación de alegaciones por la parte reclamante.

6. El 29 de mayo de 2025 por el Servicio de Inspección y Prestaciones se comunica al Servicio de Normativa y Estudios la existencia de error en la relación de documentación que acompaña al informe emitido en el expediente de responsabilidad patrimonial número 131/22, en la que aparece relacionada la

Historia Clínica de Atención Primaria, que no fue remitida por cuanto no fue necesaria para la elaboración del informe del Servicio de Inspección y Prestaciones.

7. Con fecha 4 de noviembre de 2025 se dicta Propuesta de resolución por la secretaria general del SCS por la que se propone *«Desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por (...), por no concurrir los requisitos que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración».*

IV

1. La responsabilidad de las Administraciones Públicas, en el Ordenamiento Jurídico Español, tiene su base en el principio genérico de la tutela efectiva, art. 24 de la Constitución o de manera específica en el art. 106.2 del Texto Constitucional, al disponer que los particulares, en los términos establecidos por la Ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo casos de fuerza mayor, siempre que sean consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos.

La remisión que se contiene en el precepto constitucional nos conduce, actualmente, a la aplicación de capítulo IV del Título preliminar de la Ley 40/2015 de 1 de octubre de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP), cuyo art. 32 dispone:

«Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley».

A partir de dicha regulación constitucional y legal, la jurisprudencia ha venido a establecer los requisitos de la responsabilidad patrimonial de la Administración en la siguiente formulación que encontramos expuesta, entre otras, en la sentencia del Tribunal Supremo (Sala Tercera) de 5 de diciembre de 2014 (Sec. 6.ª, recurso n.º 1308/2012, ponente M. Robles F., Roj STS 4942/2014 , FJ 3): «*la viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración requiere conforme a lo establecido en el art. 139 LRJAPAC: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas. b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir,*

alterando, el nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor. d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta».

En el concreto ámbito de la asistencia sanitaria, los principios que rigen la responsabilidad patrimonial de la Administración se recogen, entre otras muchas, en la sentencia del Tribunal Supremo de 19 de mayo de 2015 (Sec. 4.ª, recurso n.º 4397/2010, ponente J. Cudero B., Roj STS 2494/2015, FJ 5), que se expresa del siguiente modo:

«En relación con la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, ha señalado este Tribunal con reiteración (por todas, sentencias de 21 de diciembre de 2012, dictada en el recurso de casación núm. 4229/2011 y 4 de julio de 2013, recaída en el recurso de casación núm. 2187/2010) que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente, por lo que si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido ya que la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados.

Constituye también jurisprudencia consolidada la que afirma que el obligado nexo causal entre la actuación médica vulneradora de la lex artis y el resultado lesivo o dañoso producido debe acreditarse por quien reclama la indemnización, si bien esta regla de distribución de la carga de la prueba debe atemperarse con el principio de facilidad probatoria, sobre todo en los casos en los que faltan en el proceso datos o documentos esenciales que tenía la Administración a su disposición y que no aportó a las actuaciones. En estos casos, hemos señalado (Sentencias de 2 de enero de 2012, recaída en el recurso de casación núm. 3156/2010 y de 27 de abril de 2015, recurso de casación núm. 2114/2013 que, en la medida en que la ausencia de aquellos datos o soportes documentales puede tener una influencia clara y relevante en la imposibilidad de obtener una hipótesis lo más certera posible sobre lo ocurrido, cabe entender conculcada la lex artis , pues al no proporcionarle a los recurrentes esos esenciales extremos se les ha impedido acreditar la existencia del nexo causal».

Por tanto, en materia de responsabilidad patrimonial sanitaria, el criterio básico utilizado es el de la *Lex Artis*, de suerte que la obligación del profesional de la

medicina es de medios y no de resultados: La obligación del médico es prestar la debida asistencia y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo.

Por ello, la *Lex Artis*, constituye el parámetro de actuación de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos imponiendo al profesional la obligación y el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida.

Finalmente, como hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictamen 124/2024, de 12 de marzo), según el actual art. 32.1 LRJSP –similar al anterior art. 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común- es requisito indispensable para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone.

Sobre la Administración recae el *onus probandi* de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración y del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC) que permite trasladar el *onus probandi* a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

2. Sentada la anterior doctrina, a los efectos de analizar si en el presente caso se ha producido una infracción de la *lex artis* y el obligado nexo causal entre esa actuación médica vulneradora de la *lex artis* y el resultado lesivo o dañoso producido, es preciso partir, del relato fáctico referido a la asistencia sanitaria dispensada por el SCS extraído del informe emitido por el Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del SCS, de la historia clínica, de los informes emitidos por los diferentes Servicios que intervinieron en la atención a la paciente, así como de la documentación aportada por la reclamante durante la tramitación del procedimiento.

El reclamante considera que existió en la asistencia sanitaria que le fue dispensada en el Hospital Insular Materno Infantil una falta de atención y cuidado por el personal sanitario del dicho centro hospitalario, así como falta de información sobre su estado a su familia y que todo ello supuso una pérdida de oportunidad pues si se le hubiese atendido adecuadamente por el Hospital Insular todos los servicios y atención médica que precisaba, no se hubiese producido un retraso en el inicio de su recuperación, con el consiguiente agravamiento del deterioro cognitivo y motor que presenta en la actualidad.

Hay que poner de relieve a la hora de valorar la praxis médica, la importancia que tiene a efectos probatorios los datos anotados en la historia clínica del paciente**,** ya que son el fiel reflejo de su estado y evolución y de la asistencia sanitaria dispensada, en el momento en que esta se produce y que además está informatizada para garantizar su contenido.

De este modo, los hechos relevantes relativos a la asistencia sanitaria, extraídos de la documentación clínica obrante en el expediente, son los siguientes:

- (...), con 77 años al momento de los hechos, presentaba los siguientes antecedentes personales, diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con antidiabéticos orales y cirugía de ambas caderas.

- El 23 de mayo de 2021 ingresa por el Servicio de Urgencias en el Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil a las 01:26 horas derivado desde el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, por ser su hospital de referencia, con diagnóstico de hematoma cerebeloso.

El paciente manifiesta que alrededor de las 21:00 horas del 22-5-2021 después de cenar comienza con sensación de malestar, sudoración, náuseas y vómitos, intenta ponerse de pie y no se sostiene, por lo que avisan al 112 y es trasladado al Hospital Dr. Negrín. Allí realizan TC donde objetivan hematoma intraparenquimatoso, es valorado por Neurología y es derivado al Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil por pertenecer al área sur.

Se encontraba consciente, orientado y cooperador. La tensión arterial era de 200/85 mmHg, la frecuencia cardíaca de 60 lpm, la saturación de oxígeno del 97% y la temperatura de 36.2°C.

En la auscultación cardíaca, presentó ruidos rítmicos, sin soplos. En la auscultación pulmonar, el murmullo vesicular estaba conservado, sin agregados

patológicos. En la exploración neurológica, los pares craneales no mostraron alteraciones, sin focalidad neurológica evidente. La marcha era atáxica, con lateralización a la izquierda.

Se realizaron estudios complementarios, incluyendo tomografía craneal, que confirmó la presencia de hematoma cerebeloso derecho subagudo sin hidrocefalia asociada. Se decidió ingreso en la Unidad de Ictus del Servicio de Neurología para control evolutivo y manejo de la hipertensión arterial. Se solicitó interconsulta a Neurología y Neurocirugía, quienes valoraron el caso.

Obteniendo como diagnóstico principal: accidente cerebrovascular hemorrágico – hematoma cerebeloso. (acumulación de sangre en el parénquima del cerebelo). El paciente fue ingresado en la Unidad de Ictus para monitorización y tratamiento.

- El mismo 23 de mayo de 2021, a las 03:40 horas, ingresó en el Servicio de Neurología.

En los antecedentes figura:

No Reacciones alérgicas medícamentosas conocidas. Diabetes mellitus. No Hipertensión arterial ni Dislipemia. Cirugías de ambas caderas. Tratamiento habitual: Metformina 1-000 mg 1-0-1.

Situación basal: Independiente para actividades básicas e instrumentales. Camina sin ayuda. Sale a hacer la compra. mRS 1. Barthel l-00/100. Vive con una empleada de hogar que se ocupa de cocinar y limpiar la casa.

En el Servicio de Neurología consta que se realizaron estudios complementarios:

- TC cerebro del 25 de mayo de 2021: se evidenciaron signos de atrofia cerebral y cerebelosa, así como leucoencefalopatía hipertensiva crónica con infartos lacunares crónicos. Se identificó un hematoma cerebeloso derecho en fase subaguda, con probable presencia de hematomas milimétricos subagudos supratentoriales. Se observaron signos discretos de efecto masa.

Se describió un ensanchamiento de los surcos corticales y cisuras, con dilatación ventricular y prominencia de las fisuras cerebelosas, en relación con la atrofia cerebral y cerebelosa. Se identificó un hematoma intraparenquimatoso en el hemisferio cerebeloso derecho, con densidad intermedia y un diámetro máximo anteroposterior de 12.4 x 13.4 mm, acompañado de edema perilesional de etiología indeterminada. Se evidenció compresión del cuarto ventrículo, sin datos de hidrocefalia asociada.

Además, se hallaron lesiones de carácter milimétrico hiperintensas en la cisterna cuadrigémina, de hasta 5.5 mm. Se describió hipodensidad parcheada en la sustancia blanca periventricular y en las regiones capsulares, junto con múltiples infartos lacunares crónicos en los núcleos de la base, cápsula interna, troncoencefálico y sustancia blanca

Se recomendó valorar los signos de leucoencefalopatía hipertensiva crónica que es un trastorno neurológico progresivo causado por alteraciones en la circulación cerebral, en relación con la presencia de hematomas en el contexto clínico del paciente.

- RMN CEREBRAL 26-5-2021: No se disponía de estudios previos para comparación. El estudio mostró prominencia de surcos corticales y cisuras, con dilatación del sistema ventricular en relación con signos de atrofia cerebral corticosubcortical. En secuencia FLAIR, se observó hiperseñal en la sustancia blanca periventricular, centros semiovales y corona radiada. Se evidenció la presencia de un hematoma intraparenquimatoso subagudo en el hemisferio cerebeloso derecho, con un diámetro máximo aproximado de 5.4 x 1.1 mm en dirección anteroposterior y transversal en el plano axial. En la secuencia de difusión, se identificó una señal hiperintensa con coeficiente de difusión aparente (ADC) disminuido, lo que sugiere restricción a la difusión.

En la secuencia de susceptibilidad magnética (SWI), se observaron focos con ausencia de señal en el hemisferio cerebeloso derecho y en el núcleo caudado izquierdo, así como múltiples focos redondeados en la sustancia blanca subcortical, ganglios basales y núcleos de la base. Estas imágenes sugieren la presencia de microhemorragias asociadas a microangiopatía crónica.

Se evidenciaron múltiples infartos lacunares crónicos en los núcleos de la base y dilatación de los espacios de Virchow-Robin. Además, se identificó una zona de encefalomalacia en el lóbulo frontal derecho.

Los hallazgos descritos son compatibles con encefalopatía hipertensiva crónica.

- El 27 de mayo de 2021 fue sometido a una ecocardiografía transtorácica, solicitada por el Servicio de Neurología, con calidad de estudio satisfactoria.

El ecocardiograma mostró un ventrículo izquierdo de tamaño normal, con un diámetro telediastólico de 32 mm y un espesor parietal de 14 mm. La masa ventricular izquierda se estimó en 153 g. La función sistólica global del ventrículo

izquierdo presentó una fracción de eyección del 60%, sin alteraciones segmentarias de la contractilidad. Se observó disfunción diastólica grado 1, con patrón de relajación alterado, hipertrofia concéntrica moderada y tejido miocárdico de textura normal. La aurícula izquierda tenía un tamaño normal de 30 mm.

En el ventrículo derecho, el TAPSE fue de 27 mm, indicativo de función sistólica conservada. El estudio valvular mostró una válvula mitral sin alteraciones estructurales, sin evidencia de insuficiencia mitral ni estenosis. En la válvula aórtica, se evidenció una mínima regurgitación y una estenosis severa (se cierra la válvula y la sangre barbotea hacia arriba).

Se diagnosticó Estenosis aórtica severa.

- El 23 de mayo de 2021 también se hace interconsulta a rehabilitación, y se inicia fisioterapia el 24 de mayo de 2021, con sesiones diarias hasta el alta el 28 de mayo de 2021.

Plan: Potenciación de MMII. Reeducación propioceptiva y de la coordinación. Reeducación del equilibrio en sedestación y bipedestación. Aprendizaje de auto movilización y transferencias. Reeducación progresiva de la marcha

En observaciones el 28 de mayo de 2021 consta: Discreta mejoría de inestabilidad en la marcha con uso de bastón por el pasillo (20 metros), necesita mejorar autonomía en la deambulación ya que presenta limitación en rango articular de flexión de caderas (Qx previas) que dificultan adelantar el centro de gravedad que dando retrasado favoreciendo la inestabilidad secundaria a su ictus.

Actitud al alta: Continuará la Rehabilitación en centro concertado.

- En interconsulta a Cardiología consta que el día 28 de mayo de 2021, día del alta, el paciente se mantiene estable desde el punto de vista cardiológico. Se decide completar estudio de forma ambulatoria y se cita en Cardiología.

- El día 28 de mayo de 2021 se da el alta al paciente. Durante su hospitalización, evolucionó con estabilidad clínica. En la exploración física al alta, se encontraba consciente y orientado, con lenguaje sin alteraciones disártricas, fuerza conservada en las cuatro extremidades y reflejos osteotendinosos simétricos. Se mantenía estable hemodinámicamente, con presión arterial controlada y sin signos de deterioro neurológico progresivo.

Fue dado de alta con indicación de continuar tratamiento con antihipertensivos (3 fármacos) y control estricto de la presión arterial para evitar recurrencias

hemorrágicas. Se programó seguimiento en consulta externa de Neurología en cuatro semanas para revaloración y control evolutivo.

Por tanto en el período del 23 al 28 de mayo de 2021 en el que estuvo ingresado en Neurología del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno- Infantil por hematoma cerebeloso, fue valorado por Neurología, Cardiología y Rehabilitación. Se le hicieron las siguientes pruebas complementarias: TC cerebral, RMN cerebral, ecocardiografía transtorácica. Se instauró tratamiento antihipertensivo intensivo y monitorización neurológica. El diagnóstico fue de hematoma intraparenquimatoso en hemisferio cerebeloso derecho y en pedúnculo cerebral derecho de origen hipertensivo. Estenosis aórtica severa.

Al alta se cita en consulta de revisión en Neurología el 11 de agosto de 2021. Se hace interconsulta a Rehabilitación y Foniatría. Se solicita TC de control, y se solicita interconsulta a Cardiología.

En cuanto al contacto con su familia en este período, consta informe de Facultativo Especialista de Área del Servicio de Neurología, donde se indica que el paciente comentó en Urgencias que vivía solo con una empleada de hogar y que era independiente. Según se recogió en la historia clínica el paciente desde que ingresó estaba consciente y orientado en todo momento. Se informó al paciente de su situación clínica ya que estaba consciente y orientado, y a la persona que le acompañaba en ese momento. Se le permitió teléfono móvil durante el ingreso. Además, en el informe se indica:

«Ese mismo día, el 25-5-21, su hija acudió a la secretaría de la planta 6 y solicitó hablar con el médico responsable. En la sala de sesiones de la planta 6 se informó a la hija de la situación clínica de su padre y se le explicó que estaba permitido un acompañante por paciente, si el paciente estaba de acuerdo con la visita. Desde el 25-5-21 está recogido en la historia clínica que la hija estaba autorizada para la visita, y era la única autorizada de acuerdo a su solicitud. En la reclamación interpuesta se refleja que no fue hasta la semana antes del ingreso programado, cuando se contactó con la familia' y esto no coincide con los hechos reales acontecidos, tal como se refleja anteriormente en este documento y en la historia clínica».

En Historia clínica consta anotado, el 25/05/2021: *«Se informa a la hija, es la única autorizada para la visita con teléfono (...) NO INFORMAR A LA EMPLEADA DE HOGAR».*

El 26/05/2021 consta anotado: *«Se contacta con la hija y se le explica la voluntad del paciente en recibir únicamente visitas por parte de su pareja».*

- El 29 de agosto de 2021, a las 16:57 horas, ingresa en el Servicio de Cardiología del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil para la realización programada de un implante transcatéter de válvula aórtica, TAVI (Implantación de Válvula Aórtica Transcatéter), debido a estenosis aórtica severa, diagnosticada en mayo de 2021.

Consta en la historia clínica que el día 30 de agosto de 2021 el Cardiólogo informa al paciente porque refiere que no ha sido visto por ningún cardiólogo, desconoce absolutamente el motivo del ingreso, la naturaleza de la patología descubierta casualmente en ingreso previo en NRL y el procedimiento previsto. No focalidad neurológica actualmente. A las 14:53 de ese día se informa a la hija.

- El 31 de agosto de 2021 se realiza coronariografía diagnóstica sin complicaciones, con acceso radial derecho. Se observó tronco coronario izquierdo sin lesiones, descendente anterior con irregularidades leves y estenosis severa en la segunda diagonal. A las 11:47 horas, se efectuó cierre vascular con compresión manual. Se indicó interconsulta a Urología por agrandamiento prostático. A las 13:10 horas, se informó a la hija sobre la evolución del paciente.

- El 1 de septiembre de 2021, el paciente fue valorado por el Servicio de Urología del Hospital Insular para la valoración del agrandamiento prostático, sin indicación de intervención urgente. Se recomendó seguimiento en consulta externa y ajuste del tratamiento según evolución.

En el transcurso del día, se contactó nuevamente con la hija del paciente para informarle sobre la evolución clínica y las valoraciones realizadas, manteniéndose estable y sin nuevas incidencias.

- El 2 de septiembre 2021 se llevó a cabo el procedimiento de implantación de TAVI; Durante éste, se evidenció dificultad en el acceso vascular por la arteria femoral derecha, con desarrollo de hemorragia significativa que requirió vendaje compresivo y control radiológico. Finalmente, el implante se completó por vía femoral izquierda sin complicaciones adicionales.

Se realiza transfusión de dos concentrados de hematíes urgente y se decide ingreso en UMI para monitorización y vigilancia estrecha.

02/09/2021 12:28 informo familiar del procedimiento y que ingresará en UMI para monitorización

- En la exploración física al ingreso, el paciente se encontraba hemodinámicamente estable, con constantes dentro de límites normales.

El paciente evolucionó de manera estable tras la administración de volumen y hemoderivados, sin necesidad de soporte ventilatorio ni alteraciones hemodinámicas significativas. Se retiró la compresión femoral tras 24 horas sin signos de sangrado activo y se indicó su traslado a planta para continuar monitorización bajo el control del Servicio de Cardiología.

Diagnóstico principal: shock hemorrágico secundario a complicación vascular tras implante de TAVI.

- El 3 de septiembre de 2021, el paciente continuó su evolución en el Servicio de Cardiología. Durante su estancia en planta, evolucionó favorablemente, con buena tolerancia a la carga y sin signos de insuficiencia cardíaca. Se realizaron controles analíticos seriados, evidenciando estabilidad de los valores hematológicos y ausencia de complicaciones tromboembólicas. El ecocardiograma postoperatorio confirmó adecuado funcionamiento de la válvula implantada, sin signos de insuficiencia para valvular ni complicaciones mecánicas.

- El 6 de septiembre: Hematomas en vías de resolución, extensión al flanco - fosa lumbar derecha, genitales, ingle. Retiramos compresivo femoral derecho, continúa con soplo, hablo con rayos para realizar estudio esta mañana para definir si reanudar deambulación.

En doppler vascular * Se confirma la presencia de un pseudoaneurisma que mide 11 x 17mm, dependiende de la arteria femoral derecha, con cuello de aproximadamente 5mm, parcialmente trombosado, pero con flujo interno. * Solicito nueva valoración por cirugía vascular.

- El 7 de septiembre de 2021 es valorado por cirugía vascular que indica reposo absoluto con compresión y control ecocardiográfico.

COMENTARIO: De momento por el tamaño del pseudo aneurisma continuaremos con manejo conservador, aconsejamos - vendaje compresivo con tensoplast, reducir movilidad, solicitar ECO DOPPLER EN 10-14 DIAS. Revaloraremos en CCEE de ACV en 3-4 semanas.

- El 9 de septiembre está cardiológicamente estable y afebril desde el inicio de la antibioterapia por infección urinaria, pendiente de urocultivo y hemocultivos, se mantiene igual pauta de compresión femoral hasta revisión con eco.

- El 10 de septiembre consta que presenta mejoría general ha descansado bien, está animoso, comiendo, orientado, estable. Se solicita fisioterapia motora. Requirió fisioterapia motora para reanudar deambulación por encamamiento.

- El 14 de septiembre consta cardiológicamente muy estable, por nuestra parte, resueltas todas las complicaciones y realizado el estudio por Urología, puede ser alta en cuanto deambule con suficiente autonomía.

- El 15 de septiembre consta anotado: *«estable cardiológicamente, afebril, ya con atb oral, los hemocultivos negativos, no anemización, realizada ayer biopsia prostática. La familiar (hoy se incorpora su mujer, hasta ayer su hija), muy demandante, solicita * cambio de fisioterapeuta * y pide un colchón antiescaras. Tal como corresponde al proceder habitual, la fisioterapia se iba a comenzar ayer, pero el paciente se sometió a una biopsia prostática durante la mañana, de manera que lo prudente era demorarla a hoy reviso tto».*

El 15 de septiembre se inicia rehabilitación en habitación. Está acompañado de familiar. Aseo en cama. Sentado en sillón.

- 16 de septiembre: buena evolución clínica, continúa afebril, hoy finaliza antibioterapia pendiente de mejoría de la fuerza para alta. Hace una hora contacto telefónico con su hija (quien hasta ahora ha sido la familiar de referencia). No hay familiar en presencia en hora de visita.

Realizado aseo en cama. Realiza buena ingesta en las comidas. Administrado tto. pautado. Realizados cuidados de Enfermería. Baja al gimnasio con el fisioterapeuta. A las 19 h. Estable. Asintomático. Acompañado por familiar.

- El 17 de septiembre se anota: Bien clínicamente, afebril. Buena ingesta y descanso. Progresando en la rehabilitación, no se pone de pie solo.

- El 20 de septiembre: *«Lo mismo, cardiológicamente estable, el fin de semana su familiar no ayuda en la deambulación, porque el paciente no tiene autonomía para mantenerse en pie, pendiente de progresar en este aspecto para alta».*

- 21 de septiembre: Súper estable, buen ánimo, desayunando a nuestra valoración. Auscultación sin soplos ni crepitantes. Pendiente de continuar rehabilitación. Caminando por el pasillo con (…), algo débil las piernas pero caminando con ayuda. Factible alta mañana.

- El 22 de septiembre de 2021 se da el alta al paciente con control por su médico de familia, por su cardiólogo de zona, por urología y prescripción de tratamiento antiagregante y antihipertensivo para el control de la enfermedad de base.

En el período del 29 de agosto al 22 de septiembre de 2021 consta en la HC visitas de familiares en los siguientes momentos: (9, 10, 13, 15, 16, 18, 22 de septiembre). Información a familiares sobre el estado del paciente (29, 31 de agosto, 1, 2, 15, 16 de septiembre).

En este período el paciente presenta una evolución favorable, sin que conste en la historia clínica datos de deterioro neurológico cognitivo, sólo motor, pues presenta dificultad para la deambulación precisando rehabilitación mediante fisioterapia motora.

- El 7 de octubre de 2021, a las 22:23 horas. El paciente fue trasladado al Servicio de Urgencias del Hospital Insular en unidad básica (SVB) tras sufrir una caída accidental por tropiezo, con traumatismo craneoencefálico leve y herida en la ceja derecha. No presentó pérdida de conciencia ni focalidad neurológica en la valoración inicial. Se contacta con su familia que cuenta que se tropezó con el bastón de manera accidental.

Se realizó un TAC craneal secuencial sin administración de contraste, comparándose con estudio previo del 25/05/2021. No se evidenciaron hemorragias intra ni extraaxiales, líneas de fractura ni signos de lesión isquémica aguda. No se observaron signos de efecto masa ni expansividad. Se identificó un hematoma de partes blandas en la región periorbitaria derecha.

Se describió hipodensidad parcheada en la sustancia blanca periventricular y en ambas cápsulas de forma bilateral, hallazgos compatibles con arteriopatía de pequeño vaso. Se observó ensanchamiento de surcos cerebrales y prominencia de folias cerebelosas, junto con dilatación ventricular, en probable relación con atrofia cerebral y cerebelosa acorde con la edad del paciente.

Se procedió a sutura de la herida en la ceja derecha, sin complicaciones.

El paciente permaneció estable durante la observación en Urgencias, sin signos de deterioro neurológico, por lo que se indicó alta con seguimiento ambulatorio y recomendaciones para control en domicilio.

Se informa a la esposa del paciente.

- El 18 de noviembre de 2021 acude a consulta de rehabilitación. Buen estado general, consciente y orientado en las tres esferas. Funciones superiores conservadas. Lenguaje fluido. No afasia ni disartria. Pares craneales normal. Patrón de Marcha deambulación asistido por andador. Se envía a rehabilitación.

- El 29 de noviembre de 2021 acude a consulta de Neurología, donde se hace constar deterioro neurológico tras valvuloplastia desde el punto de vista cognitivo y motor. En estudio. Pautando estimulación cognitiva, rehabilitación, control de hipertensión y FRCV, se solicita analítica y valoración por neuropsicología, se solicita RMN y seguimiento por cardiología.

Según el Neurólogo en el TAC de cráneo realizado en urgencias el día 7 de octubre, con respecto estudio previo de 25 de mayo de 2021, mostró 1 o 2 lesiones hipodensas subcentimétricas en centro semioval derecho sugerentes de infartos lacunares de nueva aparición.

- El 23 de diciembre de 2021, en el Hospital de Gorliz, Bizkaia, el paciente acudió a consultas externas de la Unidad de Daño Cerebral.

En la evaluación clínica, se constató la presencia de secuelas del hematoma cerebeloso, incluyendo alteraciones del equilibrio y la marcha, con inestabilidad y necesidad de apoyo para la bipedestación. Se documentó también un deterioro cognitivo moderado y signos de posible parkinsonismo vascular, con afectación de la motricidad fina y la coordinación.

- Fue valorado en marzo de 2022 por Neurología del Hospital de Gorliz, con diagnóstico de posible parkinsonimso vascular y demencia vascular (sin descartar angiopatía amiloide)

- El 6 de abril de 2022, se realizó un eco-doppler de miembros inferiores que evidenció estigmas de ateromatosis con placas fibrocalcificadas excéntricas en la arteria femoral común, superficial y profunda, sin oclusión ni evidencia de hematomas o pseudoaneurismas activos.

- El 22 de abril de 2022, se realizó una resonancia magnética craneoencefálica que mostró extensa leucoencefalopatía supratentorial con múltiples microsangrados superficiales y hemodeposición cortical, compatible con angiopatía amiloide cerebral.

Se identificaron secuelas del hematoma frontal derecho, del hemisferio cerebeloso derecho y del pedúnculo cerebral derecho. Asimismo, se evidenció atrofia cortical y subcortical, con afectación predominante en la región cerebelosa y del tronco encefálico, además de infiltración ateromatosa difusa.

- El 9 de mayo de 2022, el paciente fue evaluado en el Hospital de Gorliz mediante una valoración neuropsicológica. Presentó un severo déficit en orientación

temporal, alteraciones en la atención sostenida y control mental, con dificultades para concentrarse en actividades prolongada.

Las pruebas evidenciaron un bajo rendimiento en memoria de trabajo y memoria verbal lógica, con resultados deficitarios en la mayoría de los test administrados. Mostró dificultades en funciones ejecutivas, incluyendo problemas de inhibición y adaptación a situaciones cambiantes, con pensamiento rígido y escasa capacidad de ajuste a su entorno.

Se concluyó que el deterioro cognitivo impactaba en su capacidad para actividades de responsabilidad, recomendándose supervisión en su conducta y tratamiento neuropsicológico.

El diagnóstico a 9 de mayo de 2022 por Neurología de Osakidetza fue Angiopatía amiloide con parkinsonismo vascular y demencia vascular.

3. Establecidos los hechos relativos a la asistencia dispensada por los servicios sanitarios del Servicio Canario de la Salud y valorando los informes emitidos por el SIP, Servicio de Neurología y Cardiología del Hospital Insular Materno Infantil, no se detecta ninguna acción que sea contraria a la *lex artis.*

En el primer ingreso el 23 de mayo de 2021 por accidente cerebrovascular hemorrágico – hematoma cerebeloso, el paciente fue adecuadamente atendido. Fue ingresado en la Unidad de Ictus para monitorización y tratamiento, y valorado por distintos Especialistas (Neurología, Cardiología, Rehabilitación). Se le hicieron las siguientes pruebas complementarias: TC cerebral, RMN cerebral, ecocardiografía transtorácica. Se instauró tratamiento antihipertensivo intensivo y monitorización neurológica. En estas pruebas se detecta Estenosis aórtica severa, por lo que se decide programar cateterismo y el implante de TAVI en Cardiología. El paciente evolucionó favorablemente con politerapia para el control de la tensión arterial, tras diagnóstico de ACV hemorrágico. No existió desatención ni falta de adopción de medios al alcance del servicio para tratar la patología que motivó el ingreso del paciente.

En cuanto a la información la familia sobre el estado del paciente consta que éste vivía con una empleada del hogar, con la que acude al Hospital, de modo que inicialmente la información se le da a ésta y al propio paciente pues desde que ingresó estaba consciente y orientado en todo momento y se le permitió teléfono móvil durante el ingreso. Además, figura en la historia clínica que el día 25 de mayo

de 2021 se informa a la hija de la situación clínica de su padre y se autoriza a la misma a la visita como acompañante. El 26/05/2021 consta anotado: «Se contacta con la hija y se le explica la voluntad del paciente en recibir únicamente visitas por parte de su pareja».

Por tanto, el hecho segundo de la reclamación queda totalmente desvirtuado por la documentación clínica obrante en el expediente.

En relación con el ingreso programado el 29 de agosto de 2021 en el Servicio de Cardiología del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil para la realización programada de un implante transcatéter de válvula aórtica, TAVI (Implantación de Válvula Aórtica Transcatéter), debido a estenosis aórtica severa, diagnosticada en mayo de 2021, la asistencia sanitaria se considera conforme a la *lex artis*. Durante el procedimiento de implante valvular se produjo como complicación inherente al procedimiento una hemorragia femoral que se controló mediante compresión manual y reposición de hemoderivados. Se indicó vigilancia en la Unidad de Medicina Intensiva, con una evolución inicial favorable. Se realizaron estudios de imagen y exploraciones periódicas. La evolución fue favorable, sin necesidad de soporte ventilatorio ni intervenciones adicionales, logrando estabilización clínica y resolviendo el sangrado con la administración de hemoconcentrados. Durante el ingreso se evidencia una atención adecuada por parte del personal sanitario, sin observar inasistencia o desatención.

Tal y como consta en informe del SIP y de Cardiología, el análisis del hematoma presentado por las fotos aportadas por el paciente demuestra que su distribución y evolución corresponden a un proceso fisiológico normal y no a una falta de cuidados médicos. La acumulación del sangrado en áreas declives es un fenómeno esperable según la posición del paciente, sin que se evidencien negligencias en su manejo clínico. La resolución de la lesión se produce de manera progresiva y sin indicios de un manejo inadecuado por parte del personal sanitario.

En el período del 29 de agosto al 22 de septiembre de 2021 fue otorgado a los familiares un pase de visita 24 horas y consta en la HC visitas de familiares en los siguientes momentos: (9, 10, 13, 15, 16, 18, 22 de septiembre). Información a familiares sobre el estado del paciente (29, 31 de agosto, 1, 2, 15, 16 de septiembre).

En este período el paciente presenta una evolución favorable, sin que conste en la historia clínica datos de deterioro neurológico cognitivo, sólo motor, pues

presentaba dificultad para la deambulación precisando rehabilitación mediante fisioterapia motora.

Los informes posteriores al alta hospitalaria ratifican que la válvula aórtica implantada mostró un adecuado rendimiento hemodinámico y que las complicaciones secundarias, tanto vasculares como infecciosas, fueron resueltas antes del alta del paciente. Además, el seguimiento clínico indicó estabilidad en la función cardiovascular sin nuevas alteraciones que requirieran intervención médica adicional.

Con posterioridad el paciente sufre una caída por tropiezo, y en las pruebas de imagen sugieren la aparición de nuevos infartos lacunares.

El paciente continuó en seguimiento por Neurología, Cardiología, Rehabilitación por parte de los centros asistenciales del SCS. No obstante, consta que el paciente se marcha a Bilbao con su familia durante 5 o 6 meses, y en este período fue atendido en el Hospital de Gorliz (Osakidetza), donde finalmente el paciente obtuvo un diagnóstico de Angiopatía amiloide con parkinsonismo vascular y demencia vascular.

Todos los informes que obran en el expediente coinciden en establecer que las secuelas no tienen relación con ningún retraso en el tratamiento o una inadecuada asistencia, sino con la propia naturaleza de su patología de base, con la progresión natural de la misma.

De esta manera el SIP concluye en su informe lo siguiente:

«Es altamente probable que el déficit neurológico del paciente sea consecuencia de un proceso multifactorial, influenciado por la combinación de sus múltiples comorbilidades, su avanzada edad y los hallazgos radiológicos en la tomografía realizada tras la caída. Las imágenes hipodensas detectadas en el estudio sugieren la presencia de lesiones isquémicas subclínicas o infartos lacunares, los cuales, en el contexto de hipertensión arterial crónica y enfermedad vascular de base, pueden haber contribuido significativamente al deterioro cognitivo y motor progresivo del paciente. En este sentido, no se identifica un único evento precipitante, sino un proceso acumulativo que responde a la evolución natural de su estado clínico.

Por todo lo anteriormente expuesto, se concluye que el deterioro neurológico experimentado por el paciente tras el alta hospitalaria se debe a la evolución natural de sus patologías de base, entre ellas la hipertensión arterial, y no a una deficiente atención médica o a una mala praxis.

No se ha identificado un vínculo causal entre la atención sanitaria recibida y la progresión de su enfermedad neurológica. A lo largo de su evolución clínica, se respetaron

los principios de autonomía del paciente, se mantuvo una adecuada comunicación con su familia y se aplicaron los tratamientos indicados conforme a la lex artis.

Asimismo, no se evidencian omisiones en la actuación médica ni negligencias en el manejo del paciente. Se destaca que, en el contexto de la pandemia mundial, se garantizó el contacto con sus familiares, en particular con su hija, quien estuvo informada sobre su evolución».

En conclusión, una vez examinado el contenido del expediente remitido, y habida cuenta de que igualmente el reclamante no ha aportado ningún elemento probatorio que permita considerar demostrado que la prestación sanitaria haya sido inadecuada o contraria a las exigencias derivadas de la *lex artis ad hoc*, es por lo que se entiende que no procede declarar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria; y, en consecuencia, se considera conforme a Derecho la propuesta de Resolución remitida a este Consejo Consultivo. No se evidencia la existencia de mala praxis médica en la atención prestada, ni el propio reclamante ha incorporado al expediente informe que pueda contradecir la corrección de la intervención practicada.

De los informes obrantes en el expediente emitidos por los Servicios asistenciales del Servicio Canario de la Salud que atendieron a la paciente, así como por el Servicio de Inspección, se debe inferir que no se han vulnerado las buenas prácticas médicas, en el curso de la atención otorgada y, por lo tanto, la actuación dispensada fue conforme a *lex artis*. Por tanto, el resultado final y el estado lesional del paciente no está relacionado con la asistencia sanitaria dispensada por el Servicio Canario de la Salud, sino que está relacionada directamente, en relación causa-efecto, con la patología que padeció y los propios riesgos inherentes a la misma.

En definitiva, esa adecuación de la asistencia sanitaria prestada conforme a la *lex artis* supone la inexistencia del necesario nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y los daños por los que se reclama, y, por ende, impide, al ser un requisito esencial para ello, el surgimiento de la responsabilidad de la Administración prestadora del servicio, por lo que se ha de concluir que la Propuesta de Resolución, que desestima la pretensión resarcitoria de la reclamante, es conforme a Derecho.

C O N C L U S I Ó N

Se dictamina conforme a Derecho la Propuesta de Resolución, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial sanitaria, tal como se razona en el Fundamento IV del presente Dictamen.