



Sr. S. de Vega, presidente

Sr. Ramos Antón, consejero
Sra. Ares González, consejera y
ponente

Sr. Herrera Campo, consejero

Sr. Píriz Urueña, secretario

La Sección Primera del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Valladolid, el día 20 de junio de 2024, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. yyy1, en nombre y representación de D. yyy2*, y a la vista del mismo y tal como corresponde a sus competencias, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN 233/2024

I

ANTECEDENTES DE HECHO

El día 10 de mayo de 2024 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. yyy1, en nombre y representación de D. yyy2, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Hospital hhhh de xxxx.

Examinada la solicitud y admitida a trámite el 16 de mayo de 2024, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 233/2024, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, tal como dispone el artículo 52 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo de Castilla y León, aprobado por resolución de 5 de febrero de 2014 de la Mesa de las Cortes de Castilla y León. Turnado por el presidente del Consejo, correspondió su ponencia a la consejera Sra. Ares González.

Primero.- El 11 de junio 2019 D. yyy1, en nombre y representación de su padre D. yyy2, presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial ante la Administración autonómica por los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a éste en el Servicio de Nefrología del Hospital hhhh de xxxx.



Expone que “[su] padre cuenta con 87 años, en octubre cumplirá los 88, y desde hace 20 años tiene problemas cardiovasculares y del riñón, no obstante, cuidándose y tomando su medicación gozaba de una salud aceptable”. Señala que “desde hace un año y medio, aproximadamente, veníamos observando que dejaba de prestar atención a algunas conversaciones, que se inhibía, que era incapaz de jugar más de una partida al mus, y todo se agravó a partir de una caída el verano pasado de la que resultó con fractura del radio de un antebrazo y una herida en la cara”. Añade que “tras varias visitas a urgencias hospitalarias, a neurología, a psiquiatría y otros servicios médicos, descubrimos que el día 23 de febrero de 2017, el nefrólogo (...) le cambió la medicación, pasando a ser Apisabán 25 mq, media pastilla cada 12 horas”. Considera que “Ésta debe de ser la causa de que desde entonces haya sufrido decenas de micro infartos cerebrales y dos infartos cerebrales, el último cuando cayó al suelo y se fracturó el radio”. Y asegura que “desde que este neurólogo le recetó (de nuevo) la pastilla de 50 (mg) cada 12 horas, no ha empeorado”.

El reclamante aporta documentación acreditativa de la representación y, tras varios requerimientos de la Administración, no fija la cuantía indemnizatoria reclamada.

Segundo.- Obran en el expediente, además de la historia clínica del paciente, un informe de 12 de julio de 2019 del jefe del Servicio de Nefrología del Hospital hhhh de xxxx, un informe de 7 de octubre de 2019 del jefe del Servicio de Neurología del Hospital hhhh de xxxx, un informe de 7 de noviembre de 2019 del coordinador de Urgencias del Hospital hhhh de xxxx, un informe de 8 de noviembre de 2019 del jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital hhhh de xxxx, un informe de 15 de noviembre de 2019 del jefe del Servicio de Cardiología del Hospital hhhh de xxxx, un informe de la Inspección Médica de 11 de marzo de 2020 y un dictamen pericial de valoración del daño corporal emitido a instancias de la aseguradora de la Administración de 12 de diciembre de 2020.

Tercero.- Concedido trámite de audiencia, no consta en el expediente la presentación de alegaciones.

Cuarto.- El 6 de febrero de 2024 se formula propuesta de orden desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial.



Quinto.- El 15 de febrero siguiente la Asesoría Jurídica devuelve el expediente sin informar al considerar que debe requerirse al interesado para que fije la cuantía de la indemnización solicitada.

Sexto.- El 19 de febrero se requiere al interesado para que en el plazo de diez días señale el importe de la indemnización reclamada. Concluido el plazo concedido, el interesado no cuantifica los daños solicitados.

Séptimo.- El 15 de abril de 2024 se formula una nueva propuesta de orden desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Octavo.- El 24 de abril la Asesoría Jurídica informa favorablemente dicha propuesta de orden.

En tal estado de tramitación, se dispuso la remisión del expediente al Consejo Consultivo de Castilla y León para que emitiera dictamen.

II CONSIDERACIONES JURÍDICAS

1ª.- El Consejo Consultivo de Castilla y León dictamina en el presente expediente con carácter preceptivo, de conformidad con lo previsto en el artículo 4.1.i), 1º de la Ley 1/2002, de 9 de abril, reguladora del Consejo Consultivo de Castilla y León, correspondiendo a la Sección Primera emitir el dictamen según lo establecido en el apartado tercero, 1.g) del Acuerdo de 6 de marzo de 2014 del Pleno del Consejo, por el que se determina la composición y competencias de las Secciones.

2ª.- El procedimiento se ha instruido con arreglo a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC).

No obstante, cabe poner de manifiesto el excesivo tiempo transcurrido desde que se presenta la reclamación (11 de junio de 2019) hasta que se formula la definitiva propuesta de orden desestimatoria de la Consejería de Sanidad (15 de abril de 2024). Esta circunstancia necesariamente ha de considerarse como una vulneración por parte de la Administración del artículo 12.b) del Estatuto de Autonomía de Castilla y León, que consagra el derecho de los ciudadanos a la resolución de los asuntos que les conciernan



en un plazo razonable; e igualmente como una infracción de los principios y criterios que han de regir su actuación, recogidos en la LPAC, como los de eficacia, celeridad, eficiencia y servicio a los ciudadanos, entre otros, sin olvidar el incremento que ha de conllevar necesariamente la cantidad que, como indemnización por responsabilidad patrimonial de la Administración, se vaya a conceder, en su caso, mediante la oportuna resolución.

A este respecto, debe tenerse presente que los titulares de las unidades administrativas y el personal al servicio de las Administraciones Públicas que tuviesen a su cargo la resolución o el despacho de los asuntos, serán responsables directos de su tramitación y adoptarán las medidas oportunas para remover los obstáculos que impidan, dificulten o retrasen el ejercicio pleno de los derechos de los interesados o el respeto a sus intereses legítimos, disponiendo lo necesario para evitar y eliminar toda anomalía en la tramitación de procedimientos; y que los términos y plazos establecidos en esta u otras leyes obligan a las autoridades y personal al servicio de las Administraciones Públicas competentes para la tramitación de los asuntos, así como a los interesados en los mismos. Ello en virtud de lo dispuesto en los artículos 20.1 y 29 de la LPAC.

Por otro lado, este Consejo considera conveniente precisar que el interesado, tras varios requerimientos de la Administración, no fija la cuantía indemnizatoria reclamada.

En este sentido, el artículo 67.2 de la LPAC establece que "Además de lo previsto en el artículo 66, en la solicitud que realicen los interesados se deberán especificar las lesiones producidas, la presunta relación de causalidad entre éstas y el funcionamiento del servicio público, la evaluación económica de la responsabilidad patrimonial, si fuera posible, y el momento en que la lesión efectivamente se produjo, e irá acompañada de cuantas alegaciones, documentos e informaciones se estimen oportunos y de la proposición de prueba, concretando los medios de que pretenda valerse el reclamante".

Por otro lado, el artículo 68.1 de la LPAC dispone que "Si la solicitud de iniciación no reúne los requisitos que señala el artículo 66, y, en su caso, los que señala el artículo 67 u otros exigidos por la legislación específica aplicable, se requerirá al interesado para que, en un plazo de diez días, subsane la falta o acompañe los documentos preceptivos, con indicación de que, si así no lo hiciera, se le tendrá por desistido de su petición, previa



resolución que deberá ser dictada en los términos previstos en el artículo 21”.

En este supuesto, en los términos expuestos en el antecedente sexto de este dictamen, la Administración, tras el informe de Asesoría Jurídica, requirió al interesado (página 90 del expediente) para que fijase la indemnización reclamada en el plazo de diez días, considerando que “en caso de no efectuar la valoración del daño (...) se entenderá que la indemnización solicitada por la reclamante no superará los 20.000 euros”.

Ahora bien, por los argumentos expuestos, la Administración tendría que haber requerido al interesado para que, en un plazo de diez días, subsanase su reclamación inicial y especificara la evaluación económica reclamada, con indicación de que, si así no lo hiciera, se le tendría por desistido de su petición, previa resolución dictada en los términos previstos en el artículo 21 de la LPAC.

En cualquier caso, para no dilatar, aún más, este procedimiento en perjuicio del reclamante, este Consejo considera que la indemnización reclamada supera el umbral fijado para la preceptividad del dictamen en el artículo 4.1.i), 1º de la Ley 1/2002, de 9 de abril, reguladora del Consejo Consultivo de Castilla y León, por lo que procede la emisión del dictamen.

3ª.- Concurren en el reclamante los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la LPAC. La competencia para resolver la presente reclamación corresponde al consejero de Sanidad, en virtud de lo dispuesto en el artículo 82.2 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

La reclamación se ha interpuesto en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 67.1 de la LPAC.

4ª.- El artículo 106.2 de la Constitución establece 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 en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

La referencia constitucional a la ley debe entenderse hecha a los artículos 32 y siguientes de la LRJSP, a la que se remite, de forma genérica, el artículo 81 de la Ley 3/2001, de 3 de julio.



Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo, la reiterada doctrina del Consejo de Estado, así como la de este Consejo Consultivo, la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública exige la concurrencia de los siguientes requisitos: a) daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) antijuridicidad del daño, en el sentido de que la persona que lo sufre no tenga el deber jurídico de soportarlo, de acuerdo con la ley; c) imputabilidad a la Administración de la actividad dañosa, es decir, la integración del agente en el marco de la organización administrativa a la que pertenece o la titularidad pública del servicio o la actividad en cuyo ámbito se produce el daño; d) relación de causalidad entre la actividad administrativa y el resultado dañoso, esto es, que el daño sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de un servicio público; e) ausencia de fuerza mayor. Asimismo, se exige que la reclamación se presente antes de que transcurra un año desde el momento en que se produjo el hecho causante.

No obstante, la jurisprudencia modula el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial al rechazar que la mera titularidad del servicio determine la responsabilidad de la Administración respecto de cualquier consecuencia lesiva relacionada con aquel que se pueda producir.

En el ámbito de la responsabilidad sanitaria, el parámetro que permite apreciar el grado de corrección de la actuación sanitaria a la que se imputa el daño viene determinado por el criterio de la *lex artis*. La teoría de la *lex artis ad hoc* en la actuación médica parte de considerar que la obligación del médico o de los servicios sanitarios es una obligación de medios, en tanto que no es posible asegurar la salud en términos absolutos. De ahí que la Administración Sanitaria y sus agentes estén obligados a poner a disposición del usuario todos los medios disponibles que hagan posible la protección de la salud, protección que no siempre alcanza un diagnóstico cierto rápido, una curación sin secuelas o una atención sanitaria en un determinado tiempo y sin espera. El paciente tiene derecho a que se le dispense una atención adecuada, según la *lex artis ad hoc*, y no a obtener un resultado curativo determinado, toda vez que la medicina no es una ciencia exacta; la *lex artis ad hoc* abarca no sólo intervenciones quirúrgicas, sino también tratamientos no quirúrgicos y de diagnóstico.

Por tanto, según el criterio de la *lex artis ad hoc*, sólo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio, que están, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de



modo que existe obligación de soportar el daño -por no ser éste antijurídico- cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada a la *lex artis*, mientras que, en caso contrario, cuando la actuación del médico ha sido contraria a la *lex artis*, la obligación de reparar recae sobre la Administración.

La dificultad de prueba del nexo causal en procedimientos de responsabilidad patrimonial en los que hay multiplicidad de causas y causantes de los daños, se acrecienta cuando se trata de lo que la doctrina denomina "daños pasivos", o daños que no son consecuencia de una acción directa del facultativo, sino que son debidos a errores de diagnóstico u omisiones de la Administración sanitaria o del tratamiento, que privan al paciente de cuidados médicos necesarios en el tiempo adecuado.

Finalmente, debe mencionarse la reiterada jurisprudencia (recogida, entre otras, por la sentencia de 21 de mayo de 2018, de la Sala de lo Contencioso-administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, que alude a las sentencias del Tribunal Supremo de 15 de enero y 1 de febrero de 2008, y otras anteriores como las de 7 y 20 de marzo, 12 de julio y 10 de octubre de 2007), según la cual "a la Administración no es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficiosa para el paciente".

5ª.- En cuanto al fondo del asunto, corresponde valorar si la asistencia sanitaria prestada al reclamante se ha acomodado a la *lex artis* en tiempos, modos de actuación y realización de las pruebas diagnósticas oportunas.

En este supuesto, el reclamante considera que el cambio de medicación efectuado por el Servicio de Nefrología del Hospital hhhh de xxxx el 23 de febrero de 2017 (que supuso pasar de una pastilla de 50 mg de Apisabán cada 12 horas a media pastilla de Apisabán de 50 mg, esto es 25 mg cada 12 horas) constituye la causa de los micro infartos e infartos cerebrales sufridos por su padre.

Por tanto, procede analizar si existe un nexo causal directo entre el cambio de dosis del tratamiento anticoagulante pautado al paciente para prevenir embolias cerebrales y los micro infartos e infartos cerebrales sufridos



por el mismo, y si esta circunstancia determina un incumplimiento de la *lex artis* y de los protocolos médicos vigentes.

El informe de la Inspección Médica, tras detallar las actuaciones médicas practicadas y valorar los informes que obran en el expediente, realiza las siguientes consideraciones:

“Estamos ante un paciente de 87 años de edad con arterioesclerosis generalizada, focalizada en corazón, riñón y cerebro, con lesiones isquémicas en arterias coronarias, cerebrales y renales (insuficiencia renal en paciente monorreño).

»Los infartos cerebrales por arterioesclerosis de dichas arterias pueden provocar isquemias que se manifiestan con síntomas diversos o producir alteraciones cognitivas como en el caso que nos ocupa.

»El paciente durante años ha seguido tratamiento con antiagregante plaquetario (aspirina) con el fin de prevenir los eventos isquémicos, pero en un momento dado, dada la evolución se decide sustituir la antiagregación por la anticoagulación.

»En la anticoagulación es importante ajustar la dosis en caso de enfermedad renal, ya que en la insuficiencia renal disminuye la velocidad de excreción renal de los fármacos aumentando la intensidad y duración del efecto de los metabolitos.

»El paciente que nos ocupa tiene una función renal entre 25 y 30 ml/min. (IRC grado IV), lo que obliga a tomar precauciones en las distintas dosis administradas, puesto que el riesgo de sobre dosificar es el sangrado en cualquier territorio del organismo.

»El deterioro clínico que sufre el paciente está en relación con la arterioesclerosis en un contexto del envejecimiento y de los factores comórbidos que concurren y no en la relación con el cambio de medicación descrito en la reclamación”.

El citado informe, de manera concluyente, establece que la actuación resultó conforme a la *lex artis*.

En el mismo sentido se pronuncia el informe emitido por el especialista en Neurología de la aseguradora de la Administración:



»1. Se trata de un paciente de avanzada edad con múltiples factores de riesgo vascular conocidos, diagnosticado de una arteriosclerosis sistémica que había condicionado entre otras complicaciones, la enfermedad coronaria cardíaca y una insuficiencia renal moderada por lo que el paciente seguía revisiones periódicas por el servicio de Nefrología del Hospital hhhh de xxxx.

»2. En la revisión realizada en la consulta de nefrología en febrero de 2017 se inicia tratamiento con el anticoagulante de acción directa Apixaban, para la prevención de embolias cerebrales dado que el paciente era portador de un flutter auricular paroxístico. (...) La dosis que figura en el informe evolutivo era de medio comprimido de 2,5 mgr cada 12 horas, aunque en su historia de prescripción figura prescrito un comprimido cada 12 horas.

»3. El paciente sufrió dos caídas accidentales a finales de agosto de 2018. Tras la última el 31 de agosto de 2018, su médico de cabecera lo remitió a urgencias. En la exploración realizada en el servicio de urgencias no se objetivo ningún déficit neurológico focal. No obstante, se indicó la realización de una TC cerebral que fue informado de hallazgos compatibles con enfermedad de pequeño vaso cerebral sin que se objetivan signos radiológicos de infartos o sangrados agudos o crónicos.

»4. El paciente fue dado de alta a su domicilio con el diagnóstico de síndrome confusional agudo asociado a un deterioro cognitivo de tiempo de evolución que, en el contexto de dos caídas, TCE y fractura de muñeca se ha descompensado.

»5. El paciente fue revisado en la consulta de Neurología el día 11 de septiembre de 2018. En la anamnesis se confirma que el paciente ya presentaba deterioro cognitivo de varios años de evolución que ya presentaba dependencia funcional (Escala de Rankin 3) y que el síndrome confusional agudo por el que acudió a urgencias ya se había resuelto.

»6. Por último, en el informe emitido en esta consulta se hace constar que la dosis de Apixaban que tomaba el paciente era de medio comprimido de 2,5 mgrs cada 12 horas y que la función renal, según los parámetros obtenidos en su anterior visita a urgencias, presentaba una creatinina plasmática de 2,10 mg/dl y un aclaramiento de creatinina calculado de 24,57 ml/min.



»7. Se anota que la dosis de Apixaban que le correspondería acorde a su función renal era de 2,5 mgrs cada 12 horas y que, por tanto, la dosis que estaba tomando el paciente era demasiado baja para prevenir eventos isquémicos, por lo que se ajusta dicha dosis a 2,5 mgrs cada 12 horas.

»8. En la reclamación patrimonial presentada por la familia del paciente se afirma que la dosis de Apixaban que tomaba el paciente era incorrecta, por excesivamente baja, y que esta era la causa de que el paciente hubiera sufrido decenas de micro infartos cerebrales y dos infartos cerebrales, el último cuando cayó al suelo y se fracturó el radio.

»9. Este perito no puede estar de acuerdo con esta afirmación por los siguientes motivos:

»En la documentación analizada no existe ninguna evidencia objetiva de que el paciente hubiera tenido ningún episodio clínicamente compatible con un ictus (infarto cerebral).

»Una caída en la que no se haya objetivado signos clínicos de un déficit neurológico focal no puede ser considerada como síntoma o signo sugestivo de haber sufrido un ictus.

»En la TC cerebral realizada tras su segunda visita a urgencias, el radiólogo que la interpreta no encuentra hallazgos compatibles con infartos cerebrales recientes o antiguos. Por el contrario, describe hallazgos radiológicos compatibles con una enfermedad de pequeño vaso cerebral.

»El diagnóstico con el que fue dado de alta de urgencias el día 4 de septiembre de 2018 fue de síndrome confusional agudo en el marco de un proceso de deterioro cognitivo de posible origen vascular. En ningún momento, se sospecha o se le diagnostica de un infarto cerebral.

»El paciente ya presentaba una situación de deterioro cognitivo y dependencia funcional previamente y de varios años de evolución.

»El paciente sufre una arteriosclerosis sistémica que afecto a diversos órganos y sistemas. Como se ha comentado con anterioridad, la arteriosclerosis es la causa más frecuente de ictus. enfermedad vascular



sistémica degenerativa e inflamatoria crónica, en la que los anticoagulantes juegan un papel secundario en el tratamiento preventivo.

»Hasta la fecha no se ha demostrado que una dosis de Apixaban más baja que la dosis recomendada para insuficiencia renal moderada (2,5 mgrs/12h) sea menos eficaz (...) en pacientes con insuficiencia renal con aclaramientos de creatinina inferiores a 30 ml/min, como en el caso que nos ocupa.

»Lo que sí se ha podido demostrar es que en estos pacientes los niveles plasmáticos de Apixaban aumentan un 44 % con respecto a los habituales en pacientes con función renal normal y, por tanto, tienen más riesgo de sufrir hemorragias graves. Por tanto, cuanto más baja sea la dosis en estos pacientes menos probabilidades tienen de sufrir hemorragias graves como efectos adversos”.

Por último, el informe del jefe del Servicio de Nefrología del Hospital hhhh de xxxx manifiesta lo siguiente:

»El paciente tiene una arterioesclerosis generalizada que se ha localizado en el corazón, en los riñones y en el cerebro, con lesiones isquémicas en las arterias coronarias, en las arterias renales (insuficiencia renal) y en las arterias cerebrales. Ha estado durante años con tratamiento antiagregador plaquetario (aspirina) que está indicado para prevenir los eventos isquémicos.

»Los infartos cerebrales descritos son consecuencia de la misma enfermedad que le ha provocado la afectación cardiaca y renal: arterioesclerosis, que es una enfermedad de origen multifactorial: tabaquismo, hipertensión, hiperlipidemia, diabetes, factores locales de las arterias, alteraciones inflamatorias, etc. Es la causa más común de enfermedad de los vasos sanguíneos *in situ* que riegan diversos territorios de los tejidos, en este caso el cerebro. Puede provocar ataques cerebrales con síntomas diversos o producir alteraciones cognitivas como en el caso que nos ocupa y permanecer silentes. En el tratamiento y prevención de esta enfermedad, están indicados entre otros fármacos los antiagregantes plaquetarios.

»En un momento dado de la evolución, se decide sustituir la antiagregación por la anticoagulación y es cuando se indica el Apixaban. Es importante reseñar que en los estudios clínicos que se hicieron con el fármaco se excluyeron los pacientes con enfermedad renal que tuvieran un



aclaramiento < 25 ml/min. Este paciente tiene una función renal entre 25 y 30 ml/min. Esto nos obliga a tomar precauciones en las dosis administradas puesto que el riesgo de sobre dosificar es el sangrado en cualquier territorio del organismo.

»Los trastornos de la marcha con las caídas y el deterioro cognitivo no son consecuencia ni del exceso ni del defecto del fármaco. Son consecuencia de que el paciente es un paciente frágil y como tal son expresiones clínicas de la entidad. La fragilidad es un estado asociado al envejecimiento que se caracteriza por una disminución de la reserva fisiológica del organismo, se suele asociar a la edad y a la presencia de varios factores comórbidos (como es el caso que nos ocupa).

»En resumen, el deterioro clínico del paciente no está en relación con el cambio de medicación descrito en la reclamación sino con un cuadro general de arterioesclerosis explicable en el contexto del envejecimiento y de los factores comórbidos que concurren en este paciente. Es un anciano frágil y sufre un estado clínico de deterioro progresivo que irá limitando todas las funciones del organismo: movilidad, reflejos, estabilidad, coordinación, audición, visión, nutrición y estado cognitivo”.

Por otro lado, el reclamante no discute en el trámite de alegaciones los citados informes médicos ni aporta prueba alguna que desvirtúe el contenido de los mismos.

Por lo expuesto, este Consejo considera que no resulta acreditada la existencia de un nexo causal entre el cambio de dosis en el tratamiento anticoagulante que seguía el paciente y los micro infartos e infartos cerebrales padecidos. En los términos que detallan los informes que obran en el expediente, el paciente tenía una función renal entre 25 y 30 ml/min. Circunstancia ésta que obligaba a tomar precauciones en las dosis administradas de Apixaban para evitar el sangrado en cualquier territorio del organismo. Además, los informes médicos constatan que la causa del deterioro cognitivo del paciente no es el exceso o el defecto del fármaco (Apixaban), sino la enfermedad que le ha provocado la afectación cardiaca y renal, esto es, la arterioesclerosis. Por ello, comparte el criterio seguido por la inspectora médica, y concluye que la asistencia sanitaria prestada al paciente resulta ajustada a la *lex artis ad hoc*.



III CONCLUSIONES

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo de Castilla y León informa:

Procede dictar resolución desestimatoria en el procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. yyy1, en nombre y representación de D. yyy2, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Hospital hhhh de xxxx.

No obstante, V.E. resolverá lo que estime más acertado.