



Consejo Consultivo de Canarias

## DICTAMEN 146/2019

(Sección 1ª)

La Laguna, a 23 de abril de 2019.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), en su propio nombre y en representación de (...) y (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 104/2019 IDS)\*.*

## FUNDAMENTOS

### I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado el 17 de marzo de 2017 a instancia de (...), en representación propia, de su padre (...) y de su hermana (...), por los daños morales consecuencia de la asistencia sanitaria recibida en dependencias del Servicio Canario de la Salud por su esposa y madre, respectivamente, con el resultado de muerte.

2. La reclamante solicita por los daños sufridos una indemnización de 210.000 euros (150.000 para el esposo y 30.000 para cada una de las hijas), cantidad que determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del titular de la Consejería para solicitarlo, según los arts. 11.1.D, e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

---

\* Ponente: Sr. Fajardo Spínola.

También son de aplicación las Leyes 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público; la 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; 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; así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva y no extemporaneidad de la reclamación.

4. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, aún expirado este, 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).

5. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

A la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud le corresponde la incoación y tramitación de los procedimientos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario conforme a la Resolución de 23 de diciembre de 2014, de la Directora, por la que se deja sin efecto la Resolución de 22 de abril de 2004, y se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos de este Servicio.

6. No se aprecia que se haya incurrido en deficiencias formales en la tramitación del procedimiento que, por producir indefensión al interesado, impidan un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada.

## II

1. Los interesados exponen, como fundamento de su pretensión, la siguiente sucesión de hechos:

El día 24 de julio de 2016, sus padres viajaron desde Italia a Gran Canaria a fin de visitarla y pasar unos días de vacaciones.

El 25 de julio de 2016, su madre se encontró con un fuerte dolor en el pecho y acudieron al Centro de Salud de El Doctoral. Su madre padecía de hipertensión arterial y colesterol alto, estando en tratamiento con diversos medicamentos todo lo cual se puso en conocimiento de los facultativos que la atendieron.

En el Centro de Salud, después de practicársele un electro-cardiograma, fue diagnosticada de «dolor en epigastrio» y le dieron el alta para trasladarla al Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil, en el que, después de examinarla, se le da el alta con el siguiente diagnóstico: «dolor torácico no isquémico».

Días después de ser atendida en Urgencias, el 2 de agosto de 2016, su madre empezó a encontrarse mal de nuevo y llamaron a una ambulancia. El personal sanitario que la atendió les comentó que seguramente era ansiedad y no un ataque al corazón, porque no estaba sudando, y no fue monitorizada. La familia firmó un documento para acreditar que habían ido los técnicos.

Seis horas más tarde, la reclamante escucha a su padre pedir ayuda, pues su madre estaba inconsciente, llamando a una ambulancia. A pesar de los intentos de reanimación, su madre fallece.

En el informe de autopsia practicado consta como causa de la muerte cardiopatía isquémica aguda, de lo que se deduce, a su juicio, que su madre venía padeciendo dicha patología desde una semana atrás, debiendo ser ésta detectada el 25 de julio de 2016 cuando acudió al Servicio de Urgencias, por lo que considera que hubo un error de diagnóstico.

Alega, asimismo, el error cometido por los técnicos de la ambulancia cuando atendieron a su madre y dijeron que era un ataque de ansiedad sin valorar la posibilidad de que se tratase de un infarto.

2. Por su parte, el SIP, a la luz de los informes médicos y de la historia clínica obrantes en el expediente, relata la siguiente sucesión cronológica de los hechos:

- Paciente de 68 años que contaba con antecedentes referidos de Mellitus tipo 2 tratada con repaglinida e insulina; Dislipemia en tratamiento con atorvastatina; Hipertensión Arterial tratada con candesartan (fármaco, también utilizado en pacientes con Insuficiencia Cardíaca) y amlodipino (fármaco que relaja los vasos sanguíneos favoreciendo el aporte de sangre oxigenada al corazón, por lo que también es utilizado en pacientes que padecen Angina), recibía tratamiento, además, con ácido acetilsalicílico (antiagregante plaquetario) y un protector gástrico: rabeprazol. También se recoge en los informes médicos que tenía un soplo cardíaco funcional y era fumadora.

- El 25 de julio de 2016, sobre las 09:45 horas, la paciente es atendida en Centro de Salud del Doctoral. En la anámnesis se recoge que presenta dolor en epigastrio de 12 horas de evolución tipo episódico con sensación disneica y opresiva, no sudoración, ni náuseas; en ese momento no refería dolor.

- A la exploración física presenta buen estado general, está consciente y orientada, normocoloreada, normohidratada y eupneica (sin dificultad respiratoria). A la auscultación cardiopulmonar los ruidos cardíacos son rítmicos, auscultándose un soplo sistólico panfocal.

Presenta dolor a la palpación en zona de epigastrio y centrotorácica, que aumenta con la presión sobre la zona, es decir el dolor en zona de epigastrio y centrotorácica tenía características atípicas\* (aumenta con la presión, intermitente, sin cortejo vegetativo, o sea sin sudoración, ni náuseas); el resto de exploración abdominal no muestra hallazgos significativos (suave, depresible). Los signos vitales son normales: TA: 130/75; FC: 72 lpm.

\*El dolor en el tórax o el epigastrio a la palpación que aumenta con la presión no es característico de un infarto de miocardio o síndrome coronario agudo.

- Se añade a la valoración de la paciente el análisis de glucosa aleatoria con 106 mg/dl (normal) y electrocardiograma, informado sin signos de isquemia aguda.

- Aunque las característica del cuadro clínico son atípicas, los datos del examen físico y pruebas complementarias realizadas no han documentado ningún dato significativo, se tienen en cuenta los antecedentes de la paciente (diabética e hipertensa) y bajo el diagnóstico de Epigastralgia, se remite al Hospital de referencia, para descartar isquemia aguda mediante la realización de enzimas cardíacas.

- A las 15:11 horas es ingresada en el CHUIMI. En la anámnesis se recoge: paciente con antecedentes de HTA, Dislipemia, soplo funcional (por lo que deduzco que la existencia de ese soplo era conocido por la paciente y sin importancia clínica), que acude por cuadro de dolor centro torácico (en el centro de salud, y en informe de enfermería de Triage se recogía que el dolor era epigástrico, pero como la presión centro torácica era dolorosa, inferimos que había presentado dolor en ambos sitios de forma indefinida) opresivo no irradiado de unos 20 días de evolución, que duran de 20 minutos a una hora, sucediendo en reposo y con los ejercicios. En la noche de ayer le comenzó estando en reposo, sobre las 22 horas y le duró unas 6 horas. Tiene

pautado medicación antirreflujo digestivo, sin mejoría. Niega disnea, vómitos, diarreas, fiebre o cualquier otra sintomatología.

- A su llegada se le toman las constantes vitales TA: 143/52; FC: 79. FIO<sub>2</sub>:92%; temperatura: 36,8°C y se ubica en el área de observación, zona destinada, también, a los pacientes con dolor torácico. A la exploración física se encontraba consciente, orientada, normocoloreada, normohidratada, afebril y eupneica, es decir presentaba buen estado general.

A la auscultación cardiopulmonar los ruidos cardiacos son rítmicos y no se auscultan estertores. El abdomen es blando, depresible, no doloroso a la palpación con ruidos hidroaéreos normales. Maniobra de puño percusión renal negativa. A la exploración neurológica no hay signos de focalidad neurológica y las pupilas son isocóricas y normorreactivas. No presenta edemas en miembros inferiores (MMII).

- Bajo el diagnóstico de sospecha de dolor de tórax a estudio, y pese a lo inespecífico de la clínica (el dolor se presenta de forma intermitente desde hace 20 días, y en ese momento hacía más de 6 horas que no tenía dolor) se le realizan las pruebas complementarias, según el protocolo, para descartar un accidente isquémico agudo, como por ejemplo un Infarto agudo de miocardio.

- El electrocardiograma realizado (valorado por Cardiólogo) muestra un ritmo sinusal a 63 lpm, un segmento PR normal, eje eléctrico normal, sin datos de alteración en la conducción auriculoventricular, ni bloqueos de rama; muestra trastornos de la repolarización con elevación del punto J en derivaciones: II, III y Avf, V4, V5 y V6, que sugieren «repolarización precoz» y también muestra depresión del segmento ST en I y Avl de tipo no específico.

- La analítica realizada a las 17:30 (hemograma, bioquímica, coagulación, iones, función renal), no muestran hallazgos significativos en relación con la clínica, así como tampoco son significativos los valores de los biomarcadores (T0) cardíacos que a las 18:47 horas mostraban: Troponina I: 0,20 ng/ml y CK-MB masa: 4,06 ng/ml.

- A las 19:09 horas se realiza segundo control de marcadores cardíacos (T1), que tampoco mostraron hallazgos significativos en relación con izquemia aguda: Troponina I: 0,20 ng/ml y CK-MB masa: 3,49 ng/ml.

- A las 19:56 horas, encontrándose la paciente asintomática y estable hemodinámicamente, tras haber realizado las pruebas diagnósticas que su caso aconsejaban, y tras confirmar en dos determinaciones de enzimas cardíacas que la

paciente no tenía un dolor torácico isquémico, es decir que el riesgo de un evento coronario en ese momento o en las horas posteriores era muy bajo, se decide su alta.

- Al alta se le indica continuar con su tratamiento habitual. Control por su Cardiólogo de zona y seguimiento por su Médico de Atención Primaria, además, de acudir nuevamente al Servicio de Urgencias en caso de empeoramiento.

- La paciente no acude a ningún otro Médico ni al Servicio de Urgencias por nuevos síntomas ni por empeoramiento de los que había tenido, hasta 10 días después de su primera consulta en Urgencias.

- El 3 de agosto de 2016, a las 00:07 horas, el SUC (112) recibe solicitud de asistencia sanitaria. La familia de la paciente refiere presenta cuadro de dificultad respiratoria acompañada de dolor torácico. La paciente tiene antecedentes de hipertensión, diabetes e hipercolesterolemia, además comenta que en días previos, ha estado en el Servicio de Urgencias del Hospital Insular por el mismo motivo. A las 00:08:02 horas la médico coordinador atendió la llamada y apuntó en observaciones «disnea, dolor torácico», de forma automática se creó una intervención de una ambulancia de soporte vital básico (ASVB) activándola como Emergencia prioridad cero. La ASVB llegó al lugar del incidente a las 00:17:03 horas (10 minutos después de la alerta).

- La dotación de la ambulancia tras la asistencia informó vía radio al gestor, que la paciente rechazaba ser trasladada a centro sanitario alguno, refiriendo en la valoración "ansiedad no desea traslado, informa de las constantes vitales en ese momento: TA: 120/87, saturación de oxígeno capilar: 99%, glucemia: 220. Finalmente, la paciente quedó en su domicilio, tras la firma del alta voluntaria, finalizando la intervención a las 01:01:24 horas.

- Datos que se corroboran en el documento de alta voluntaria en donde en las observaciones se detalla: paciente consciente y orientada que refiere crisis de ansiedad. Su familia (hija) firma el alta voluntaria.

- Posteriormente se recibió una nueva alerta a las 05:59 horas sobre la misma paciente, informando nuevamente de un cuadro de problemas respiratorios.

- En este nuevo incidente, la médico coordinadora escribe en observaciones «disnea, refieren tiraje, ya acudieron anoche, angustia familiar», creando una intervención de una ASVB prioridad 1 que informó tras su asistencia, a las 06:14 horas, de tiraje, saturación de oxígeno: 50%; FC: 110 lpm y a las 06:19 horas parada cardiorrespiratoria (PCR) presenciada.

A las 06:14 horas se activó una ambulancia sanitizada (ASAN) como Emergencia prioridad cero y a las 06:17 una ambulancia de soporte vital avanzado (ASVA) en prioridad cero.

Finalmente y pese a la asistencia prestada durante 27 minutos de resucitación cardiopulmonar (RCP), sin ritmo en el desfibrilador, la paciente fue declarada exitus.

Con base en lo anterior, el SIP realiza las siguientes consideraciones, que pese a su minuciosidad, pero para mejor fundar la argumentación jurídica, procede reproducir:

«1.- El 25 de julio de 2016, sobre las 09:45 horas, la paciente es atendida en Centro de Salud del Doctoral. En la anámnesis se recoge que, presenta dolor en epigastrio de 12 horas de evolución tipo episódico con sensación disneica y opresiva, no acompañado de síntomas vegetativos (ni sudoración, ni náuseas); en ese momento no refería dolor.

2.- A la exploración física presenta buen estado general, no tiene dificultad respiratoria, la auscultación cardiopulmonar no muestra datos significativos salvo un soplo sistólico funcional (ya conocido). Consciente, orientada y hemodinámicamente estable. Aunque niega dolor en ese momento, la presión sobre epigastrio (estómago) y zona centrotorácica es dolorosa, es decir tenía características atípicas (duele a la presión como después de un traumatismo, lo cual no sucede en la lesión isquémica miocárdica); sin otros datos de interés.

Se miden constantes vitales y glucosa, con resultado normal y se realiza electrocardiograma cuyo resultado se documenta en el informe médico que, tiene un ritmo sinusal a 72 lpm (normal), sin signos de isquemia aguda miocárdica.

3.- Aunque las características del cuadro clínico son atípicas, los datos del examen físico y pruebas complementarias realizadas no han documentado ningún dato significativo, se tienen en cuenta los antecedentes de riesgo de la paciente (diabética e hipertensa), y se remite al Hospital de referencia, para descartar isquemia aguda mediante la realización de enzimas cardíacas. Proceder adecuado en el contexto clínico de la paciente.

4.- A las 15:11 horas es ingresada en el CHUIMI. En la historia médica se recoge que la paciente acude por historia de dolor centrotorácico opresivo, no irradiado, episódico, de unos 20 días de evolución, sucediendo indistintamente en reposo y durante el ejercicio. Los episodios no se acompañan de cortejo vegetativo. El último episodio había sido la noche anterior, sobre las 22:00 horas, y le había durado unas 6 horas. Niega dolor en ese momento.

Al examen físico estaba consciente, presentaba buen estado general y hemodinámicamente estaba estable. La auscultación cardiopulmonar no mostraba datos de interés, la exploración abdominal era normal, y no tenía edemas en miembros inferiores (la clínica presentada por la paciente no sugería un proceso isquémico agudo).

5.- Pese a lo atípico de la situación, la ausencia de dolor torácico desde hacía más de 6 horas, se activa el protocolo de dolor torácico del Servicio de Urgencias, y la paciente queda en Observación y estudio para descartar isquemia aguda, proceder ajustado a la *lex artis*.

6.- El electrocardiograma realizado (valorado por Cardiólogo) muestra un ritmo sinusal a 63 lpm, un segmento PR normal, eje eléctrico normal, sin datos de alteración en la conducción auriculoventricular, ni bloqueos de rama; muestra trastornos de la repolarización con elevación del punto J en derivaciones: II, III y Avf, V4,V5 y V6, que sugieren "repolarización precoz" y también muestra depresión del segmento ST en I y Avl de tipo no específico (no característico de una alteración o patología específica).

7.- Con respecto a los signos de repolarización precoz detectados en el electrocardiograma, señalamos lo siguiente:

- El Punto J es el punto de unión del complejo QRS con el segmento ST. Es una Onda pequeña, positiva y redondeada, que aparece justo al final del QRS en el trazado electrocardiográfico.

- Su presencia en derivaciones precordiales izquierdas o en inferiores (como en este caso) es uno de los criterios diagnósticos del Patrón de Repolarización Precoz.

- La Repolarización precoz en el trazado electrocardiográfico puede estar presente en personas jóvenes y deportistas sanas. No es un signo relacionado con isquemia miocárdica, sino asociado a un mayor riesgo de presentar arritmias cardíacas ventriculares. Pese a ello, y dado que la incidencia de este tipo de arritmias es muy baja, según consenso actual, de forma general, estos pacientes no requieren investigaciones o intervenciones terapéuticas específicas.

8.- Llegados a este punto conviene resaltar que ya tenía dos electrocardiogramas realizados e interpretados en diferentes momentos y por distintos médicos; el primero en el Centro de Salud, donde el médico interviniente informa que no hay evidencia de alteraciones isquémicas agudas, y el que acabamos de mencionar, que aunque muestra signos inespecíficos, tampoco puede interpretarse su trazado compatible con una alteración isquémica aguda.

9.- Aun así, y en aplicación del protocolo de dolor torácico activado, se le realiza a la paciente una analítica (hemograma, bioquímica, coagulación, iones, función renal) que, no muestra hallazgos significativos en relación con la clínica, así como tampoco son significativos los valores de los biomarcadores, es decir enzimas cardíacas, realizados de forma seriada.

10.- Primer control (T0): A las 18:47 horas mostraban: Troponina I: 0,20 ng/ml y CK-MB masa: 4,06 ng/ml, resultado poco significativo.

Segundo control (T1): A las 19:09 horas se realiza segundo control de marcadores cardíacos (T1), que tampoco mostraron hallazgos significativos (normales) en relación con isquemia aguda: Troponina I: 0,20 ng/ml y CK-MB masa: 3,49 ng/ml.



11.- La elevación en sangre periférica de los marcadores intracelulares (enzimas) es diagnóstica de daño miocárdico, así vemos que realizados dos controles seriados negativos, habiendo pasado más de 10 horas del dolor torácico presentado, era una confirmación de la no existencia de un cuadro de dolor torácico de etiología isquémica o Síndrome coronario agudo.

12.- A las 19:56 horas, encontrándose la paciente asintomática y estable hemodinámicamente, tras haber realizado la exploración y pruebas diagnósticas que el protocolo del Servicio de Urgencias aconsejaba y, considerando, tras los resultados obtenidos que, un evento coronario en ese momento o en las horas posteriores era muy bajo, se decide su alta.

13.- Asimismo, teniendo en cuenta los antecedentes de la paciente que ya estaba siendo adecuadamente medicada dada sus patologías de base, incluso con fármacos antiagregantes con acción anticoagulante para la prevención de trombosis o estenosis de los vasos sanguíneos, es adecuada la actitud del médico de urgencias que dio el alta a la paciente con las recomendaciones idóneas: continuar con su tratamiento habitual, control por su Cardiólogo de zona, seguimiento por su Médico de Atención Primaria y acudir nuevamente a Urgencias en caso de empeoramiento.

14.- Las recomendaciones facilitadas por escrito a la paciente fueron las adecuadas a su contexto, y el hecho de indicar que siguiera control por su Cardiólogo es evidencia de que aunque considerara que no necesitaba ningún estudio o intervención urgente, la paciente debía tener seguimiento y estar controlada por su especialista.

15.- Diez días después, no constando ninguna otra consulta a urgencias ni a Médico alguno por alteraciones de salud, el 3 de agosto de 2016, a las 00:07 horas, el SUC (112) recibe solicitud de asistencia sanitaria para la paciente, debido a cuadro de dificultad respiratoria acompañada de dolor torácico. A las 00:08:02 horas la médico coordinador atendió la llamada y apuntó en observaciones "disnea, dolor torácico", de forma automática se creó una intervención de una ambulancia de soporte vital básico (ASVB) activándola como Emergencia prioridad cero. La ASVB llegó al lugar del incidente a las 00:17:03 horas (10 minutos después de la alerta).

16.- La dotación de la ambulancia tras la asistencia informó vía radio al gestor que la paciente rechazaba ser trasladada a centro sanitario alguno, refiriendo en la valoración la paciente presenta ansiedad, no desea traslado, informa de las constantes vitales en ese momento: TA:120/87, saturación de oxígeno capilar: 99%, glucemia: 220. Finalmente, la paciente quedó en su domicilio, tras la firma del alta voluntaria (documento aportado por la reclamante), finalizando la intervención a las 01:01:24 horas.

17.- Con respecto a esta intervención que fue rápidamente ejecutada, el SUC concluye: según consta en la información de las fichas y las grabaciones, las constantes vitales a las

00:17:03 horas eran normales. Una ambulancia de soporte vital básico se envía a un domicilio para trasladar a los pacientes a un centro sanitario, no tienen capacidad para decidir cuándo se traslada o no, con unas constantes vitales normales. La negativa de la paciente y la confirmación de su hija que firma el alta voluntaria cierran el incidente como "no desea traslado".

18.- De la intervención de la ASVB en esa primera asistencia se deduce que el SUC actuó adecuadamente enviando un recurso con técnicos sanitarios para el traslado de la paciente, con la finalidad de que fuera valorada en un centro sanitario por el servicio médico, y que tras llegar al domicilio de la paciente, y una vez evaluadas las constantes vitales que, resultaron normales; la paciente rechazó ser trasladada, existiendo constancia de ello tras la firma del documento.

19.- Posteriormente el SUC recibió una nueva alerta a las 05:59 horas sobre la misma paciente, informando nuevamente de un cuadro de problemas respiratorios. En este nuevo incidente, la médico coordinadora escribe en observaciones "disnea, refieren tiraje, ya acudieron anoche, angustia familiar", creando una intervención de una ASVB prioridad 1 que informó tras su asistencia, a las 06:14 horas, de tiraje, saturación de oxígeno: 50%; FC: 110 lpm y a las 06:19 horas parada cardiorrespiratoria (PCR) presenciada. A las 06:14 horas se activó una ambulancia sanitizada (ASAN) como Emergencia prioridad cero y a las 06:17 una ambulancia de soporte vital avanzado (ASVA) en prioridad cero. Finalmente y pese a la asistencia prestada durante 27 minutos de resucitación cardiopulmonar (RCP), sin ritmo en el desfibrilador, la paciente fue declarada exitus.

20.- De igual forma, la intervención del SUC en esta ocasión fue rápida y adecuada, sin que pudiera, tras una parada cardiorrespiratoria presenciada, es decir, actuando desde el minuto cero, conseguir resucitar a la paciente.

21.- Tras la autopsia de la paciente se concluye que la causa fundamental de su fallecimiento es una cardiopatía isquémica aguda, siendo la causa inmediata edema agudo de pulmón.

22.- De estos datos deducimos que el evento isquémico agudo padecido por la paciente esta vez, manifestado como un Edema Agudo de Pulmón, no es achacable al dolor torácico padecido 10 días antes, por lo que había sido estudiada según protocolo vigente del Servicio de Urgencias, y en donde se había descartado la presencia de una alteración isquémica aguda miocárdica.

23.- Asimismo y dado los antecedentes de la paciente, se le había indicado la conveniencia de acudir a control por su Cardiólogo y su Médico de Atención Primaria, algo que no consta que hiciera».

A partir de tales consideraciones el SIP concluye:

«1.- El servicio público actuó en todo instante conforme a la mejor práctica, a tenor de la evidencia médica actual, no siendo factible exigir a aquél, una acción que supere la mejor praxis sanitaria existente, siendo ésta el resultado de aplicar conocimientos científicos actualizados: Los diagnósticos, pruebas complementarias, medidas adoptadas e indicaciones facilitadas, se realizaron de forma adecuada, de acuerdo a los requerimientos y situación de la paciente, siguiendo criterios, normas y protocolos actuales.

2.- Razonable es mencionar que, incluso en una buena práctica asistencial, la Administración Sanitaria no puede tornarse en una entidad de curación asegurada en todo procedimiento asistencial, ni ser señalada como la causante de todo daño que se produzca en el transcurso de cualquiera de sus correctas actuaciones, limitándose la medicina, en la actualidad, a proporcionar los medios para intentar la prevención, paliación o curación de las patologías, sin pretender que el resultado de un procedimiento sanitario sea siempre el esperado y sin garantizar resultados exitosos en lo que a recuperación de la salud, se refiere.

3.- Por tanto, con respecto a lo reclamado, no encontramos relación con mala praxis, inasistencia o asistencia inadecuada, sino que hubo atención tanto de cuidados como de medios, adaptados a los que el caso clínico requería».

3. La interesada presenta escrito de alegaciones con el siguiente tenor:

En el informe del Servicio Canario de Salud figuran todas las medicinas que tomaba la fallecida, sin que en las asistencias médicas recibidas se tuvieran en cuenta los posibles efectos secundarios de las mismas en relación a problemas cardiovasculares. Por ejemplo, en estudios epidemiológicos se ha acreditado una incidencia superior del síndrome coronario agudo en los tratamientos con repaglinida.

En el informe se da por supuesto que entre las dos asistencias médicas han transcurrido diez días, cuando en realidad desde las 19:56 horas del día 25 de julio de 2016 hasta las 24 h. del día 2 de agosto pasaron únicamente ocho días.

En la página 54 se recoge que la paciente fue ingresada en el CHUIMI (Hospital Insular), lo que no es cierto porque únicamente fue atendida en Urgencias.

Teniendo en cuenta los antecedentes médicos, edad de la paciente y que acababa de llegar de un viaje en avión, lo procedente es que se hubiera procedido a ingresarla.

Que la paciente, al estar de vacaciones en Canarias, no tenía su médico de atención primaria ni el cardiólogo para que pudiese acudir a ellos como se considera en el alta del CHUIMI. La hija (...) que la acompañó al Hospital Insular afirma además

que el médico únicamente diagnosticó que su madre tenía «ansiedad» y que no había ningún otro tipo de problema.

Respecto de la segunda asistencia en el domicilio de la hija, la hora de la primera llamada al 112 no corresponde a lo que se menciona en la pág. 55 del historial en el que se afirma que se llamó a las 00:07. La llamada hecha por (...) se produjo antes de las 12:00 de la noche, hacia las 11:30/11:40 (estamos pidiendo las facturas a la compañía telefónica correspondiente).

No estamos de acuerdo en la afirmación de la pág. 53 donde textualmente se dice «el dolor en el tórax o el epigastrio a la palpación que aumenta con la presión no es característico de un infarto de miocardio u síndrome coronario agudo». Aportamos uno de los tantos enlaces en los que se menciona la posibilidad de tener en acto un infarto de miocardio con síntomas iguales a los que refería la señora (...), dolor en la «boca del estómago».

Que en la pág. 53 del historial en el punto 4 se hace mención al electrocardiograma «informado sin signos de isquemia aguda» y que no corresponde con las consideraciones médico-legales que hemos aportado traducidas al español.

Que los sanitarios que acudieron en la segunda ambulancia llamada a las 5:59 del día 3 de agosto del 2016 no actuaron con la urgencia que requería la situación. Refiere mi vecina y testigo, que bajaron de ella muy lentamente sin la prisa que tenían que tener debido a la llamada de (...) y angustia que hizo la hija (...) alertando de la gravedad en la que se encontraba su madre. Además no vino ningún doctor/a hasta el momento de tener que confirmar la muerte de (...). Solo llegaron sanitarios que al ver la gravedad empezaron a llamar refuerzos.

Que no se dejó ningún informe de la segunda ambulancia a la familia. Refiere la hija y otros testigos que la máquina aspiradora de líquidos no funcionaba y que tuvo que decir ella a los sanitarios de controlar el tórax porque había ruidos como de líquidos. Entonces fue cuando estos fueron a la ambulancia a coger el aparato aspirador de líquidos para intentar succionar el edema de los pulmones de (...) pero no pudieron porque el aparato no funcionaba.

Que entregamos con este documento, la copia del cd del tórax que la hija (...) pidió al hospital insular.

Que hay varias teorías sobre la «repolarización precoz» y no solo lo que se menciona en la pág. 58.

Los sanitarios que atendieron con la primera ambulancia a (...), no la monitorizaron ni hicieron el ECG como después afirmaron haber hecho recogiendo en el papel de salida que hicieron firmar a la hija ni avisar que se trataba de un alta voluntaria. Solo seguían repitiendo a la paciente que era ansiosa, que no tenía que venir a Canarias porque se ponía nerviosa (aquí tenía los únicos nietos a los que quería con locura) y que no necesitaba ir al hospital porque no le hubiesen hecho nada más. Así que (...) decidió no ir al traducirle la hija que no hacía falta. La hija refiere que la madre entendía un poco de español y sobre todo «ansiedad» al ser parecida al Italiano «ansietà».

#### 4. Solicitado nuevo informe, el SIP manifiesta lo que sigue:

«1.- La paciente de 68 años contaba con antecedentes referidos de Mellitus tipo 2 tratada con repaglinida e insulina; Dislipemia en tratamiento con atorvastatina; Hipertensión Arterial tratada con candesatán (fármaco, también utilizado en pacientes con Insuficiencia Cardíaca) y amlodipino (fármaco que relaja los vasos sanguíneos favoreciendo el aporte de sangre oxigenada al corazón, por lo que también es utilizado en pacientes que padecen Angina), recibía tratamiento, además, con ácido acetilsalicílico (antiagregante plaquetario) y un protector gástrico: rabeprazol. También se recoge en los informes médicos que tenía un soplo cardíaco funcional y era fumadora.

2.- En fecha 25/07/2016 sobre las 09:45 horas, la paciente es atendida en Centro de Salud del Doctoral. En la anámnesis se recoge que, presenta dolor en epigastrio de 12 horas de evolución tipo episódico con sensación disneica y opresiva, no sudoración, ni náuseas (no presencia de cortejo vegetativo); en ese momento no refería dolor.

3.- Aunque las características del cuadro clínico son atípicas\*, es decir presenta dolor a la palpación en zona de epigastrio y centrotorácica, que aumenta con la presión sobre la zona, cuadro que tampoco se acompañaba de cortejo vegetativo, o sea, sin sudoración, ni náuseas. Asimismo, según la historia clínica los datos del examen físico y pruebas complementarias realizadas no han documentado ningún dato significativo, se tienen en cuenta los antecedentes de la paciente (diabética e hipertensa) y bajo el diagnóstico de Epigastralgia, se remite al Hospital de referencia, para descartar isquemia aguda mediante la realización de enzimas cardíacas.

\*El dolor en el tórax o el epigastrio a la palpación, que se modifica o aumenta con los movimientos respiratorios, la postura o la presión local no es característico de un infarto de miocardio o síndrome coronario agudo.

4.- De los datos anteriores se deriva, que la actuación del Médico de Urgencias del Centro de Salud se realizó de forma adecuada y prudente.

5.- A las 15:11 horas es atendida en el CHUIMI. En la anamnesis de la paciente, que viene derivada del Centro de Salud donde ya se encontraba sin dolor, se detalla, según su relato, que ha presentado cuadro de dolor centrotorácico opresivo no irradiado, con sudoración y mareos, de unos 20 días de evolución, que duran de 20 minutos a una hora, sucediendo en reposo y con los ejercicios. En la noche de ayer le comenzó estando en reposo, sobre las 22 horas y le duró unas 6 horas. Tiene pautado medicación antirreflujo digestivo, sin mejoría. Niega disnea, vómitos, diarreas, fiebre o cualquier otra sintomatología. De lo que se infiere, que este episodio, del que se había recuperado espontáneamente, no se acompañó de sudoración, ni mareos, es decir, no se asoció a cortejo vegetativo, remarquemos, además, que el examen físico que le había realizado el Médico anterior, la paciente manifestaba dolor a la palpación presión del tórax y el epigastrio, algo no típico del dolor miocárdico isquémico.

6.- Aunque a la exploración física tenía buen estado general, estaba hemodinámicamente estable, no constatándose ningún hallazgo significativo, y pese a que en ese momento hacía más de 6 horas que no tenía dolor, se le realiza electrocardiograma, y Rx de tórax, y queda ubicada o ingresada\* en el área de observación bajo el diagnóstico de sospecha de Dolor de Tórax a estudio para la realización de seriación de marcadores cardíacos, realizados de forma normalizada hasta cumplir un mínimo de 6 horas desde que la paciente tuvo el último episodio de dolor, tal y como se realiza de forma protocolaria en el Servicio de Urgencias del CHUIMI, para descartar Infarto Agudo de Miocardio.

\*Ingresar: entrar en un centro sanitario para recibir asistencia médica.

7.- La radiografía de tórax realizada no muestra hallazgos significativos en relación a patología cardiorrespiratoria aguda y el electrocardiograma realizado, luego de más de 6 horas sin dolor (valorado por Cardiólogo), muestra un ritmo sinusal a 63 lpm, un segmento PR normal, eje eléctrico normal, sin datos de alteración en la conducción auriculoventricular, ni bloqueos de rama; muestra trastornos de la repolarización con elevación del punto J en derivaciones: II, III y Avf, V4,V5 y V6, que sugieren "repolarización precoz" y también muestra depresión del segmento ST en I y Avl de tipo no específico.

8.- Dado que los hallazgos en el electrocardiograma, son inespecíficos de un proceso isquémico agudo pudiendo estar presentes, de forma persistente en pacientes con afecciones como la Diabetes y la Hipertensión, factores de riesgo que añadidos a la edad favorecen la arteriosclerosis\*, se complementa el estudio con una analítica que incluye enzimas cardíacas como la Troponina, es decir, se somete al protocolo de seriación enzimática realizado a pacientes con sospecha de Síndrome Coronario Agudo (SCA).

\*La arteriosclerosis es una alteración vascular crónica que se caracteriza por degeneración, endurecimiento, con pérdida de elasticidad y aumento de grosor de las paredes arteriales.

9.- La analítica realizada a las 17:30 (hemograma, bioquímica, coagulación, iones, función renal) no muestran hallazgos significativos en relación con la clínica, así como

tampoco son significativos los valores de los biomarcadores\* (TO) cardíacos que a las 18:47 horas mostraban: Troponina\*\* I: 0.20 ng/ml y CK-MB masa: 4.06 ng/ml.

\* Biomarcadores o marcadores, son las enzimas que se utilizan para medir el daño o necrosis miocárdica. El análisis seriado y el uso combinado de ambos marcadores permite cubrir las necesidades diagnósticas, pronósticas y de indicación terapéutica del síndrome coronario agudo.

\*\* Según la literatura médica las troponinas son biomarcadores que se elevan específicamente en la isquemia miocárdica. La troponina cardíaca resulta muy útil en el estudio de dolores torácicos sin electrocardiograma concluyente, ya que posee una elevada especificidad y sensibilidad para la detección de lesión isquémica; dado que estas enzimas se elevan pasadas 3-4 horas desde que se produce la isquemia, se requiere la seriación de las mismas en las siguientes 6 horas, como mínimo. Un valor poco significativo y estable es considerado normal y se considera que descarta la isquemia miocárdica (aunque la paciente se esté medicando con repaglinida), en cambio un valor elevado de Troponina, identificaría a pacientes con altas probabilidades de presentar un Síndrome Coronario Agudo.

10.- A las 19:09 horas se realiza segundo control de marcadores cardíacos (TI), que tampoco mostraron hallazgos significativos en relación con isquemia aguda: Troponina I: 0,20 ng/ml y CK-MB masa: 3,49 ng/ml.

11.- Dado que la paciente hacía más de 15 horas (tuvo dolor entre las 22:00 y las 04:00 horas) que estaba asintomática, sin dolor, con buen estado general, y los resultados de las pruebas realizadas, siempre realizadas sin dolor, habían descartado isquemia miocárdica, siendo los electrocardiogramas realizados en diferentes momentos y valorados por distintos médicos poco significativos, y las mediciones de las enzimas seriadas normales (la última realizada a las 19:09 horas) se descarta un Síndrome Coronario Agudo, y es dada de alta a las 19:56 horas, con el diagnóstico de dolor torácico no isquémico.

12.- A la paciente asintomática desde hacía más de 15 horas, que no estuvo inestable hemodinámicamente en ningún momento, se le había descartado isquemia miocárdica, de lo que se deriva que un evento isquémico en las horas o días siguientes era bajo, en esas circunstancias, siguiendo los protocolos vigentes en el Servicio de Urgencias del CHUIMI, y considerados los antecedentes patológicos de la paciente (que en nada tienen que ver con otros aspectos: vacaciones, etc), se le da el alta con unas recomendaciones claras acerca del tratamiento que debe seguir, en este caso, el mismo tratamiento para sus patologías de base que ya incluía antiagregantes plaquetarios con acción anticoagulante, así como control por su Cardiólogo, seguimiento por su Médico de Atención Primaria, y en caso de empeoramiento acudir nuevamente al Servicio de Urgencias.

13.- De todo ello se deriva, que la actuación del Servicio de Urgencias ante la clínica de la paciente, que llevaba más de 15 horas sin dolor alguno, con unas pruebas complementarias

que descartaban isquemia miocárdica, había cumplido su función, y actuado conforme a la lex artis, recomendando a la paciente dado sus antecedentes, seguir controles cardiológicos, es decir, el estudio y seguimiento de la paciente, y las pruebas que se consideraran oportunas tales como las pruebas de esfuerzo que, además, son pruebas que no requieren hospitalización, podían y debían ser determinadas por el Cardiólogo, además del seguimiento de su Médico de Atención Primaria.

14.- La paciente no acude a su Cardiólogo, ni a ningún otro Médico, como se le había indicado, tampoco acudió al Servicio de Urgencias por nuevos síntomas ni por empeoramiento de los que había tenido, hasta más de 9 días (si se tiene en cuenta el inicio del dolor, a las 22 horas del día 24/07/16) después de su primera consulta en Urgencias.

15.- En fecha 03/08/2016, previa solicitud de asistencia al 112 por "disnea, dolor torácico", la paciente recibe asistencia 10 minutos después de la alerta por una ambulancia de soporte vital básico (ASVB). Los técnicos sanitarios (no capacitados para decidir sobre el traslado de un paciente), tras su asistencia informan vía radio al gestor, la presencia de constantes vitales en ese momento: TA: 120/87, saturación de oxígeno capilar: 99%, glucemia: 220. Dado que la paciente que refería crisis de ansiedad, ya se encontraba mejor se negó a ser trasladada, dato que corrobora el documento de alta voluntaria, firmado. La diferencia horaria en la realización de la primera llamada que alega la reclamante no altera ni modifica la atención recibida, tras la cual debía ser trasladada para valoración médica, hecho que no se produce debido a su rechazo.

16.- Posteriormente fue atendida nuevamente en su domicilio, y a las 06:19 horas tras una parada cardiorrespiratoria presenciada se comenzaron las maniobras de resucitación pero finalmente y pese a la asistencia prestada durante 27 minutos de resucitación cardiopulmonar (RCP), sin ritmo en el desfibrilador, la paciente fue declarada exitus. El personal de las ambulancias del Servicio Canario de Salud está entrenado para realizar resucitación cardiopulmonar, y tal como se muestra en los informes, fue tratada adecuadamente desde que se activó la alerta.

17.- Tras la autopsia de la paciente se concluye que la causa fundamental de su fallecimiento es una cardiopatía isquémica aguda, siendo la inmediata: edema agudo de pulmón.

18.- De estos datos deducimos que el evento isquémico agudo padecido por la paciente esta vez, manifestado como un Edema Agudo de Pulmón, no es achacable al dolor torácico padecido 10 días antes, por lo que había sido estudiada según protocolo vigente del Servicio de Urgencias, y en donde se había descartado la presencia de una alteración isquémica aguda miocárdica mediante biomarcadores seriados y combinados, que se mantuvieron en valores bajos y estacionarios, luego de 6 horas mínimo sin dolor (en este caso más de 15 horas), como indica el protocolo de urgencias en estos casos.



19.- Asimismo, dado los antecedentes y factores de riesgo cardiovascular que presentaba la paciente, se le había indicado la conveniencia de acudir a control por su Cardiólogo y su Médico de Atención Primaria, algo que no consta que hiciera, pese a que los ciudadanos de la Unión Europea tienen los mismos derechos que los nacionales, en cuanto a asistencia sanitaria se refiere.

20.- Para concluir hemos de anotar que la información aportada, no modifica las conclusiones efectuadas, en informe previo».

5. Dado preceptivo trámite de audiencia la reclamante se opone al informe del SIP, insistiendo en sus alegaciones anteriores.

6. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación de responsabilidad formulada por los interesados, al no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública.

### III

1. A los efectos de analizar la adecuación a Derecho de la Propuesta de Resolución, tal y como la doctrina de este Consejo ha venido manteniendo de manera reiterada y constante (por todos, Dictamen 303/2018, de 29 de junio), procede tener en cuenta que a la Administración no le 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 la 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 beneficioso para el paciente. Se hace preciso por consiguiente determinar un parámetro que permita valorar el funcionamiento del servicio y, por tanto, la procedencia o no de la actuación médica causante o conectada a la lesión existente; es decir, que permita diferenciar aquellos supuestos en que los resultados dañosos se pueden imputar a la actividad de la Administración, incluyendo el tratamiento o asistencia efectuada o la falta de uno u otra, y aquellos otros en los que se ha debido a la evolución natural de la enfermedad y al hecho de la imposibilidad de que los medios de exigible disponibilidad, en función del nivel técnico y científico alcanzado, garanticen la cura en todos los casos o completamente.

Este criterio básico, utilizado comúnmente por la jurisprudencia contencioso-administrativa, es el de la *lex artis*, sin perjuicio de la aplicabilidad de las normas reguladoras de la prestación del servicio público sanitario, incluyendo los derechos

de los pacientes. Así, lo esencial, básicamente, desde una perspectiva asistencial y para la Administración gestora, es la obligación de prestar la debida asistencia médica, con el uso de los medios pertinentes en la forma y momento adecuados, con las limitaciones y riesgos inherentes a ellos, conocidos por los pacientes (SSTS de 16 de marzo de 2005, 7 y 20 de marzo de 2007, 12 de julio de 2007, y 25 de septiembre de 2007, entre otras).

Por lo tanto, el criterio de la *lex artis* determina la normalidad de los actos médicos e impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, de modo que la existencia de responsabilidad exige tanto la producción de la lesión como la infracción de la *lex artis*, en relación, en particular, con el estado de los conocimientos y de la técnica sanitaria (art. 34.1 LRJSP).

2. También hemos reiterado en múltiples ocasiones que, según el art. 32 LRJSP, el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es 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 la 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 la 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 aquella toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

3. En el presente procedimiento la pretensión resarcitoria de los reclamantes se fundamenta en que la muerte de la paciente se produjo por una negligente atención sanitaria tanto el día 25 de julio en el Centro de Salud, donde fue diagnosticada de «dolor en epigastrio», y en el Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil, en el que, después de examinarla, se le da el alta con el siguiente diagnóstico «dolor torácico no isquémico», como la recibida el 3 de agosto por las

ambulancias que la atendieron en su domicilio tras llamar al 112 debido a un fuerte dolor torácico, a resultas del cual falleció.

Como hemos reiterado en múltiples ocasiones, sin la constatación de estos extremos de hecho es imposible establecer que existe una relación de causalidad entre la asistencia sanitaria prestada por los facultativos del SCS y los supuestos daños por los que reclama. Sin la determinación de ese nexo causal no es posible la estimación de la pretensión resarcitoria.

En este caso, los interesados no aportan medios probatorios que sustenten sus alegaciones; antes al contrario: de la documentación clínica y de los otros informes médicos obrantes en el expediente está acreditado que no sólo el día 25 de julio recibió una asistencia adecuada a su patología -exploración física, analíticas, electrocardiograma, Rx de tórax- sino que se llegó a la conclusión, ante pruebas complementarias, que se descartaba isquemia miocárdica, recomendando a la paciente, dados sus antecedentes, seguir controles cardiológicos, de lo que se desprende tanto que se actuó conforme a la *lex artis* en todo momento, como que se ha de descartar el error de diagnóstico.

Por su parte, en la asistencia prestada por el SUC el día 3 de agosto, previa solicitud al 112 por «disnea, dolor torácico», la paciente es atendida 10 minutos después de la alerta por una ambulancia de soporte vital básico (ASVB). Así, frente a la alegación de la reclamante de que los técnicos sanitarios recomendaron no trasladarla porque sufría un mero ataque de ansiedad, lo cierto es que estos no están capacitados para decidir sobre el traslado de un paciente, constando que tras su asistencia informan vía radio al gestor la presencia de constantes vitales en ese momento: TA: 120/87, saturación de oxígeno capilar: 99%, glucemia: 220.

En cualquier caso, la reclamante no ha probado que fueran los técnicos quienes le recomendaron que no se trasladara al centro hospitalario, constando que la hija firma el alta voluntaria.

Tras nuevo aviso a las 05:59, la ambulancia (ASVB) informó tras su asistencia, a las 06:14 horas, de tiraje, saturación de oxígeno: 50%; FC: 110 lpm y a las 06:19 horas parada cardiorrespiratoria (PCR) presenciada. A las 06:14 horas se activó una ambulancia sanitizada (ASAN) como emergencia prioridad cero y a las 06:17 una ambulancia de soporte vital avanzado (ASVA) en prioridad cero. Finalmente y pese a la asistencia prestada durante 27 minutos de resucitación cardiopulmonar (RCP), sin ritmo en el desfibrilador, la paciente fue declarada exitus.

Nada en esa asistencia hace sospechar siquiera la vulneración de la *lex artis*, pues la asistencia fue rápida, poniendo en marcha, ante parada cardiorrespiratoria (PCR), maniobras de reanimación, que lamentablemente no tuvieron éxito.

Tras la autopsia de la paciente se concluye que la causa fundamental de su fallecimiento es una cardiopatía isquémica aguda, siendo la inmediata: edema agudo de pulmón, pero los informes existentes en el expediente acreditan que tal causa no es achacable al dolor torácico padecido 10 días antes, pues se había descartado la presencia de una alteración isquémica aguda miocárdica mediante biomarcadores seriados y combinados, que se mantuvieron en valores bajos y estacionarios, luego de 6 horas mínimo sin dolor (en este caso más de 15 horas), como indica el protocolo de urgencias en estos casos.

4. De todo lo anterior debe inferirse que el resultado de muerte por el que se reclama, no es consecuencia de la vulneración de la *lex artis*, ya que está acreditado que se pusieron a disposición de la paciente todos los medios necesarios para atender su patología, informándole de las actuaciones que se le fueron realizando, por lo que no se ha vulnerado las buenas prácticas médicas y, por lo tanto, la actuación dispensada debe calificarse de correcta, ya que se han seguido los protocolos y pautas diagnósticas y terapéuticas establecidas para estos casos clínicos, sin perjuicio de que el resultado final- por causas propias de la patología de base que sufría la paciente- haya sido lamentablemente exitus.

Esa adecuación de la asistencia sanitaria prestada a la *lex artis* frustra, según la jurisprudencia aludida anteriormente, el nacimiento de la responsabilidad de la Administración prestadora del servicio, por lo que se ha de concluir que no se aprecia la existencia de nexo causal entre el daño alegado y la asistencia sanitaria recibida, por lo que la Propuesta de Resolución, que desestima la pretensión resarcitoria de los interesados, es conforme a Derecho.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, desestimatoria de la reclamación formulada por los interesados, se considera conforme a Derecho.