



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 4 6 4 / 2 0 1 9

(Sección 2ª)

La Laguna, a 19 de diciembre de 2019.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), (...), (...) y por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 446/2019 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

El objeto del presente dictamen, solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad, es una Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica, el Servicio Canario de la Salud. La solicitud de dictamen, de 18 de noviembre de 2019, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo el 22 de noviembre de 2019.

De la cuantía reclamada, superior a 6.000 €, se deriva la competencia del órgano solicitante, la competencia del Consejo y la preceptividad del dictamen, según los arts. 12.3 y 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación, el primer precepto, 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).

También son de aplicación las Leyes 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la Ley 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

* Ponente: Sra. de León Marrero.

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.

II

1. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo, y, por ende, del derecho a reclamar de (...), (...), (...) y (...), al haber sufrido en su esfera moral el daño por el que reclama: el fallecimiento de su madre, (...), habiéndose acreditado en el expediente su relación de filiación con ésta [art. 4.1.a) LPACAP].

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

3. 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.

4. Asimismo, no resulta extemporánea la reclamación, al haberse presentado dentro el plazo de un año para reclamar establecido en el art. 67.1 LPACAP, pues los interesados interpusieron aquel escrito el 16 de enero de 2019, en relación con un hecho acaecido el 31 de marzo 2018, fecha del fallecimiento de su madre.

III

Los interesados, en su escrito de reclamación, exponen como hechos en los que la fundan los siguientes:

Que (...), de 77 años de edad fue llevada el día 25 de marzo de 2018 al Servicio de Urgencias del Hospital Dr. Negrín por pérdida de fuerza en lado derecho del cuerpo, somnolencia y desviación bucal, de una hora de duración. Al llegar se encuentra asintomática.

Se le realiza un EKG que objetiva el debut de una fibrilación auricular y un TAC que se informa como hallazgos compatibles con enfermedad vascular crónica de pequeño vaso, sin otros hallazgos radiológicos significativos.

Se le da el alta, bajo el diagnóstico de AIT y fibrilación auricular, remitiéndola a CCEE de Hematología y a Neurovascular. Asimismo, se le recomienda acudir a su médico de atención primaria para control analítico y valoración y consultar el caso con Cardiólogo consultor del centro de salud.

Al día siguiente, el 26 de marzo de 2018, (...) es encontrada a las 10:30 h por su familia con hemiplejía izquierda, somnolencia y mutismo, siendo trasladada a urgencias donde, tras la realización de TAC es diagnosticada de ictus del despertar y remitida al Hospital Insular para ser intervenida, falleciendo el 31 de marzo de 2018.

Alegan los reclamantes que se envió a casa a (...) con un AIT sin ningún tipo de tratamiento, circunstancia que era incomprensible teniendo en cuenta el diagnóstico de fibrilación auricular y que la misma podía ocasionar, tal y como sucedió al día siguiente, un ictus cardioembólico, que se podía haber evitado o que el mismo se hubiera producido de forma más leve y benigna y no haber provocado el fallecimiento de (...), por lo que consideran que se encuentran ante una pérdida de oportunidades, cifrando en 78.860,46 euros los daños y perjuicios ocasionados, añadiendo a esta cantidad, 25.000 euros por daños morales.

IV

En cuanto a la tramitación del procedimiento, si bien no se ha incurrido en irregularidades formales que obstan a un dictamen de fondo, se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme a los arts. 21.2 y 91.3 LPACAP. No obstante, aun fuera de plazo y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, la Administración debe resolver expresamente (arts. 21.1 y 6 LPACAP).

Constan las siguientes actuaciones:

- El 4 de febrero de 2019 se identifica el procedimiento y se insta a los interesados a que mejoren su reclamación, sin que se aporte nada al efecto, a pesar de haber sido notificados mediante Anuncio publicado en el BOC n.º 54, de 19 de marzo de 2019 y en el BOE n.º 70, de 22 de marzo de 2019, tras intentarse infructuosamente en dos ocasiones por correo postal.

- Por Resolución de 5 de febrero de 2019 del Director del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación de los interesados, de lo que reciben notificación por la vía antes citada.

- El 6 de febrero de 2019 se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), que, tras haber recabado la documentación oportuna, lo emite el 28 de mayo de 2019.

- El 14 de junio de 2019 se dicta acuerdo probatorio en el que se incorporan las pruebas aportadas por la Administración y se admiten las solicitadas por los interesados, y, siendo todas ellas documentales y estando incorporadas al expediente se declara concluso el periodo probatorio. De ello reciben notificación los reclamantes el 26 de octubre de 2019.

- Tras otorgarse a los interesados trámite de audiencia el 14 de junio de 2019, y serles notificado el 26 de octubre de 2019, no consta que se hayan presentado alegaciones.

- El 2 de octubre de 2019 se dicta Propuesta de Resolución desestimatoria de la pretensión de los interesados, y en igual sentido consta borrador de la Directora del Servicio Canario de la Salud, que ha sido informado favorablemente por el Servicio Jurídico el 5 de noviembre de 2019.

V

1. Como se ha indicado, la Propuesta de Resolución desestima, correctamente, la pretensión de los reclamantes con fundamento en los informes recabados en la tramitación del procedimiento y, en especial el del SIP.

2. Antes de entrar en el fondo del asunto es conveniente señalar los antecedentes que, según el citado informe, constan en la historia clínica de la paciente, en relación con la asistencia que nos ocupa. En aquél se hace constar:

- (...), de 77 años de edad, vivía sola y se encontraba en tratamiento con Bisoprolol 5 mg (betabloqueante para control de la frecuencia cardíaca e hipertensión).

- Con fecha de 21 de febrero de 2018 se extrae por indicación de su médico de Atención Primaria, analítica en la que el resultado (consulta de 6 de marzo de 2018) se califica de normal, salvo elevación de GGT-enzima relacionada con procesos hepato-biliares.

- El 25 de marzo de 2018 acude al Servicio de Urgencias del Hospital Dr. Negrín por presentar, desde hace 1 hora síntomas neurológicos consistentes en pérdida de fuerza del hemicuerpo derecho, somnolencia y desviación facial y se produce recuperación espontánea completa. En el momento del ingreso, se encuentra asintomática.

A la exploración presenta: Buen estado general, consciente y orientada, normocoloreada, Eupneica. Neurológicamente: Pupilas isocóricas y normoreactivas. Pares craneales normales. No asimetría facial. No disimetrías. No desviación de la mirada ni defecto campímetro. Motor y sensitivo normal sin déficits. Habla fluida sin elementos disártricos ni fásicos. Marcha estable sin aumento base sustentación. No ataxia de tronco.

Se practica TAC craneal que no objetivó infarto cerebral agudo. Es diagnosticada de Ataque Isquémico Transitorio (AIT), Episodio breve de déficit neurológico causado por isquemia cerebral focal, cuyos síntomas clínicos se resuelven típicamente en menos de una hora y sin infarto cerebral agudo.

En EKG se observa la existencia de Fibrilación Auricular -no conocida con anterioridad- (FA. arritmia) a 85 lat./min (sin bradicardia (< 50 lpm) o taquicardia (>120 lpm), de nuevo diagnóstico. No existen síntomas como: hipotensión, palpitaciones, disnea, ortopnea, dolor torácico, sincopes, astenia, etc.

Permanece asintomática y estable hemodinámicamente, sin clínica. Escala Rankin 0.

Asimismo, efectuada una valoración del riesgo de sufrir un ictus precoz tras haber tenido un AIT, mediante la escala ABCD2, la paciente presenta riesgo moderado de un 4%.

Tras su valoración, no presenta criterios de ingreso: no presenta déficit neurológico, ni inestabilidad hemodinámica, ni insuficiencia cardíaca, ni TEP (...) etc., siendo posible completarse el estudio y tratamiento de forma ambulatoria. Para ello se formula petición de consulta con el Servicio de Neurología (Neurovascular) y a Hematología (por criterios de anticoagulación).

- Se cursa alta hospitalaria con las siguientes indicaciones: acudir a su Médico de Atención Primaria para control analítico [electrolitos, función renal (...)] y valoración. Será avisada de Consultas Externas de Hematología para valoración de anticoagulación. Se explican normas evolutivas del proceso. Si nueva clínica

neurológica, acudir de nuevo. Valoración por cardiología para completar el diagnóstico y planificar estrategias de tratamiento a largo plazo.

- El 26 de marzo de 2017, antes del transcurso de 24 horas tras el AIT, alrededor de las 10:30 h, es encontrada por la familia en su domicilio con hemiplejía izquierda, motivo por el que es trasladada al Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín (HUGCDN) ingresando a las 11:07 horas.

Se incluye como ictus del despertar, es decir, ictus que ocurre durante el sueño y por lo tanto no se puede saber cuál ha sido su hora real de inicio. Según el listado de notas del Servicio de Urgencias del 26 de marzo de 2018, la paciente fue vista por última vez sobre las 22:30 h del 25 de marzo de 2018. Se objetiva déficit a las 10:30 h del 26 de marzo de 2018.

- Tras la práctica de las pruebas diagnósticas, el TAC-Angio craneal determina la existencia de trombo con oclusión carotídea derecha. Es derivada al Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil (CHUIMI) a fin de practicar trombectomía, al tratarse de ictus del despertar (Instrucción 19/2016 del Director del Servicio Canario de la Salud).

- Llega al CHUIMI a las 13:09 h del 26 de marzo de 2018. Es remitida al Servicio de Neurología. Se le realiza trombectomía con recanalización parcial de la ACM derecha y coroídea, con persistencia de la oclusión y sin mejoría clínica, siendo la evolución desfavorable.

- El 27 de marzo de 2018 en TAC craneal se objetivan signos de transformación hemorrágica, edema cerebral en hemisferio derecho.

- El 28 de marzo de 2018 en nuevo Tac persiste el agravamiento con ictus extenso, sangrado y mal pronóstico.

- Es exitus el 31 de marzo de 2018 alrededor de las 17:00 horas.

3. 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, el reciente Dictamen 407/2019, de 14 de noviembre), 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 administrativa, 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 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público).

4. Pues bien, consta en el expediente informe del SIP, del que, una vez analizada la historia clínica de la fallecida, y en virtud de los informes evacuados durante el presente procedimiento, en especial, el del Coordinador de Urgencias del HUGCDN, emitido el 7 de marzo de 2019, cabe realizar las siguientes consideraciones:

Por un lado, ha de decirse que, como se indicó en los antecedentes de la paciente, tras la visita realizada el 25 de marzo de 2018, se le realizaron todas las pruebas que estaban indicadas dada la sintomatología que la había llevado al centro hospitalario, a pesar, incluso, de que en el momento del ingreso se encontraba ya

asintomática, presentando, a la exploración: buen estado general, consciente y orientada, normocoloreada, Eupneica. Neurológicamente: Pupilas isocóricas y normoreactivas. Pares craneales normales. No asimetría facial. No disimetrías. No desviación de la mirada ni defecto campímetro. Motor y sensitivo normal sin déficits. Habla fluida sin elementos disártricos ni fásicos. Marcha estable sin aumento base sustentación. No ataxia de tronco.

A pesar de ello, como señalamos, se practica TAC craneal, que no objetivó infarto cerebral agudo, siendo diagnosticada de Ataque Isquémico Transitorio (AIT) lo que, como explica el SIP, consiste en un episodio breve de déficit neurológico causado por isquemia cerebral focal, cuyos síntomas clínicos se resuelven típicamente en menos de una hora y sin infarto cerebral agudo.

Asimismo, se realiza EKG, donde se observa la existencia de Fibrilación Auricular (FA) de nuevo diagnóstico, no conocida con anterioridad. No existen síntomas como: hipotensión, palpitaciones, disnea, ortopnea, dolor torácico, síncope, astenia, etc.

Permanece asintomática y estable hemodinámicamente, sin clínica. Escala Rankin 0.

En este punto, aclara el SIP que la escala Rankin es una escala que valora, de forma global, el grado de discapacidad física tras un ictus. Se divide en 6 niveles que van desde 0, sin síntomas, hasta 6, muerte. Según dicha escala, la paciente se encuentra en el nivel 0, esto es asintomática, sin discapacidad. Presenta una capacidad funcional normal y es independiente.

Igualmente, efectuada una valoración del riesgo de sufrir un ictus precoz tras haber tenido un AIT, mediante la escala ABCD2, la paciente presenta riesgo moderado de un 4%, explicando el SIP que la escala ABCD2 es el resultado de una puntuación clínica para determinar el riesgo de accidente cerebrovascular a corto plazo después de un accidente isquémico transitorio. Según dicha escala, de 0 a 3 puntos, se presenta un bajo riesgo de ictus a las 48 h (1%); de 4 a 5: riesgo moderado (4%); de 6 a 7: riesgo alto (8%).

Por todo ello, tras la valoración de la paciente, habiéndose realizado las pruebas indicadas y tras la exploración de la misma, se concluye que, objetivamente, no presenta criterios de ingreso, pues no presenta déficit neurológico, ni inestabilidad hemodinámica, ni insuficiencia cardíaca, ni TEP (...) etc., siendo posible completarse el estudio y tratamiento de forma ambulatoria.

A tal efecto se formula petición de consulta con el Servicio de Neurología (Neurovascular) y a Hematología (por criterios de anticoagulación).

Los reclamantes entienden que lo procedente era el ingreso de su madre, lo que ya se ha explicado que no estaba indicado, o, en todo caso, la instauración de tratamiento anticoagulante, lo que hubiera evitado el ictus cardioembólico que motivó su fallecimiento o producirse de forma más leve.

En cuanto a la instauración de tratamiento, explica el SIP, siguiendo asimismo el informe del Coordinador de Urgencias del HUGCDN, que incorpora estudios de manejo de la anticoagulación tanto en la FA como en otros procesos tromboembólicos, en lo que se trabaja conjuntamente con el Servicio de Hematología (Unidad de Hemostasia) lo siguiente:

La FA (fibrilación auricular) es la arritmia cardíaca más prevalente en la población general y su presencia aumenta el riesgo de que se produzcan fenómenos tromboembólicos.

Cierto es que el tratamiento anticoagulante disminuye ese riesgo, pero aumenta la posibilidad de fenómenos hemorrágicos, siendo la hemorragia intracraneal la complicación más temida.

Por otra parte, la FA es un factor de riesgo independiente para el desarrollo de ictus.

En el presente supuesto, existían criterios para indicar anticoagulación profiláctica, pero no en el momento de la asistencia el día 25 de marzo de 2018, como pretenden los reclamantes, por ello se solicitó consulta con el Servicio de Hematología a fin de valorar la terapia y dosificación más adecuada con anticoagulantes orales, pues es éste el Servicio que debe iniciar tal tratamiento.

Tal y como se explica por el SIP, las guías de práctica clínica para optimizar la terapia antitrombótica de los pacientes con FA recomiendan valorar no solo el riesgo trombótico, sino también el hemorrágico.

Así, con respecto a la escala CHAD2D - VASc, que, como ya se indicó, es una escala que evalúa el riesgo tromboembólico en pacientes con FA, encontrándose la paciente en el con CHA2DS2-VASc igual o superior a 2 (Riesgo moderado/alto), sí se recomienda la terapia anticoagulante oral para los pacientes con FA no valvular, que es nuestro caso.

Ahora bien, La Sociedad Europea de Cardiología ha publicado desde el año 2010 tres guías/actualizaciones sobre el manejo del paciente con FA, la última de ellas en el año 2016, sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular (desarrollada en colaboración con la EACTS European Association for Cardio-Thoracic Surgery y con la colaboración especial de la European Heart Rhythm Association (EHRA) de la ES, aprobada por la European Stroke Organisation (ESO)) expone entre numerosas circunstancias, que *«en la prevención secundaria del ictus se recomienda no anticoagular con heparina o HBPM para pacientes con FA inmediatamente después de un ACV isquémico, dado que no reducen el riesgo e incrementan el de hemorragia intracraneal»*.

Igualmente, esta guía en situaciones específicas recomienda que la anticoagulación oral se debe iniciar lo antes posible, así tras un AIT (que es lo que se diagnosticó a la paciente el día 25 de marzo de 2018) se debe iniciar la anticoagulación 1 día después del evento agudo. En un ictus con ligera afectación a los tres días del evento, en un ictus con afectación moderada a los 6 días del evento y tras un ictus severo a los 12 días del evento.

En el caso que nos ocupa, fue antes de transcurrir 24 horas tras el AIT, alrededor de las 10:30 h, cuando la paciente es encontrada por la familia en su domicilio con hemiplejía izquierda, siendo diagnosticada de «ictus del despertar», es decir, ictus que ocurre durante el sueño y por lo tanto no se puede saber cuál ha sido su hora real de inicio, pero, desde luego, antes de las 24 horas desde el debut del Ataque Isquémico Transitorio, pues, según el listado de notas del Servicio de Urgencias del 26 de marzo de 2018, la paciente fue vista por última vez sobre las 22:30 h del 25 de marzo de 2018. Se objetiva déficit a las 10:30 h del 26 de marzo de 2018.

Así, el ictus se produjo antes de ser recomendable iniciar la anticoagulación oral, e incluso antes de que, aun habiéndola instaurado el día anterior la medicación pudiera hacer su efecto.

Al respecto, también se informa por el SIP que:

«Los anticoagulantes orales indicados como primera elección AVK (Antagonistas de la Vitamina K) (acenocumarol/Sintrom-Warfarina/Aldocumar), continúan siendo la opción terapéutica recomendada en: Nuevos pacientes con FANV en los que esté indicada la anticoagulación. El tratamiento con AVK reduce en dos tercios el riesgo de ictus.

No obstante, el acenocumarol alcanza la concentración plasmática máxima entre 1-3 horas de su ingesta, con una vida media de 8-11 horas; sin embargo, su efecto anticoagulante no se obtiene hasta las 36-72 horas, ya que es necesario que se vayan consumiendo los

factores de coagulación (VII-6h, IX-24h, X-40h, II-60h). La warfarina alcanza la concentración plasmática máxima entre 1-9 horas de su ingesta, con una vida media de 31-48 h, aunque su efecto anticoagulante no se obtiene hasta las 48-120 horas».

Por todo ello la asistencia dispensada a la paciente fue conforme a la *lex artis* en todo momento.

En primer lugar, se realizaron a la paciente todas las pruebas y tratamientos indicados ante la sintomatología que la llevó a Urgencias el día 25 de marzo de 2018, incluso a pesar de estar asintomática en el ingreso.

En segundo lugar, dada su clínica, no estaba indicado su ingreso hospitalario en aquella fecha.

En tercer lugar, no estaba indicada la anticoagulación el día 25, sino con posterioridad, según las Guías médicas referidas por el SIP, pero, incluso habiéndose instaurado tal tratamiento aquel día, no se hubiera evitado por ello el fatal desenlace, pues la medicación no habría alcanzado aún el efecto terapéutico el día en el que la paciente sufrió el ictus, esto es, el día 26.

Finalmente, debe añadirse que, una vez sufrido y diagnosticado el ictus el día 26 de marzo de 2018, diagnosticado como «ictus del despertar», tras la práctica de las pruebas diagnósticas, el TAC-Angio craneal determina la existencia de trombo con oclusión carotidea derecha, por lo que es derivada al CHUIMI a fin de practicar trombectomía, al tratarse de ictus del despertar (Instrucción 19/2016 del Director del Servicio Canario de la Salud).

En este sentido, las técnicas neurointervencionistas endovasculares como la trombectomía mecánica, aplicadas hasta 24 horas después de sufrir un ictus pueden ser beneficiosas para los pacientes y aumentar en más del 60 por ciento las probabilidades de recuperación neurológica.

Así, se hizo, pues la paciente llega al CHUIMI a las 13:09 horas del 26 de marzo de 2018, siendo remitida al Servicio de Neurología donde le realiza trombectomía con recanalización parcial de la ACM derecha y coroidea.

Sin embargo, persiste la oclusión y no hay mejoría clínica, siendo desfavorable la evolución. Así, el 27 de marzo de 2018 en TAC craneal se objetivan signos de transformación hemorrágica, edema cerebral en hemisferio derecho; el 28 de marzo de 2018 en nuevo TAC persiste el agravamiento con ictus extenso, sangrado y mal

pronóstico, falleciendo la paciente el día 31 de marzo de 2018 alrededor de las 17:00 horas.

Por tanto, ha quedado probado por la Administración que la asistencia sanitaria prestada a la paciente fue acorde a la *lex artis* en todo momento, a pesar de lo cual, desgraciadamente, no pudo evitarse el fatal desenlace.

5. Por su parte, los interesados no han aportado prueba alguna que permita considerar que los servicios sanitarios hayan actuado en la asistencia sanitaria prestada de manera contraria a la *lex artis ad hoc*, pues, si bien hacen referencia al manejo de la anticoagulación en la FA de la Guía de Actuación de Urgencias del Hospital Doctor Negrín de 2007, como se ha señalado por el informe del Coordinador de Urgencias del referido Hospital, de 7 de marzo de 2019, tal guía ha quedado obsoleta y no está actualizada.

Sin embargo, la Administración ha probado cómo, el manejo de la anticoagulación en el caso de la paciente que nos ocupa, fue el adecuado al actual estado de la ciencia, como se argumentó en el apartado anterior de este Dictamen, así como lo fue el tratamiento tras sufrir el ictus el día 26 de marzo de 2018.

Por todo ello, no se ha demostrado la existencia de relación de causalidad entre el correcto funcionamiento del Servicio y el daño alegado por los interesados.

6. Este Consejo Consultivo de forma reiterada y constante ha mantenido acerca de la distribución de la carga de la prueba, que conforme a lo dispuesto en el art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, corresponde al demandante (aquí reclamante) la carga de probar la certeza de los hechos de los que ordinariamente se desprenda, según las normas jurídicas a ellos aplicables, el efecto jurídico correspondiente a las pretensiones de la demanda, y corresponde al demandado la carga de probar los hechos que, conforme a las normas que les sean aplicables, impidan, extingan o enerven la eficacia jurídica de los hechos alegados (por todos, DCCC 567/2018), siendo esta doctrina plenamente aplicable al asunto que nos ocupa.

7. Como hemos reiterado en múltiples ocasiones, sin la prueba de estos extremos de hecho, alegados por el interesado, 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. Los reclamantes no aportan informes médicos ni otras pruebas que corroboren su pretensión, mientras que del

examen de la historia clínica y los informes de los Servicios que han atendido a la paciente, así como del informe del SIP, se concluye la ausencia de vulneración de la *lex artis ad hoc*, por lo que debe desestimarse la pretensión resarcitoria de los interesados.

CONCLUSIÓN

La Propuesta Resolución es conforme a Derecho, debiendo desestimarse la pretensión de los reclamantes.