Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 7 de noviembre de 2023.

Dictamen solicitado por la Excma. Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), (...) y (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 422/2023 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. El presente Dictamen tiene por objeto examinar la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud (SCS), como consecuencia de la presentación de una reclamación en materia de responsabilidad patrimonial extracontractual derivada del funcionamiento del servicio público sanitario. La solicitud de dictamen, de 22 de septiembre de 2023, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo el 25 de septiembre de 2023.

2. La cuantía indemnizatoria solicitada, superior a 6.000 euros, determina que la solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC) en relación con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP). Está legitimada para solicitarlo la Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 de la citada LCCC.

3. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del SCS, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1, apartado n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias. No obstante, en virtud de la Resolución de 23 de diciembre de 2014 (BOC, n.º 4, de 8 de enero de 2015) de

[*] **Ponente: Sr. Suay Rincón.**

la Dirección del SCS, se delega en la Secretaría General del SCS la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el SCS. De esta manera, la resolución que ponga fin a este procedimiento debe ser propuesta por la Secretaría General del SCS, de conformidad con los arts. 10.3 y 16.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del SCS.

4. Se cumple el requisito de legitimación activa de los interesados, pues los daños sufridos por el presunto funcionamiento del servicio público sanitario se entienden irrogados en su esfera moral [art. 4.1.a) LPACAP], como consecuencia del fallecimiento de su pareja de hecho y madre, según se acredita mediante la aportación de la inscripción registral de pareja de hecho y el libro de familia, donde consta la relación de parentesco entre la fallecida y los reclamantes. Respecto de los daños patrimoniales que también se reclaman, habrían de acreditarse en el procedimiento.

En cuanto a la legitimación activa, resulta necesario traer a colación lo ya manifestado por este Consejo Consultivo, por ejemplo, en su Dictamen 66/2020, de 3 de marzo:

«4.1.1. Respecto a la posibilidad de reclamación por daños -patrimoniales y extrapatrimoniales- derivados del fallecimiento, se ha de indicar lo siguiente:

La doctrina y la jurisprudencia consideran de forma prácticamente unánime que la muerte en sí misma considerada no se indemniza (a quien la sufre), sino que lo que se indemniza es la pérdida neta que sufren aquellas personas que dependían económicamente de los ingresos de la víctima (daño patrimonial), así como el dolor, sufrimiento, aflicción, la pérdida de la compañía, de proyectos conjuntos, etc., que produce a los familiares y allegados la muerte de una familiar (daño no patrimonial).

El fallecimiento de una persona da lugar a daños patrimoniales y no patrimoniales, pero no los sufre el que muere, sino los familiares cercanos, de modo que la indemnización no la perciben iure hereditatis, sino iure proprio. Se trata de un criterio generalizado en el Derecho comparado europeo, en el que la privación de la vida, no se considera un daño a efectos de las normas que regulan la responsabilidad y no es indemnizable.

En nuestro ordenamiento jurídico, el criterio de que el perjudicado por la muerte no es quien muere, sino los parientes allegados, se recoge en el baremo previsto para las indemnizaciones que se deriven de accidentes de tráfico. En consecuencia, la privación de la vida no es indemnizable a quien fallece, y, por tanto, nada se puede transmitir a los herederos del que muere.

La jurisprudencia así lo viene señalando desde hace tiempo. En este sentido, las diversas Salas del Tribunal Supremo consideran hoy que están legitimadas para reclamar por la muerte de una persona quienes resulten personalmente perjudicados por ella, en cuanto dependían económicamente del fallecido o mantenían lazos afectivos con él, de modo que ejercen un derecho originario y no derivativo. La STS (Sala de lo Civil) de 1 de abril (RJ 2009/4131) señala lo siguiente: "es doctrina pacífica que el derecho a la indemnización por causa de muerte no es un derecho sucesorio, sino ejercitable ex iure proprio, al no poder sucederse en algo que no había ingresado en el patrimonio del de cuius, por lo que la legitimación no corresponde a los herederos en cuanto tales, sino a los perjudicados por el fallecimiento, pues sólo los vivos son capaces de adquirir derechos".

4.1.2. Dicho lo anterior, se ha de añadir que, como muy bien señala la sentencia de 2 de octubre de 2013, de la Sala de los Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Galicia (rec.780/2006), " (...) la temprana y didáctica Sentencia de la Sala Civil del Tribunal Supremo de 2 de febrero de 2006, estableció lo siguiente: Sin duda el derecho a indemnización originado en el perjuicio moral y material a terceros por consecuencia de la muerte, no surge como `iure hereditatis´, sino como un derecho originario y propio del perjudicado (SSTS de 4 de mayo de 1983 y 14 de diciembre de 1996), cualidad que puede o no coincidir con la de heredero, pero que en cualquier caso es distinta y con efectos jurídicos muy diferentes, siendo doctrina de esta Sala, como recuerda la sentencia de 18 de junio de 2003, que están legitimadas para reclamar indemnización por causa de muerte `iure propio´, las personas, herederos o no de la víctima, que han resultado personalmente perjudicadas por su muerte, en cuanto dependen económicamente del fallecido o mantienen lazos afectivos con él; negándose mayoritariamente que la pérdida en sí del bien `vida´ sea un daño sufrido por la víctima que haga nacer en su cabeza una pretensión resarcitoria transmisible `mortis causa´ a sus herederos y ejercitable por éstos en su condición de tales `iure hereditatis´" (...) ».

Así, pues, a la luz de la doctrina anteriormente expuesta, se entiende cumplido el requisito de legitimación activa de la pareja de hecho e hijas de la fallecida para reclamar por derecho propio la indemnización de los daños derivados del óbito de su pareja de hecho y madre, respectivamente. Legitimación activa que, por lo demás, no es puesta en entredicho por la propia Administración Pública sanitaria.

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

6. Se cumple el requisito de no extemporaneidad, ya que la acción se ha ejercitado por los interesados en el plazo de un año legalmente previsto en el art. 67

LPACAP, pues la reclamación se presentó el 15 de julio de 2022 respecto de un daño cuyo alcance quedó determinado a la fecha del fallecimiento de (...), el 18 de julio de 2021.

II

Los reclamantes instan la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, presuntamente, por el funcionamiento del SCS, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su madre y pareja de hecho, alegando en su escrito de reclamación, entre otros, los siguientes extremos:

-(...) contaba con los siguientes antecedentes: Familiares directos afectos de cardiopatía y muerte súbita. Exfumadora, Hipertensión arterial y dislipemia.

-En noviembre de 2016 presenta episodio de síncope, refiriendo presentar varios episodios anteriores, diagnostico: Bloqueo completo de la rama izquierda del has de Hiss (BRIHH). Se realiza electrocardiograma que muestra adecuada función ventrículo izquierdo normal (62%), con movimiento paradójico del sexto a causa de bloqueo.

-En marzo de 2017 acude a urgencias por episodio de mareos en contexto de aumento de tensión arterial.

-En octubre de 2017 se realiza TAC cardíaco: *« (...) Conclusión: No lesiones coronarias significativas. Enfermedad ateromatosa aislada que ocasiona irregularidad».*

-En febrero de 2019 presenta cuatro de episodios presincopales precedidos de sensación disneica, palidez cutánea y, posteriormente, mareos.

-En marzo de 2019 se describen cuatro episodios de presíncope con sensación disneica, mareos, palidez cutánea. El plan diagnóstico es citar en un año.

-En mayo de 2020 se describe caída de la función ventricular izquierda con mayor dilatación ventricular.

-En septiembre de 2020, a pesar de tener un aumento del diámetro del ventrículo izquierdo que se traduce en una mayor dilatación del mismo, se decide controlar la evolución pendiente de resonancia cardiaca. Se decide citar en seis meses y valorar inicio de betabloqueantes.

-En diciembre de 2020, se realiza resonancia magnética que muestra ventrículo izquierdo con mayor dilatación y empeoramiento de la función articular izquierda.

-El 21 de mayo de 2021 en visita en consulta privada de cardiología se ponen de manifiesto los hallazgos ya presentes en los estudios previos: «*paciente en seguimiento por Cardiología del Hospital Universitario de Ntra. Sra. de Candelaria con deterioro progresivo de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo en los dos últimos años*».

En la ecografía realizada en ese momento se pone de manifiesto: «*una válvula mitra/esclerosada pero competente*» no descrita en ecos previas, ni en la resonancia realizada, lo que indica que, existiendo una valvulopatía de reciente aparición, está indicado un seguimiento clínico más estricto de la paciente por el empeoramiento que esta situación conlleva.

-(...) fallece, a los cincuenta y cuatro años de edad, en su domicilio, de forma súbita, el 18 de julio de 2021.

Los interesados, por virtud de cuanto antecede, solicitan una indemnización por responsabilidad patrimonial del SCS, dado que alegan que desde el año 2019 no se le realiza nuevo estudio de registro cardíaco Holter a pesar de describirse la continuidad de síntomas presincopales, siendo recomendable repetir los mismos cada 1-2 años, sobre todo, en pacientes con deterioro de la FEVI.

Tampoco se realizó estudio electrofisiológico, recomendado en pacientes con síncope de causa desconocida y que presentan un deterioro de la fracción deyección del ventrículo izquierdo. Por lo tanto, no se realizaron lo estudios recomendados en las guías clínicas. En el supuesto de que estos estudios se hubieran realizado, la implantación de dispositivos terapéuticos indicados, podrían haber evitado la muerte.

Como consecuencia de ello, solicitan concretamente, en concepto de indemnización de daños y perjuicios, el abono de las siguientes cantidades:

-Para (...): 94.8819,28 € por perjuicio personal básico, más 412 € por perjuicio patrimonial básico «*que en su momento se determine en concepto de lucro cesante*».

-Para (...): 52.677,38 € por perjuicio personal básico, más un 25% de perjuicio personal particular, más 412 € por perjuicio patrimonial básico «*que en su momento se determine en concepto de lucro cesante*».

-Para (...): 84.283,80 € por perjuicio personal básico, más un 50% de perjuicio personal particular, más 412 € por perjuicio patrimonial básico «*que en su momento se determine en concepto de lucro cesante*».

A dichas cantidades se añaden los intereses que correspondan, actualizaciones y gastos procedentes.

Se aporta con la reclamación informe médico pericial realizado por el Dr. (...), emitido el 13 de julio de 2022.

III

1. En cuanto a la tramitación del procedimiento, si bien no se ha incurrido en irregularidades formales que obsten a un dictamen de fondo, se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver. 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 (art. 21.1 y 6 LPACAP).

2. Constan, por otro lado, practicadas en este procedimiento las siguientes actuaciones:

- Tras la presentación de escrito de reclamación el 15 de julio de 2022, los interesados aportan nueva documentación en fechas 18 de julio de 2022, 19 de julio de 2022 y 25 de septiembre de 2023.

- El 26 de julio de 2022 se identifica el procedimiento y se insta a los interesados a subsanar su reclamación, de lo que reciben aquéllos notificación el 1 de agosto de 2022, viniendo a aportar lo requerido el 3 de agosto de 2022.

- Por Resolución de 26 de julio de 2022, del Director del SCS, se admite a trámite la reclamación presentada, de lo que reciben notificación los interesados el 5 de agosto de 2022.

- El 26 de julio de 2022 se solicita informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), lo que se reitera el 9 de febrero de 2023 y el 19 de abril de 2023, ante la presentación de sendos escritos de los interesados solicitando el impulso del procedimiento. Se reitera de nuevo la emisión del informe del SIP el 9 de junio de 2023, esta última vez, tras haberse presentado por los reclamantes, queja ante el Diputado del Común. En esta ocasión, el SIP responde al Servicio de Normativa y Estudios, mediante oficio de 13 de junio de 2023, señalando la dificultad para emitir el informe, dada la falta de recursos para acelerar el procedimiento. No obstante, se incorpora al expediente informe del Servicio de Cardiología del Hospital Universitario Ntra. Sra. de La Candelaria (HUNSC), de 17 de agosto de 2022, en relación con la asistencia prestada a (...), así como la historia clínica de ésta obrante el HUNSC y en Atención Primaria.

- El 15 de junio de 2023 se dicta acuerdo sobre probatorio en el que se declara la pertinencia de las pruebas propuestas por los interesados y se incorpora como prueba documental los informes y documentación clínica recabados por la Administración, acordando la conclusión de este trámite dado que todas las pruebas, siendo documentales, constan ya incorporadas al expediente. De ello reciben notificación los interesados el 27 de junio de 2023.

- El 15 de junio de 2023 se acuerda la apertura del trámite de vista y audiencia, de lo que son notificados los reclamantes el 27 de junio de 2023, que comparecen en las dependencias de la Secretaría del SCS el 29 de junio de 2023 a fin de recabar copia del expediente, que se les entrega en el mismo acto. El 10 de julio de 2023 presentan escrito de alegaciones.

- Aquellas alegaciones son remitidas al SIP, solicitando informe sobre ellas el 18 de agosto de 2023, que se emite el 17 de agosto de 2023, tras haber recabado la siguiente documentación: historia clínica de (...) relativa a la asistencia sanitaria recibida en el ámbito del HUNSC, informe del Servicio de Cardiología del citado hospital, emitido el 17 de agosto de 2022; e historia clínica de Atención Primaria de la paciente. Ha de señalarse que se solicitó informe complementario del Servicio de Cardiología del HUNSC. No obstante, este último informe no se emitió hasta el 7 de septiembre de 2023.

- El 21 de agosto de 2023 se acuerda nuevamente la apertura de trámite de vista y audiencia, de lo que son notificados los reclamantes el 8 de septiembre de 2023, si bien, se confiere nuevamente tal trámite el 8 de septiembre de 2023, tras la emisión del informe del Servicio de Cardiología del HUNSC. De ello reciben notificación el 13 de septiembre de 2023, presentando escrito de alegaciones el 21 de septiembre de 2023.

- El 22 de septiembre de 2023 se formula Propuesta de Resolución desestimatoria de la pretensión de los interesados, que es remitida a este Consejo Consultivo para ser sometida al preceptivo dictamen.

IV

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

2. Importa ante todo dejar consignados los antecedentes que, según el informe del SIP, de 17 de agosto de 2023, constan en la historia clínica de la paciente, en relación con la asistencia que nos ocupa. En aquél se hace constar:

«1.- Hipercolesterolemia. Tabaquismo. Hipertensión arterial en tratamiento farmacológico (al menos desde mayo de 2007).

En su Centro de Salud seguimiento de cifras de TA y realización de ECG.

Ecocardiografía normal en el año 2009. FE normal. VI no dilatado ni hipertrófico, FE normal. Flujo en Ao descendente normal.

Entre los antecedentes familiares infarto agudo de miocardio consta en Historia de Salud de AP. En marzo de 2019 se expone antecedentes familiares de cic (cardiopatía isquémica crónica); en mayo de 2019 se expresa no antecedentes familiares de MS, padre fallecido por IM a los 40 años. A partir de mayo de 2020 consta antecedentes familiares de cic.

En informe del Servicio de Cardiología de fecha 4 de octubre de 2021 se desglosa estos antecedentes familiares de cic: Padre con muerte súbita con 40 años probablemente isquémica. Hermana con muerte súbita de etiología no aclarada. Hermana con cardiopatía isquémica (revascularización percutánea con implantación de stent coronario).

2.- El 3 de noviembre de 2016 aporta a su Médico de Familia informe relativo a la atención recibida en el Servicio de Urgencias de (…), centro al que había acudido por mareos, sensación de pérdida de consciencia y malestar. Refiere haber tenido varios episodios anteriores con la hipertensión.

En ecocardiograma TT: FE 62%, pericardio normal, ventrículo izquierdo no dilatado, movimiento paradójico del septo a causa del bcrihh, VD de tamaño y FGS (función global sistólica) conservada. Al normal, válvula mitral normal, válvula aórtica normal.

Diagnóstico: BCRIHH (bloqueo completo rama izquierda haz de Hiss).

Asintomática en la fecha de consulta a su Médico. Se deriva al Servicio de Cardiología.

3.- En la valoración en el Servicio de Cardiología del Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria (HUNSC), el 25 de noviembre de 2016, se describe los episodios que motivaron la consulta, episodios aislados de malestar general y mareo intenso sin pérdida de conocimiento (no síncope) perfil hipotensor/vasovagal, y bloqueo completo de rama izquierda del haz de Hiss en ECG. Asintomática posteriormente. No dolor torácico.

Se añade ausencia de patología cardíaca estructural con buena función sistólica ventricular izquierda en en estudio ecocardiográfico. Buena clase funcional (clase funcional 1 de NYHA). Nunca palpitaciones.

Se solicita estudio del ritmo cardíaco (Holter-ECG) para descartar arritmias.

4.- El 20 de marzo de 2017 acude a su Médico de Familia por crisis hipertensiva (TA 150/107 mmHg). Refiere mareos, sensación de ahogo con saturación de O2 99%, no dolor precordial ni síntomas vegetativos.

Auscultación cardíaca rítmica, sin soplos. ECG: RS, FC: 70 lpm, EJE 0 º, BCRIHH ya conocido.

5.- El estudio Holter realizado en el año 2017 se informa ritmo sinusal y sólo extrasistolia ocasional en ausencia de formas complejas, no pausas ni bloqueos de alto grado.

6.- En control por el Servicio de Cardiología en julio de 2017 se describe asintomática sin nuevos episodios de mareo.

Se solicitó TAC-Coronarias para descartar patología isquémica dado los antecedentes de la paciente (HTA, fumadora, dislipemia, BCRIHH, antecedentes familiares de cardiopatía isquémica temprana).

7.- TC-Cardiaco realizado el 3 de octubre de 2017: No lesiones coronarias significativas. Enfermedad ateromatosa aislada que ocasiona irregularidad

En nuevo Ecocardiograma (2017): Ventrículo izquierdo con diámetros normales, asincronía de la contracción, masa miocárdica aumentada y función sistólica global en límites bajos de la normalidad. FE: 52 %. Dilatación ligera de aurícula izquierda. Cavidades derechas de tamaño y contractilidad normales. Válvulas cardiacas normales. Insuficiencia mitral ligera.

8.- El 28 de febrero de 2019 se recoge en consulta con su Médico de Familia 4 episodios de mareo (en dos semanas) sin llegar a perder el conocimiento, presíncope, se precede de sensación de quedarse sin aire y luego se marea (uno de ellos le dio conduciendo, otro en el trabajo) con palidez cutánea y sin sudoración. No dolor precordial. TA 130/80 mmHg.

ECG sin cambios (BCRIHI).

Se realiza interconsulta a Cardiología.

9.- En revisión por el Servicio de Cardiología el 14 de marzo de 2019 se describe dos episodios en ese mes de síncope asociado a calor y estrés, recuperación lenta: una vez en el trabajo y la segunda conduciendo y asociado a falta de aire. No palpitaciones. Clase funcional normal: Actividad física habitual sin limitaciones.

En la exploración física: TA 129/96 mmHg. FC 72 lpm. Ausencia de signos de insuficiencia cardiaca. No soplos.

En ECG: persiste BCRIHH.280

En ecocardiograma de marzo de 2019: Ventrículo izquierdo con diámetros en límites altos de la normalidad, asincronía de la contracción, masa miocárdica aumentada y función

sistólica global dentro de la normalidad en límites bajos de la normalidad. FE: 50 %. Dilatación ligera de aurícula izquierda. Cavidades derechas de tamaño y contractilidad normales. Válvulas cardiacas normales. Insuficiencia mitral ligera.

Diagnósticos: Presíncopes de perfil hipotensor. Bloqueo completo de la rama izquierda del haz de Hiss. Función sistólica ventricular izquierda en límites bajos de la normalidad. Ausencia de enfermedad arterial coronaria significativa. Hipertensión arterial. Hipercolesterolemia.

Se solicita nuevo Holter-ECG (estudio del ritmo cardiaco) y se indica controles de la TA.

10.- El Holter fue realizado el 3 de abril de 2019 y valorado en consulta telefónica en mayo de 2019. En dicha consulta se manifiesta que no ha presentado nuevos episodios de mareo.

En el Holter no arritmias, escasa extrasistolia ventricular aislada (0,3% del total de latidos) sin formas complejas.

11.- En consulta del Servicio de Cardiología de 24 de mayo de 2019:

ECG: RS 72 lpm BCRIHH.

Holter: FC media 78 lpm en ritmo sinusal, no pausas ni arritmias sostenidas.

Diagnóstico de Sospecha: Presíncopes de perfil hipotensor. Bloqueo completo de la rama izquierda del haz de His. Función sistólica ventricular izquierda en límites bajos de la normalidad. Ausencia de enfermedad arterial coronaria significativa. Hipertensión arterial. Hipercolesterolemia.

12.- En control en Cardiología el 14 de mayo de 2020:

Clase funcional I NYHAN. No ha tenido nuevos episodios de síncopes/presíncopes desde hace un año.

En Ecocardiograma (marzo-2020): Ventrículo izquierdo con diámetros en límites altos de la normalidad (DTDVI: 54 mm), morfología esferoidal y masa miocárdica aumentada. Clara asincronía de la contracción, hipocinesia difusa más marcada a nivel septal e inferior y función sistólica ligeramente deprimida. FE: 43 %. Dilatación ligera de aurícula izquierda. Cavidades derechas de tamaño y contractilidad normales. válvulas cardiacas normales. Insuficiencia mitral ligera.

Se constata por ecografía caída de la función sistólica del VI respecto a estudio previo.

En base a esta modificación se solicita RM-Cardiaca para valoración de la función cardiaca y descartar otras posibles causas de miocardiopatía no isquémica con la finalidad de ampliar el estudio etiológico del cuadro (informe): Dado que ha caído la función sistólica VI, se optimiza tratamiento y solicita RM-Cardiaca.

Se solicita también Rx de Tórax y analítica. Se asocia a tratamiento previo de la HTA (Openvas 40 -Olmesartán- 1 comprimido en desayuno) Aldactone 25 mg. 1 comprimido en el almuerzo. Se cita en 3 meses.

13. -En control en consulta de Cardiología el 17 de septiembre de 2020: Se mantiene asintomática. Estable y sin nuevos presíncopes. Buena capacidad funcional.

En Ecocardiograma (septiembre-2020): Ventrículo izquierdo con diámetros en límites altos de la normalidad (DTDVI: 56 mm), morfología esferoidal y masa miocárdica aumentada. Marcada asincronía de la contracción, hipocinesia difusa más marcada a nivel septal e inferior y función sistólica ligeramente deprimida. FE: 43 %. Dilatación ligera de aurícula izquierda. Cavidades derechas de tamaño y contractilidad normales. Válvulas cardiacas normales. Insuficiencia mitral ligera.

Pendiente de RM Cardiaca. Cita en 6 meses y valorar inicio de betabloqueante.

14.- El 23 de diciembre de 2020 se realiza RM-Cardiaca solicitada bajo el motivo de BCRIHH, deterioro FEVI.

Diagnóstico: Ventrículo izquierdo dilatado no hipertrófico. Marcada asincronía septal con hipocinesia severa de todos los segmentos séptales e inferiores. Función sistólica moderadamente-severamente deprimida (FEVI 34%). Aurículas no dilatadas. Válvulas morfológica y funcionalmente normales. No se observan anomalías pericárdicas. Aorta torácica de tamaño normal.

En las secuencias de realce tardío no se identifican áreas de captación patológica en el miocardio de ambos ventrículos. En la valoración de los planos adquiridos en distintas secuencias, no se observan anomalías extracardiacas.

Conclusión: VI dilatado con disfunción moderada-severa de VI (FEVI 34%), con marcada asincronía. Ausencia de realce tardío de gadolinio.

15.- En cita en la consulta de Cardiología el 22 de febrero de 2021: Estable. Buena CF. Vida activa, sin disnea. No dolor torácico.

Se valora el resultado de la RMC. FEVI 34% por asincronía: VI dilatado con disfunción sistólica moderada-severa (FEVI 34%) y presencia de marcada asincronía de la contracción; se descarta fibrosis miocárdica; cavidades derechas normales.

Se añade tratamiento betabloqueante a su pauta habitual ya que ha demostrado beneficio pronóstico en este tipo de patología.

Plan: Bisoprolol 2,5 mg: ½ comprimido en el desayuno. Revisión en 3 meses.

16.- En control por el Servicio de Cardiología el 20 de mayo de 2021: Estable, asintomática, sin palpitaciones y sin nuevos episodios de mareos/presíncope ni otra clínica desde marzo de 2019. RM con disfunción moderada-severa (FEVI: 34%) de nueva aparición por

lo que se añade al tratamiento Sacubitrilo-Valsartán, (NYHA II-IV) con fracción de eyección (FE) reducida (≤ 40%), inicialmente a dosis baja para valorar tolerancia, teniendo en cuenta los episodios previos de tipo hipotensor, y se suspende Openvas 40.

Se solicita cita en un mes con analítica de control y registros de la TA para intentar aumentar la dosis de la nueva medicación.

ECG (mayo-2021): RS a 76 lpm. PR normal. BCRIHH

Ecocardiograma (mayo-2021): Ventrículo izquierdo con diámetros en límites altos de la normalidad (DTDVI: 56/57 mm), morfología esferoidal y masa miocárdica aumentada. Marcada asincronía de la contracción, hipocinesia difusa más marcada a nivel septal e inferior y función sistólica ligeramente deprimida. FE: 42 %. Dilatación ligera de aurícula izquierda. Cavidades derechas de tamaño y contractilidad normales. Válvulas cardiacas normales. Insuficiencia mitral ligera. IT trivial con PAP de 37 mmHg. IMi trivial.

17.- En consulta de Cardiología el 22 de junio de 2021: Estable, clase funcional I, vida normal, va a pilates. TA controlada, no más síncopes. Por error ese ha estado tomando los dos medios comprimidos de sac/vals por la mañana y no la dosis de la noche. Problemas de abastecimiento con Aldactone.

Crea 0,86, Na 141, K 5,04

ECG Rs a 73 lpm, BCRIHH QRS 150 ms, EV aislada.

ETT similar a las previas.

Se aumenta la dosis de Sacubitrilo-Valsartán 24/26 mg: 1 comprimido cada 12 horas. Cambiar Aldactone por Esplerenona 25 mg.

Cita en un mes con resultado de bioquímica y TA domiciliaria.

18.- El 18 de julio de 2021 acude el Médico del Servicio de Urgencias del Centro de Salud a PCR. "El familiar refiere que la encontró al levantarse con frialdad distal y no respondía la llamada. Refiere que el día de ayer estaba asintomática, pero la paciente presentaba antecedentes de cardiopatía, estudio por privada, diagnóstico de VI dilatado con disfunción severa con FEV1 34, bloqueo completo de rama izquierdo, con miocardiopatía dilatada."

19.- La hija de la paciente comunica al Servicio de Cardiología el fallecimiento de su madre en casa de forma inesperada.

Se cita a los familiares para inicio de estudio familiar ante la posibilidad de cardiopatía familiar.

En nota de 22 de julio de 2021, Diagnóstico de Sospecha: Exitus. Miocardiopatía con disfunción VI moderada severa. BCRIHH. Coronarias normales en 2017. Antecedentes de síncopes vasovagales.

En informe de 21 de septiembre de 2021 consta:

Antecedentes familiares: NO AF de MS. Padre fallecido por IAM a los 40 años. Antecedentes familiares de cardiopatía isquémica precoz: Sí».

3. A los efectos de analizar la adecuación a Derecho de la Propuesta de Resolución, tal y como la doctrina de este Consejo Consultivo ha venido manteniendo de manera reiterada y constante (por todos, el Dictamen 407/2019, de 14 de noviembre), procede tener en cuenta que a la Administración no le es exigible más que la aplicación de las técnicas sanitarias, diagnósticas y terapéuticas, 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 LRJSP).

4. Partiendo de lo señalado, hemos de analizar por tanto, si en el presente caso se actuó conforme a la *lex artis*, poniendo a disposición de la paciente todos los medios diagnósticos y terapéuticos precisos según el alcance de la ciencia médica en el momento de los hechos.

En su reclamación, los interesados atribuyen la muerte a una asistencia sanitaria inadecuada, pues, por un lado, alegan que desde el año 2019 no se le realiza nuevo estudio de registro cardíaco Holter a pesar de describirse la continuidad de síntomas presincopales, siendo recomendable repetir los mismos cada 1-2 años, sobre todo, en pacientes con deterioro de la FEVI.

Además, señalan que tampoco se realizó estudio electrofisiológico, recomendado en pacientes con síncope de causa desconocida y que presentan un deterioro de la fracción deyección del ventrículo izquierdo.

Por lo tanto, no se realizaron lo estudios recomendados en las guías clínicas. En el supuesto de que estos estudios se hubieran realizado, la implantación de dispositivos terapéuticos indicados, podrían haber evitado la muerte.

En estos argumentos se reiteran los reclamantes en sus alegaciones de 10 de julio de 2023 y 21 de septiembre de 2023. En tales escritos se señala lo siguiente:

- Se insiste en que, tal y como indica el informe pericial aportado con la reclamación, tanto las guías europeas como las americanas, aconsejan la realización de holter cada 1 o 2 años en pacientes con síncopes de causa desconocida y antecedentes de muerte súbita. También existe recomendación de estudios electrofisiológicos en pacientes con síncope de causa desconocida con función deteriorada del VI. Incluso en pacientes asintomáticos, si presentan riesgo de muerte súbita.

En este punto, y dado que el informe de cardiología alude a que la paciente no presentó síncopes, esto es, pérdida de conocimiento, sino presíncopes, en las alegaciones realizadas el 21 de septiembre de 2023 se señala por los reclamantes:

«Basa el doctor (...) este nuevo informe en que en la historia clínica de la señora (...) no presentase síncopes, lo cual es erróneo, siendo fácilmente verificable de síncopes (no sólo presíncopes) acudiendo a la propia historia clínica (documento 14.2 del expediente), por la que se advera que la paciente presentaba síncopes en noviembre de 2016, el 28 de febrero

de 2019, marzo de 2019, estando en seguimiento por el servicio de cardiología precisamente por síncopes (...) y bloqueo de rama izquierda.

A ello hay que añadir los numerosos episodios de presíncopes que el informe parece tener en poca consideración, pero que dada su reiteración deben ser correctamente valorados.

Carece por tanto de validez el informe cuando indica que no es posible hablar de las guías europeas de síncope, así como las consideraciones del informe que se basan en que este síntoma no aparece en la historia clínica; lo que, dada la existencia de dichas referencias en la historia clínica, no hace más que reforzar nuestro convencimiento de la vulneración de la lex artis».

- La paciente, tomando la FEVI menor de 35% (5 puntos). El bloqueo de la rama izquierda (7 puntos) y la presencia de taquicardia ventricular no sostenida o complejos ventriculares prematuros (7 puntos). En total suman 20 puntos, que suponen un 40 % de probabilidad de muerte (Según las Tablas de factores que empeoran la supervivencia descrita por Bayés Luna 2012).

- El desfibrilador ayuda a aumentar la supervivencia en este tipo de pacientes. Al menos desde diciembre de 2020, la función sistólica fue moderada- severamente deprimida (FEVI 34%), estando desde entonces indicado el desfibrilador automático implantable.

- Finalmente, en sus alegaciones de 21 de septiembre de 2023, y dado que el informe del Servicio de Cardiología alude a la ausencia de autopsia para determinar la exacta causa de la muerte de la paciente, los reclamantes hacen referencia a que precisamente este extremo fue objeto de denuncia por la familia ante la Administración, en la reclamación presentada ante el Gerente de Atención Primaria del Área de Salud de Tenerife, en el expediente 38/11/R/2021/2043), *«sin que pueda decirse que hubo una determinación conjunta de "no judicializar la muerte" y explicar el cambio de situación al marido (que no era marido sino pareja de hecho) sin que conste constancia escrita de que se le informase, ni existe firma del mismo por el que renunciase a la práctica de la autopsia».*

No obstante, este asunto no es objeto del presente procedimiento, por lo que deberá resolverse dentro del procedimiento administrativo en el que se encuadra.

5. En punto a valorar los argumentos esgrimidos por los reclamantes, ha de señalarse a la luz de lo expuesto como punto de partida, respecto del síntoma de síncope, que, si bien es cierto que hay constancia en la historia clínica de la paciente

de un episodio de «*mareo con sensación de pérdida de consciencia*», que no de pérdida de conocimiento, sino de tal sensación, el 3 de noviembre de 2016, en consulta de su médico de familia, no es hasta el 14 de marzo de 2019 cuando se producen dos episodios de síncope, ambos en este mes, tal y como consta en los antecedentes señalados en informe del SIP.

En todo caso, el 25 de noviembre de 2017 se realizó estudio del ritmo cardiaco (Holter-ECG), que es informado de ritmo sinusal y solo extrasistolia ocasional por ausencia de formas complejas, no pausas ni bloqueos de alto grado. Y, nuevamente, el 14 de marzo de 2019, se solicita nuevo Holter, que se realizó el 3 de abril de 2019, resultando del mismo no arritmias, escasa extrasistolia ventricular aislada (0,3% del total de latidos) sin formas complejas.

A lo largo de la historia clínica no vuelve a existir ninguna otra referencia a síncopes, por lo que las conclusiones el Servicio de Cardiología resultan correctas, por sustentarse en el caso de paciente sin síncopes, dado que los únicos existentes fueron aislados y, en todo caso, debidamente tenidos en cuenta con la adecuada asistencia médica.

De los dos Holter que constan realizados, y sin perjuicio de las consideraciones respecto de esta prueba que realizan el informe del SIP y los informes del Servicio de Cardiología del HUNSC, lo cierto es que se realizaron en noviembre de 2017 y abril 2019, falleciendo la paciente en julio de 2021, por lo que, en todo caso, y aun descartando, como veremos, que esta prueba deba realizarse en el caso de la paciente (asintomática) con la periodicidad aludida por los reclamante, lo cierto es que, *de facto*, se realizaron cada dos años.

6. Sentadas estas premisas, entraremos a argumentar, tal y como, adecuadamente, se realiza en la Propuesta de Resolución, que la asistencia sanitaria fue conforme a la *lex artis* en todo momento, en atención no solo a la sintomatología de la paciente, sino también de sus propios antecedentes de salud y de los antecedentes familiares, que, a pesar de las consideraciones que señalan los reclamantes en sus alegaciones finales, fueron tenidos en cuenta, indicándose por ello TAC de coronarias, que se realizó el 3 de octubre de 2017, en el que se descartó patología coronaria.

1) En relación con que a la paciente desde el año 2019 no se le realiza nuevo estudio de registro cardíaco Holter a pesar de describirse la continuidad de síntomas presincopales, siendo recomendable repetir los mismos cada 1-2 años, sobre todo, en

pacientes con deterioro de la FEVI, señala el informe del Servicio de Cardiología de 17 de agosto de 2022 y reitera el de 30 de agosto de 2023:

A la paciente se le ha realizado registro holter de electro cada vez que lo ha precisado. La última vez que refirió mareos (presíncopes) fue en 2019 y en ese momento se le realizó nuevo registro holter que no mostró datos relevantes como en las anteriores ocasiones.

A ello añade que, en contra de lo señalado en el informe pericial, no realizado por especialista en cardiología, no está indicado hacer holter periódicos a pacientes asintomáticos con miocardiopatía y disfunción sistólica ligera como tenía en 2019 la paciente. Tampoco a pacientes con mayor deterioro de la función sistólica ya estudiados previamente sin síntomas que sugieran causa arrítmica.

2) Se argumenta también en la reclamación que tampoco se realizó estudio electrofisiológico, recomendado en pacientes con síncope de causa desconocida y que presentan un deterioro de la fracción deyección del ventrículo izquierdo.

En este punto, amén de indicar el Servicio de Cardiología que la paciente no presentaba síncopes (ya hemos aclarado que solo constan dos episodios en marzo de 2019 tras los que se realizaron las pruebas pertinentes, estando la paciente en clase funcional normal, esto es, sin síntomas de disnea ni disfunción ventricular, ni otra patología coronaria, hasta febrero de 2021), señala que el estudio electrofisiológico es una prueba invasiva con algunos riesgos y escasa rentabilidad en pacientes no seleccionados. Estaría claramente indicada si tuviese una miocardiopatía de causa isquémica (infarto de miocardio previo) o presencia de cicatriz en la resonancia cardiaca. No era el caso de la paciente que nos ocupa.

3) Finalmente, alegan los reclamantes que se debió instaurar desfibrilador, pues se argumenta que ayuda a aumentar la supervivencia en este tipo de pacientes. Al menos desde diciembre de 2020, la función sistólica fue moderada-severamente deprimida (FEVI 34%), estando desde entonces indicado el desfibrilador automático implantable.

Respecto de este extremo, el Servicio de Cardiología del HUNSC puntualiza:

«El desfibrilador es un dispositivo no exento de complicaciones y cuando nos planteamos su implantación debemos siempre valorar riesgos y beneficios de esta terapia. Está claro su indicación en pacientes con miocardiopatía dilatada con disfunción ventricular izquierda de causa isquémica en clase funcional II o más. (...) tenía desde febrero de 2021 (no antes) una

miocardiopatíaia dilatada con disfunción moderada-severa (FE 34%) de causa no isquémica y además en clase funcional I. En estos pacientes la utilidad del desfibrilador no está clara y en estos casos se mira si existen otras circunstancias que apoyen su implantación por conferir más riesgo de muerte súbita como es la presencia de cicatrices o realce en la resonancia y esta no mostraba esos datos (Referencia 2).

Por eso se optó ella, que estaba asintomática, con disfunción moderada-severa de VI (FE 34%) sin áreas de cicatriz o realce en la resonancia por pautar tratamiento farmacológico y si no mejoraba la función sistólica plantear marcapasos o desfibrilador resincronizador. Su función sistólica mejoró quedando en disfunción ligera.

No es verdad que una paciente con disfunción ventricular moderada severa no pueda estar asintomática como se cuestiona en el texto ni que teniendo extrasístoles en el holter debía tener palpitaciones».

Además, en su informe de 30 de agosto de 2023, el Servicio de Cardiología añade:

«Sobre la implantación de un desfibrilador o marcapasos, es crucial enfatizar es recomendable únicamente cuando el paciente con disfunción ventricular severa no muestra una respuesta positiva al tratamiento. En el caso de esta paciente, había mostrado una mejoría evidente en la FEVI, por lo que estaba contraindicado. Tampoco cumplía ninguno de los criterios indicados por las guías, ni presentaba deterioro de su clase funcional, ni una fracción de eyección menor a igual a 35%».

En el caso de (…), explica el SIP, en relación con su seguimiento, y así lo recoge la Propuesta de Resolución:

«1.- Inicialmente se descartó mediante ecocardiografía patología cardiaca estructural, con buena función sistólica ventricular izquierda, FE en ese momento 62%, con disfunción ventricular. Buena clase funcional (I de NYHAN), por tanto, sin síntomas de disnea. No refería palpitaciones.

Dentro de la clasificación de insuficiencia cardíaca de la New York Heart Association (NYHA) en la que encontramos cuatro clases, la paciente se encontraba en la I definida como "Actividad física ordinaria que no causa fatiga exagerada, disnea ni palpitaciones", sin ninguna limitación.

En relación a la FE (fracción de eyección) se encontraba en límites normales.

En la primera consulta con el Servicio de Cardiología también se solicitó, a fin de descartar arritmias, estudio Holter-ECG. El estudio Holter realizado en el año 2017 informa de ritmo sinusal y solo extrasistolia ocasional en ausencia de formas complejas, no pausas ni bloqueos de alto grado. Por tanto, sin taquicardia ventricular ni bloqueo auriculo-ventricular.

Dado los antecedentes de la paciente personales (HTA, fumadora, dislipemia, BCRIHH) y lesiones coronarias significativas. Por tanto, se descartó que su patología tuviera origen isquémico.

Como informa, el Servicio de Cardiología, la clínica mostrada por la paciente durante su seguimiento fue presíncopes que por el interrogatorio parecían deberse a hipotensión no a una causa arrítmica, también descartada por TAC en el 2017.

2.- No presentó nuevos episodios de mareo hasta febrero de 2019. En estos episodios (4) no llega a perder el conocimiento y no se acompañan de dolor precordial, además los asocia a circunstancias de calor y estrés. No palpitaciones. Ausencia de signos de insuficiencia cardíaca persistiendo en situación funcional I de NYHAN. No cambios en el electrocardiograma solo objetivado el conocido BCRIHH.

Se indica un nuevo Holter que descarta arritmias solo extrasistolia ventricular aislada (0,3%) del total de los latidos sin formas complejas.

Hasta ese momento, no se objetiva patología coronaria ni arritmias.

3.- Se objetiva en el ecocardiograma de marzo de 2019 ventrículo izquierdo con diámetros en límites altos de la normalidad, asincronia de la contracción, masa miocárdica aumentada y función sistólica global dentro de la normalidad en límites bajos de la normalidad. FE: 50 % (IC con FE preservada cuando FE ≥ 50%). Dilatación ligera de aurícula izquierda. Cavidades derechas de tamaño y contractilidad normales. Válvulas cardíacas normales. Insuficiencia mitral ligera, manteniendo la clase funcional I, miocardiopatía dilatada sin presentación de nuevos presincopes desde febrero de 2019.

4.- En marzo del año 2020 se constata una caída de la función sistólica del VI, disfunción sistólica ligera, con marcada asincronía de la contracción, FE 43%, manteniéndose la descripción, respecto a la prueba en el año 2019, de la estructura cardíaca. Esta variación en la función sistólica del VI, llevo a la solicitud de RM cardiaca que permitiese valorar la función cardiaca y descartar otras posibles causas de miocardiopatías no isquémicas. Al tiempo, se modificó el tratamiento, hasta ese momento Openvas (olmesartan medoxomilo, antagonistas de los receptores de la angiotensina II) para el control de la TA, anadiendose Aldactone (espironolactona).

En nuevo ecocardiograma de septiembre 2020, se mantuvo FE 43%. Pendiente del resultado de la RM indicada que en función de la misma se consideraría valorar betabloqueantes.

Realizada RM en diciembre de 2020, valorada en febrero de 2021, se describe VI dilatado con disfunción moderada-severa de VI, FE 34% con marcada asincronía, no obstante, sin objetivarse áreas de fibrosis o realce. No captación patológica en el miocardio de ambos

ventrículos. Se añade al tratamiento betabloqueantes por su demostrado beneficio en el pronóstico de esa patología.

El realce tardío de gadolinio (RT) en la resonancia magnética cardíaca (RM) identifica regiones con fibrosis miocárdica y nos permite valorar de forma directa el tejido miocárdico anormal. La desorganización miofibrilar y la fibrosis miocárdica se consideran el sustrato anatómico para las arritmias ventriculares y el remodelado ventricular izquierdo. Circunstancia no presente en este estudio a la paciente.

En este contexto de desarrollo y mantenimiento de miocardiopatía dilatada no presente antes, de etiología no isquémica, con disfunción sistólica grado moderado-severo con cavidades de estructura normal, con mantenimiento de la de la capacidad funcional (I de NYHAN) y sin presentación de los episodios iniciales de mareo/presíncopes se le indico tratamiento farmacológico con Sacubitrilo- Valsartan en pauta ascendente siguiendo las guías de actuación clínica de la Sociedad Europea de Cardiología y se suspende el antihipertensivo. Sacubitrilo-Valsartan se trata del primer fármaco de su clase autorizado para el tratamiento de la insuficiencia cardíaca (IC) sintomática (NYHA II-IV) con FE reducida (≤ 40%) inicialmente a dosis baja para valorar tolerancia, teniendo en cuenta los episodios previos de tipo hipotensor.

Basado en los resultados del estudio PARADIGM- HF obtenidos frente a enalapril, uno de los tratamientos estándar de la IC, la EMA (Agencia Europea del Medicamento) y la FDA (Agencia Europea del Medicamento) autorizaron en 2015 la utilización de sacubitrilovalsartan en IC sintomática con FE reducida. Posteriormente tanto las guías de IC de la ESC como las de la ACC/AHA otorgaron una recomendación clase I con nivel de evidencia B para el uso de sacubitrilo-valsartan en IC con FE reducida.

Como se indica en el informe del Servicio de Cardiología "este tratamiento ha demostrado reducir la mortalidad (incluso la súbita) en este perfil de pacientes así como mejorar la función sistólica en un número considerable de pacientes. Se decidió, dado que se trataba de una paciente con miocardiopatía dilatada no isquémica en clase funcional I con disfunción sistólica moderada-severa (FE 34%) sin datos de realce en la resonancia magnética (...) "

Indicado el tratamiento, se le cita en un mes con analítica de control y registros de la TA para intentar aumentar la dosis de la nueva medicación. Todo ello quedando la posibilidad de terapia con marcapasos-resincronizador/desfibrilador-resincronizador como tratamiento futuro en caso de mala evolución clínica: deterioro de la clase funcional, deterioro muy severo de la función sistólica VI, o arritmias cardiacas graves, junto a una inadecuada respuesta al tratamiento farmacológico."

Por tanto, se eligió tratamiento adecuado y otras opciones terapéuticas, como la resincronización cardíaca, se mantiene como futura opción (segundo escalón) en caso de mala evolución clínica a pesar de las medidas inicialmente aplicadas.

En el siguiente control aludido, al mes de la indicación, se aumenta la dosis dada la mejoría de la función sistólica, ausencia de síntomas y buena tolerancia a los fármacos.

Por tanto la paciente fue tratada y controlada por el Servicio de Cardiología. Cuando presentó cambio en la función sistólica VI se modifica el tratamiento farmacológico conforme a las guías europeas dejándose como futura opción, en el supuesto de empeoramiento o fracaso de la terapia, la mencionada resincronización cardíaca.

5.-Desde febrero de 2019 la paciente no presentó mas cuadros presincopales.

6.-En relación a la valoración que realizan sobre factores que empeoran la supervivencia indicar que no se describe en la HC taquicardia ventricular, lo que se describe es ritmo sinusal y solo extrasistolia ocasional en ausencia de formas complejas».

A la vista de lo expuesto, debe concluirse que a la paciente se le realizaron en todo momento las pruebas que su sintomatología determinaba, además de sus propios antecedentes de salud y familiares, y, en función de tales pruebas, se le instauraron los tratamientos precisos en cada momento, sin que el fallecimiento de la paciente pueda relacionarse con un inadecuado funcionamiento de la Administración, que fue en todo momento conforme a la *lex artis ad hoc*.

Por las razones expuestas, no concurriendo los elementos requeridos para la determinación de responsabilidad patrimonial de la Administración, procede desestimar la reclamación formulada por los interesados.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta Resolución es conforme a Derecho, procediendo desestimar la reclamación interpuesta.