Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 8 / 2 0 2 5

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 15 de enero de 2025.

Dictamen solicitado por la Excma. Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), en representación de (...) y sus hijos, (...) y (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 739/2024 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, como consecuencia de la presentación de una reclamación en materia de responsabilidad patrimonial extracontractual derivada del funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La cuantía indemnizatoria reclamada por los interesados [173.215,18 € -folio 20 del expediente-] determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación de la Sra. Consejera de Sanidad 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 adelante, LCCC-, en relación con el art. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas -en adelante, LPACAP-.

No obstante, en cuanto a la preceptividad del dictamen y aunque no resulta de aplicación en el presente caso dado que la fecha de solicitud de dictamen en el Registro del Consejo Consultivo tiene fecha el día 29 de noviembre de 2024, anterior al 1 de enero de 2025. Sin embargo, se considera necesario precisar lo establecido

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

por la Ley 5/2024, de 26 de diciembre, de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Canarias para el año 2025 ha modificado la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, mediante su Disposición final sexta, que establece lo siguiente:

«Uno. Se modifica la letra e) del apartado 1.D) del artículo 11 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, que queda redactado como sigue:

«e) Reclamaciones que se formulen en materia de responsabilidad administrativa patrimonial cuya cuantía sea igual o superior a 60.000 euros. No obstante, tratándose de solicitudes de dictamen que versen sobre reclamaciones en materia de responsabilidad patrimonial frente a los ayuntamientos de la Comunidad Autónoma de Canarias, el Consejo Consultivo será competente para dictaminar cuando la cuantía de la reclamación sea superior a 20.000 euros».

Dos. La reforma del apartado anterior se aplicará a los procedimientos que, habiéndose iniciado antes de su entrada en vigor, sea solicitado el dictamen después del 1 de enero de 2025».

3. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada, resultan de aplicación la citada LPACAP y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público -en lo sucesivo, LRJSP-; la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; y 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.

4. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la Salud, 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 la Dirección del Servicio Canario de la Salud, se delega en la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud.

De esta manera, la resolución que ponga fin a este procedimiento debe ser propuesta por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación 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 Servicio Canario de la Salud.

5. Se cumple el requisito de legitimación activa y pasiva.

5.1. En cuanto a la legitimación activa, resulta necesario traer a colación lo ya manifestado por este Consejo Consultivo en su Dictamen 642/2024, de 6 de noviembre [con cita, entre otros, de los Dictámenes anteriores 66/2020, de 3 de marzo, 449/2021, de 23 de septiembre y n.º 504/2021, de 21 de octubre]:

««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"" (...) »».

A la luz de la doctrina anteriormente expuesta, se entiende cumplido el requisito de legitimación activa de la esposa [(...)] y de los hijos [(...) y (...)] de (...) para reclamar por derecho propio la indemnización de los daños morales derivados del óbito de su esposo y padre, respectivamente [art. 4.1, letra a) LPACAP, en relación con el art. 32 LRJSP]. Legitimación activa que no es puesta en cuestión por la propia Administración Pública sanitaria.

Tal y como se cita en el Dictamen 292/2021, de 24 de mayo, de este Organismo consultivo *«sólo podrán reclamar por el daño moral derivado del fallecimiento de (...) aquellos que posean: "vínculos próximos de familia, afectos, relaciones de convivencia real, dependencia económica u otras situaciones de recíproca asistencia y amparo que determinen real y efectivamente perjuicios causados directamente de la muerte producida" (STS, de 4 de noviembre de 1999; STSJ de Navarra n.º 1089/2003, de 17 de octubre de 2003).*

Al tratarse de un daño moral en los sentimientos, se hace necesario poner un límite a la condición de legitimado. Es obligado establecer un orden de preferencia excluyente, siguiendo un orden lógico de afinidad con la fallecida, de forma que sean los más inmediatos los que, en su caso, reciban la indemnización con exclusión de los demás, primando de forma natural, a quienes hayan sufrido de forma más palmaria y directa. El Tribunal Supremo, en algunos casos se refiere a "parientes más allegados". Según la jurisprudencia, puede establecerse un orden de preferencia:

1.- El dolor de la familia nuclear, es decir, marido e hijos, se presume, no requiere prueba (STS de 15 de abril de 1988). No obstante, estos, los más allegados, no formulan reclamación en este caso.

2.- Para el resto de los parientes no existe presunción, requiriéndose la acreditación de alguna de las siguientes circunstancias para establecer su legitimación: Que pertenezcan de hecho a la familia nuclear por convivir con ella, o bien se demuestren fuertes e importantes vínculos afectivos, asimilándose a los que normalmente se dan entre los miembros de la familia central.

En síntesis, la jurisprudencia ha atribuido la legitimación de los daños morales derivados del fallecimiento de una persona, en primer lugar, al viudo o viuda, junto a los hijos del fallecido y en segundo término a sus padres si la víctima está soltera (STS de 2 de julio de 1979; STS de 14 de diciembre de 1996). Finalmente, los hermanos también estarían legitimados en defecto de otros familiares más allegados (los ya expuestos) (STS de 4 de julio de 2005), debiendo probar en su caso la vinculación afectiva entre ellos, su dependencia económica o su convivencia en el núcleo familiar».

Finalmente, y según consta en el expediente administrativo, los interesados actúan mediante representante -abogado-, cuyo poder de actuación consta debidamente acreditado en el expediente [art. 5 LPACAP].

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

6. Se cumple el requisito de no extemporaneidad de la acción [art. 67.1, párrafo primero LPACAP], toda vez que la reclamación se presenta el día 16 de julio de 2024 en relación con un hecho lesivo [óbito del Sr. (...)] que se produjo el día 17 de febrero de 2024.

7. En cuanto a la tramitación del procedimiento, se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme al art. 91.3 LPACAP. No obstante, aún 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].

II

1. Los reclamantes promueven 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 Servicio Canario de la Salud, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue dispensada a (...) en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias -en lo

sucesivo, HUC-, y que determinó, según los reclamantes, en última instancia, el fallecimiento del paciente.

Como se indica en la Propuesta de Resolución -folios 1460 y ss.-, *«los interesados señalan entre otros extremos en su escrito inicial, que (...) ingresó en el Hospital Universitario de Canarias (HUC) el 25 de diciembre 2023 para cirugía programada de sustitución valvular.*

Posteriormente inició disfunción sistólica severa con trastornos segmentarios de la contractilidad. Disfunción sistólica severa FEV1 35% y un shock mixto, cardiogénico y vasopléjico.

A pesar de todas las medidas adoptadas el paciente no mejoró, con empeoramiento de acidosis metabólica e hiperlactacidemia, por lo que se canalizó CVC de flujo para iniciar terapia sustitutiva renal continua.

El 28 de diciembre 2023 se le realizó intubación orotraqueal debido a una insuficiencia respiratoria aguda en el contexto de edema agudo de pulmón. Se le realizó Oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) y el 9 de enero 2024 retirada del ECMO debido a un aumento de las transaminasas, hasta 1900, y deterioro de la función hepática.

El 1 de enero 2024 inició febrícula y el 2 de enero se le realizó un cultivo.

El 5 de enero es el primer día que se informa de abdomen distendido y sin realizar deposiciones y ya el 8 de enero presentó abdomen globuloso impresionando ascitis pero sólo se aplicó un enema.

Hasta el 17 de enero 2024 no se le realizó un cultivo informando de crecimiento de enterococo faecalis y hasta el 18 de enero 2024 no se le realizó un TAC de tórax-abdomen diagnosticando fecaloma rectal de 8,2 cm que dilata marco cólico. Ya presentaba en ese momento un Shock séptico secundario a Bacteriemia por Enterococo Faecalis con fallo multiorgánico posterior, desarrollando posteriormente una Endocarditis infecciosa (Vegetación válvula aórtica e insuficiencia mitral perivalvular) que ya no se pudo operar.

(...) fallece el día 17 de febrero de 2024.

El objeto de reclamación se centra en: Fallo en la dosis de la medicación pautada tras la primera intervención, que causó la arritmia por la que tuvo que ser nuevamente intervenido. En esta intervención no se realizó el vaciado intestinal que causó un fecaloma, que, de haberlo hecho inicialmente, no hubiera producido una sepsis, endocarditis, ni hubiera producido el fallecimiento al final».

2. A la vista de lo anteriormente expuesto, y entendiendo que concurren los requisitos sobre los que se asienta la declaración de responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, los reclamantes [esposa e hijos del paciente fallecido] plantean una pretensión indemnizatoria cuyo monto total asciende a la cantidad de

173.215,18 € [con arreglo al baremo de indemnizaciones por accidentes de tráfico regulado en la Ley 35/2015, de 22 de septiembre -folio 20-].

III

En cuanto a la tramitación del expediente administrativo, constan practicadas las siguientes actuaciones:

1.- Mediante escrito con registro de entrada de 16 de julio de 2024, (...), actuando en nombre y representación de (...) y (...) y (...), esposa e hijos, respectivamente, de (...), interesan la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños causados, presuntamente, por el anormal funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue dispensada al Sr. (...) en el HUC y que derivó, finalmente, en el fallecimiento del paciente.

2.- Con fecha 3 de septiembre de 2024 el órgano instructor formula requerimiento a los interesados a fin de que subsanen y/o mejoren la reclamación interpuesta. Trámite que es debidamente cumplimentado por éstos con fecha 5 de septiembre de 2024.

3.- La reclamación formulada por la esposa e hijos de (...) es admitida a trámite mediante Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud de 10 de septiembre de 2024, acordando la incoación del expediente conforme al procedimiento legalmente establecido y decretando, por el órgano instructor, realizar cuantas actuaciones fueran necesarias para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debiera pronunciarse la resolución que pusiera fin al expediente; entre ellos, la petición de informe al Servicio cuyo funcionamiento haya podido ocasionar la presunta lesión indemnizable.

La Resolución administrativa de admisión a trámite de la reclamación interpuesta consta notificada en debida forma a los interesados.

4.- Con fecha 17 de octubre de 2024 se emite por el Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud -en adelante, SIP-, informe sobre la asistencia sanitaria prestada al paciente -folio 518-, en el que se da por reproducido, íntegramente, el contenido de los informes emitidos por los Servicios de Medicina interna y Cirugía Cardiovascular del HUC, por cuanto *« (...) se ajustan al contenido de la Historia Clínica y responden de manera pormenorizada al objeto de la reclamación»*.

Asimismo, obra en el expediente la siguiente documentación médica:

- Copia de la historia clínica obrante en el HUC.

- Informe del Servicio de Cirugía Cardiovascular del HUC, firmado por el Dr. (...) -Jefe de Servicio de Cirugía Cardiovascular del HUC-, con fecha 2 de septiembre de 2024 -folios 519 a 522-.

- Informe del Servicio de Medicina Interna del HUC, rubricado por el Dr. (...) -Jefe de Sección de Medicina Intensiva del HUC-, con fecha 24 de septiembre de 2024 -folios 523 a 527-.

5.- Con fecha 21 de octubre de 2024 se procede, simultáneamente, a la apertura del periodo probatorio y del trámite de audiencia, otorgando a los reclamantes un plazo de diez días a fin de que pudiesen formular las alegaciones y presentar los documentos y justificaciones que estimasen convenientes.

6.- Con fecha 31 de octubre de 2024 el representante de los interesados formula escrito de alegaciones, reiterando lo manifestado en su escrito de reclamación inicial.

7.- No se evacua el informe preceptivo de los Servicios Jurídicos del Gobierno de Canarias [según se justifica en la Propuesta de Resolución, no así en el propio expediente administrativo], al tratarse de una reclamación por responsabilidad patrimonial en la que se suscitan cuestiones de Derecho previamente resueltas en anteriores reclamaciones ya informadas por el Servicio Jurídico *ex* art. 20, letra j) del Decreto Territorial 19/1992, de 7 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias.

8.- Con fecha 26 de noviembre de 2024 se evacua Propuesta de Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial extracontractual *« (...) formulada por (...) y sus hijos, (...) y (...), al no concurrir los requisitos que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública»*.

9.- Mediante oficio con registro de entrada en este Organismo consultivo el día 29 de noviembre de 2024, se solicita la evacuación del dictamen del Consejo Consultivo de Canarias *ex* art. 81.2 LPACAP en relación con los arts. 11.1.D.e) y 12.3 LCC.

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación efectuada por los interesados, al entender el órgano instructor que no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, puesto que no se ha demostrado mala praxis en la atención sanitaria dispensada al paciente.

En este sentido, resulta oportuno efectuar las siguientes consideraciones.

2. La reiterada doctrina de este Consejo Consultivo en cuanto a los principios generales de distribución de la carga de la prueba se ve perfectamente reflejada, entre otros, en el Dictamen 704/2024, de 2 de diciembre [con cita del Dictamen 272/2019, de 11 de julio]:

«Cabe recordar, a este efecto, que, en aplicación del artículo 60.4 de la vigente Ley 29/1998, de 13 de julio (...), rige en el proceso contencioso-administrativo el principio general, inferido del Código Civil (...), que atribuye la carga de la prueba a aquél que sostiene el hecho («semper necesitas probandi incumbit illi qui agit») así como los principios consecuentes recogidos en los brocardos que atribuyen la carga de la prueba a la parte que afirma, no a la que niega («ei incumbit probatio qui dicit non qui negat») y que excluye de la necesidad de probar los hechos notorios («notoria non egent probatione») y los hechos negativos («negativa no sunt probanda»). En cuya virtud, este Tribunal en la administración del principio sobre la carga de la prueba, ha de partir del criterio de que cada parte soporta la carga de probar los datos que, no siendo notorios ni negativos y teniéndose por controvertidos, constituyen el supuesto de hecho de la norma cuyas consecuencias jurídicas invoca a su favor (por todas, sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del T.S. de 27.11.1985, 9.6.1986, 22.9.1986, 29 de enero y 19 de febrero de 1990, 13 de enero, 23 de mayo y 19 de septiembre de 1997, 21 de septiembre de 1998). Ello, sin perjuicio de que la regla pueda intensificarse o alterarse, según los casos, en aplicación del principio de la buena fe en su vertiente procesal, mediante el criterio de la facilidad, cuando hay datos de hecho que resultan de clara facilidad probatoria para una de las partes y de difícil acreditación para la otra (sentencias TS (3ª) de 29 de enero, 5 de febrero y 19 de febrero de 1990, y 2 de noviembre de 1992, entre otras)».

2. A la vista de la jurisprudencia expuesta, es a la parte demandante a quien corresponde, en principio, la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes de la existencia, la antijuridicidad, el alcance y la valoración económica de la lesión, así como del sustrato fáctico de la relación de causalidad que permita la imputación de la responsabilidad a la Administración. Como ha reiterado en múltiples ocasiones este Consejo Consultivo, el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los

daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es que exista daño efectivo y que éste sea consecuencia del dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone. Sobre la Administración recae el onus probandi de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración y, del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC), que permite trasladar el onus probandi a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012)».

Finalmente, y como ha señalado de forma reiterada este Consejo Consultivo « (...) es necesario acreditar la realidad del hecho lesivo y la relación causal entre el actuar administrativo y los daños que se reclamen, como se hace en los recientes Dictámenes 40/2017, de 8 de febrero y 80/2017, de 15 de marzo, en los que se afirma que: *«Además, como este Consejo ha manifestado recurrentemente (ver, por todos, los Dictámenes 238/2016, de 25 de julio y 343/2016, de 19 de octubre), sin la prueba de los hechos es imposible que la pretensión resarcitoria pueda prosperar. El art. 6.1 RPAPRP, en coherencia con la regla general del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), impone al reclamante la carga de probar los hechos que alega como fundamento de su pretensión resarcitoria. Toda la actividad de la Administración está disciplinada por el Derecho (art. 103.1 de la Constitución, arts.3, 53, 62 y 63 LRJAP-PAC), incluida la probatoria (art. 80.1 LRJAP-PAC). Para poder estimar una reclamación de responsabilidad por daños causados por los servicios públicos es imprescindible que quede acreditado el hecho lesivo y el nexo causal (art. 139.1 LRJAP-PAC, arts.6.1, 12.2 y art. 13.2 RPAPRP), recayendo sobre el interesado la carga de la prueba (art. 6.1 RPAPRP). Esta prueba puede ser directa o por presunciones, pero para recurrir a estas es necesario que exista un enlace preciso y directo según las reglas del criterio humano entre un hecho probado y aquel cuya certeza se pretende presumir. No basta para ello la mera afirmación del reclamante, porque ésta no constituye prueba (art. 299 LEC en relación con el art. 80.1 LRJAP-PAC)».*

3. Una vez examinado el contenido del expediente administrativo tramitado, y previa valoración conjunta de todo el material probatorio que obra en las presentes actuaciones, se entiende que no resulta acreditado que la prestación sanitaria haya sido inadecuada o contraria a las exigencias derivadas de la *«lex artis ad hoc»*. De esta manera, no procede declarar la existencia de responsabilidad patrimonial de la

Administración sanitaria, y, en consecuencia, se considera conforme a Derecho la Propuesta de Resolución remitida a este Consejo Consultivo.

A la hora de alcanzar tal conclusión, resulta oportuno partir de la relación de hechos descrita, sucintamente, en la Propuesta de Resolución -folios 1461 y ss.-:

«- (...) fue diagnosticado de doble lesión aórtica (estenosis aórtica severa e insuficiencia aórtica moderada), insuficiencia mitral moderada y enfermedad coronaria de dos vasos (arterias coronarias circunfleja y derecha), partiendo de una situación de disfunción ventricular moderada-severa en el momento en el que se establece la indicación quirúrgica.

- El día 26 de diciembre de 2023 fue intervenido para realizarle una sustitución valvular aórtica y mitral por prótesis biológicas y una revascularización miocárdica quirúrgica, implantándose un puente aortocoronario con segmento de vena safena a la arteria coronaria derecha. Se traslada a UCI con estabilidad eléctrica y hemodinámica. Intubado (folio n.º 737.

- 27 de diciembre de 2023: Shock mixto cardiogénico vasopléjico. Se modifica tratamiento. Extubado. Presencia de derrame pleural masivo derecho. Se realiza punción toraco evacuadora que extrae 2.060 cc de contenido seroso.

- El 28 de diciembre. Edema agudo de pulmón por lo que proceden a intubación orotraqueal. PCR recuperada. Empeoramiento con acidosis metabólica y fallo renal. Hiperlactacidemia, coagulopatía (...) Se indica alto flujo y terapia de hemofiltración. Se decide ECMO A V MII (folio n.º 741).

-Tras un postoperatorio tórpido, el 2 de enero de 2024 se realiza cultivo por presentar febrícula. Se repite cultivo de control el 8 de enero.

- El 10 de enero de 2024 se coloca drenaje por derrame pleural derecho. El 16 de enero continúa con shock + derrame pericárdico.

- El día 17 de enero de 2024, Shock séptico secundario a Enterococo Faecalis. El foco de bacteriemia impresiona ser traslocación bacteriana intestinal en paciente inmunocomprometido por inmunoparálisos del paciente crítico, desnutrición, ingreso prolongado en situación crítica muy extrema, diabetes mellitus y proceso crónico como insuficiencia cardíaca (folio n.º 714).

Ante esta inestabilidad hemodinámica se realiza Ecografía Transesofágica (ETE) al Servicio de Cardilogía para descartar endocarditis infecciosa sobre válvulasprotésicas. Se ajusta tratamiento antibioterápico.

- El 18 de enero de 2024 se realiza Tac toraco abdominal que descarta patología aguda excepto fecaloma en el que, entre otros hallazgos, se visualiza fecaloma rectal de 8,2 cm que dilata el marco cólico (folio n.º 707), a pesar de tratamiento procinético y laxante activo con deposiciones abundantes hasta de 800 ml el día 17 de enero de 2024.

- El 24 de enero de 2024 se realiza ETT que arroja, entre otros resultados, insuficiencia periprotésica. Sin imagen compatible con absceso en este momento.

- 27 de enero de 2024: sin evolución clínica favorable de ningún tipo persistiendo shock refractario y disfunción sistólica severa. Se decide continuar con tratamiento médico activo. Requiere transfusiones de hemoderivados prácticamente a diario. Cultivos de seguimiento negativos, con crecimiento aislado de Staphylococcus epidermis que se informan como contaminantes (folio n.º 714).

- 1 de febrero de 2024 se realiza traqueotomía quirúrgica por parte del Servicio de ORL. A pesar de la mala evolución clínica, hemodinámica e infecciosa, el paciente se encuentra en esta fecha consciente orientado y colaborador, recuperando fuerza muscular con fisioterapia por lo que se inician desconexiones periódicas de la ventilación mecánica con mascarilla traqueal de alto flujo el día 2 de febrero de 2024, muy bien toleradas inicialmente.

- 3 y 4 de febrero de 2024, mala evolución clínica. Persiste shock y comienzan a aparecer lesiones cutáneas generalizadas, sobre todo en cuello y cara, sugestivas de émbolos sépticos. Se solicita ETT emergente, donde se visualiza progresión de endocarditis con disfunción sistólica severa. Imagen compatible con absceso en válvula aórtica protésica entre otros hallazgos. Se comenta con cirugía Cardíaca que desestima tratamiento quirúrgico por elevada mortalidad intraoperatoria estimada por la situación orgánica actual tras 42 días en UVI.

Se informa a la familia de la situación irreversible del paciente por el progreso de la infección a pesar del tratamiento antibiótico y no ser candidato a cirugía. Mal pronóstico vital. Degeneración orgánica global. Deterioro respiratorio progresivo con infiltrados pulmonares bilaterales y secreciones purulentas por traqueotomía.

Nuevo rastreo microbiológico completo. Se escala en terapia antimicrobiana empírica con antifúngicos. Hematuria persistente e íleo paralítico. Impresiona de paciente terminal (folio n.º 716).

- 6 de febrero de 2024 nueva ETE: insuficiencia paravalvular protésica moderada a severa con imagen de región hipoecogénica sugestiva de absceso hipocontráctil (folio n.º 708).

- El 9 de febrero de 2024 se decide informar de forma conjunta Medicina Intensiva y Cirugía Cardíaca. Se explica de forma detallada la evolución clínica del paciente, sobre todo las primeras 48 horas de ingreso que finalizaron en traslado a quirófano de forma urgente por shock cardiogénico refractario. Se insiste en transmitir de forma clara el concepto de elevada complejidad clínica que posee el paciente de forma basal. Se comenta el mal pronóstico actual, dando respuesta explícita y detallada a las preguntas formuladas por los familiares con respecto a la indicación de Levosimedan e indicación inicial de cirugía, así como del resto de aspectos médico-quirúrgicos.

- Evolución clínica desfavorable los días siguientes, con establecimiento adecuado de medidas de soporte vital de forma consensuada en sesión médica de Medicina Intensiva. Nueva reunión con el hijo del paciente para aclarar dudas y explicar de forma detallada la evolución clínica del paciente, junto con Cirugía Cardíaca.

- Finalmente, situación catastrófica de fracaso multiorgánico refractario sin opciones terapéuticas médicas o quirúrgicas en contexto de endocarditis infecciosa sobre válvula protésica y disfunción ventricular severa. Adecuación de medidas de soporte vital y de confort (folio n.º 717).

- El paciente fallece el 17 de febrero de 2024».

4. De los informes evacuados por los diversos servicios sanitarios del HUC que atendieron al paciente [Cirugía Cardiovascular -folios 519 a 522- y Medicina Intensiva -folios 523 a 528-] dan cumplida respuesta a las dos cuestiones planteadas por los perjudicados en su reclamación, justificando, convenientemente, la corrección del proceder médico –como pone de manifiesto el órgano instructor en su Propuesta de Resolución- en los siguientes términos [folios 1466 y ss.]:

« (...) Los interesados reclaman por fallo en la dosis de la medicación pautada tras la primera intervención, que causó la arritmia por la que tuvo que ser nuevamente intervenido. En esta intervención no se realizó el vaciado intestinal que causó un fecaloma, que, de haberlo hecho inicialmente, no hubiera producido una sepsis, endocarditis, ni hubiera producido el fallecimiento al final.

La intervención del 26 de diciembre de 2023 consistió en sustitución valvular aórtica y mitral por prótesis biológicas y una revascularización miocárdica quirúrgica, implantándose un puente aortocoronario con segmento de vena safena a la arteria coronaria derecha.

1.- Respecto al fallo en la medicación.

Explica el Dr. (...), Jefe de Servicio de Cirugía Cardiovascular del HUC en informe (folios n.º 520 y ss.) que este tipo de intervención requiere la conexión del paciente a un circuito de circulación extracorpórea con el fin de permitir el vaciado del corazón y su aislamiento de la circulación corporal, lo que permitirá la apertura de cavidades y la reparación y sustitución de las estructuras enfermas. Durante el tiempo de parada del corazón, se debe aplicar al mismo una solución que ayudará a la preservación del músculo cardíaco todo el tiempo que permanezca en isquemia llamada cardioplejia. La duración de ese tiempo de parada del corazón dependerá de la complejidad de la intervención y del número de procedimientos que haya que realizar. (en este caso, sustituir dos válvulas por prótesis e implantar un puente aortocoronario).

Cuanto mayor es el tiempo de parada del corazón, mayor es el riesgo de aumento de la disfunción que el músculo cardíaco puede sufrir después, y mayor el riesgo de aparición de procesos inflamatorios generalizados durante el postoperatorio inmediato. La situación de disfunción ventricular que ya padecía el paciente condiciona de por sí la necesidad de soporte hemodinámico durante estos momentos del postoperatorio inmediato.

Dicha situación, asociada a fenómenos de inflamación generalizada relacionados a la conexión del paciente a la circulación extracorpórea durante la cirugía que tienden a producirse a partir de las horas inmediatas a la operación, puede conducir a empeoramiento progresivo de la hemodinámica una vez el paciente ya ha sido intervenido. Esto obliga a aumentar el soporte con el que inicialmente se encontraba el paciente tras la intervención, lo que implica la utilización de medicación vasoactiva como apoyo a la función del miocardio y la mejora de la tensión arterial y el uso de otros medicamentos que tratan de reforzar la capacidad de esfuerzo del miocardio, como el levosimendán.

Dicha medicación, indicada en estos casos, debe ser manejada de forma dinámica según la respuesta del paciente y con los criterios considerados por el personal especialista que lleva el control del postoperatorio inmediato, en este caso médicos de la Unidad de Cuidados Intensivos. En todo momento, tanto la indicación de cada uno de los medicamentos (dobutamina, noradrenalina, levosimendán, etc.) como su repetición o retirada, fueron manejados por sus médicos responsables según criterios indicados en ficha técnica de dichos fármacos y en las guías de práctica clínica actuales y modificados y retirados en función de la respuesta del paciente a su utilización.

En este caso concreto, el paciente, en el contexto de una disfunción ventricular severa previa a la intervención y la necesidad de una cirugía compleja con exposición a tiempos de circulación extracorpórea de 276 minutos y 244 minutos (durante los cuales el corazón fue correctamente protegido mediante hipotermia controlada y sus dosis adecuadas de cardioplejia) conllevó el desarrollo de una situación progresiva de shock que requirió las medidas de soporte hemodinámico descritas, decidiéndose el día 28 de diciembre de 2023 el implante del dispositivo de ECMO A-V ante la insuficiencia de resultados de dichas medidas en aquel momento (como se evidenciaba por la presencia de datos analíticos, como el aumento de las transaminasas, la acidosis metabòlica y ta hiperlactacidemia, y hemodinámicos, como la disminución de las resistencias vasculares detectadas).

La máquina para oxigenación por membrana extracorpóra (llamada ECMO A-V) que actúa como un sistema de asistencia ventricular para descargar de trabajo al músculo cardíaco al mismo tiempo que permite una mejor oxigenación de la sangre circulante. Se utiliza cuando las medidas de soporte, utilizadas de forma escalada, son insuficientes.

La indicación del dispositivo se hace en el momento en el que se comprueba la insuficiencia de las medidas menos agresivas. Dicha máquina, que requiere un procedimiento quirúrgico de implante y que no está exenta de producir efectos secundarios o

complicaciones de importantes consecuencias (en ocasiones, fatales), no se implanta en las situaciones iniciales del shock, pues se escala desde las medidas menos agresivas hacia las de mayor complejidad y agresividad, en función de la respuesta que el paciente manifiesta a su implantación sucesiva.

El Dr. (...), Jefe de Sección de Medicina Intensiva del HUC, responde a esta cuestión de forma similar al Dr. (...) (folios n.º 523-527), pues deja claro que la intervención fue compleja y prolongada y precisó la manipulación y sustitución por prótesis de las dos válvulas izquierdas, además de una reperfusión coronaria por isquemia miocárdica previa. Asimismo, como en todas las cirugías cardíacas, durante la intervención el corazón es sometido a una isquemia sobreañadida que intenta minimizarse con una correcta preservación miocárdica o cardioplejia, pero que, en función de 1a circulación coronaria y de la masa ventricular, puede ser más o menos eficaz (ambos factores asociados al paciente).

Tras la intervención existe un deterioro de la función ventricular, más o menos grave en función de los tiempos de isquemia indispensables para poder realizar la intervención y de la reserva funcional del paciente, escasa de forma basal, con diagnóstico de disfunción severa preoperatoria. Para intentar minimizar este problema y evitar el shock cardiogénico, en el HUC se realiza preacondicionamiento a los pacientes con un fármaco (levosimendan) que tiene como objetivo mejorar la función miocárdica en el momento de mayor riesgo. A pesar del preacondicionamiento, muchos pacientes requieren un pulso adicional postoperatorio por persistencia de la disfunción. En el caso del paciente y habiendo transcurrido el tiempo necesario desde la primera dosis y la mala función ventricular en el posoperatorio inmediato, se estimó oportuno repetir su administración, la cual se inició a las dosis más bajas eficaces según ficha técnica (0,05 mcg/kg/min), con buena tolerancia.

En el postoperatorio inmediato, el paciente recibió profilaxis antiarrítmica a fin de disminuir la probabilidad de aparición de fibrilación auricular, complicación frecuente del posoperatorio inmediato de cirugía cardíaca con una incidencia, según la literatura, entre un 30-40% de los pacientes. A pesar de la profilaxis, ningún tratamiento ha conseguido evitar al 100% la FA postoperatoria. En este caso, la arritmia apareció en torno a las 30 horas del posoperatorio. La FA condiciona una disminución del gasto cardíaco lo que, en un paciente con una función límite, como es el caso, provocó el desarrollo de shock cardiogénico con hipotensión e insuficiencia respiratoria aguda secundaria a edema agudo de pulmón. En dicho contexto, como en cualquier paciente crítico y en shock, se retiran todos los fármacos que puedan ocasionar una mayor hipotensión, como es el caso del levosimedan, fármaco del que se dice en la reclamación se dio una dosis inapropiada. Como ya reseñamos anteriormente, este hecho es incorrecto dado que se dosificó desde 0,05 mcg/kg/min hasta 0,08 mcg/Kg/min (dosis máxima 0,2 mcg/kg/min).

El Dr. (...) considera (...) en este punto, (...) que hubo, no sólo una buena praxis médica, diría más bien, una EXCELENTE PRAXIS, resultado de las mejoras continuas que aplican en su sistema de gestión de la calidad en la atención al paciente cardioquirúrgico.

2.- Respecto a la presencia de fecaloma.

En el expediente se expone como un error el no haber realizado el vaciado intestinal de forma previa a la cirugía de implante del dispositivo ECMO A-V. El Dr. (...) explica que, por regla general, el vaciado del intestino es una práctica profiláctica que se aplica a los pacientes antes de las cirugías mayores programadas para disminuir el riesgo de las infecciones durante el postoperatorio. Esta medida se planifica en el contexto de una cirugía reglada que suele requerir la colaboración del paciente y que no compromete su estabilidad. En situaciones de emergencia, con alta inestabilidad hemodinámica del paciente y compromiso vital inminente, donde prima el resultado del acto quirúrgico dirigido a la estabilidad y la evitación de un fallecimiento próximo, no están indicadas maniobras de vaciamiento intestinal. Dichas medidas, además de poder aumentar la inestabilidad del paciente, requieren de colaboración y de tiempo, circunstancias que no se dan en esas situaciones tan críticas. Por lo tanto, no fueron medidas obviadas por descuido u olvido, se trata de medidas no indicadas en situaciones de emergencia quirúrgica, reservadas solamente para cirugías programadas y regladas.

La situación de criticidad del paciente, así como su inmovilidad a lo largo del tiempo, pueden favorecer la aparición de fecalomas o, simplemente, disminuir la velocidad del tránsito intestinal, llevando a la acumulación de heces en el intestino. Sin embargo, en situaciones de emergencia, donde se requiere la realización de un acto quirúrgico lo más rápidamente posible una vez establecida la indicación del mismo, no está indicado retrasar dichas medidas quirúrgicas para la realización de procedimientos encaminados a la extracción de material intestinal (que no podría retirarse, además, de forma completa con casi toda seguridad dada la situación en la que se encuentra el paciente).

El Dr. (...) añade que antes de una intervención quirúrgica programada se somete al paciente a un ayuno, fundamentalmente para evitar que haya contenido gástrico que pueda derivar en alguna complicación durante el inicio de la anestesia como pudiera ser una broncoaspiración de dicho contenido. En ningún caso está establecido que exista indicación de "vaciar" el intestino, salvo en casos de cirugía entero-proctológica.

En cualquier caso, el paciente se encontraba en ayunas, la intervención para la colocación de una asistencia mecánica circulatoria tipo ECMO, es una intervención de emergencia derivada de la situación crítica que presentaba el paciente. No existe ninguna mala praxis en esta actuación.

El encarnamiento, sedoanalgesia y relajación muscular, el edema de asas intestinales en un contexto de shock posteardiotomia y de fracaso renal con necesidad de hemodiálisis provoca hipoperistaltismo, es decir, escasa movilidad de las asas intestinales que puede dar

lugar a la aparición de fecalomas. Por ello, si se observan datos de hipoperistaltismo como pudiera ser disminución de los ruidos intestinales, no tolerancia de la nutrición enteral o sobredistensión gástrica, se pautan procinéticos (fármacos que ayudan a la movilidad del intestino) y laxantes. Por otro lado, la presencia de fecaloma no es patognomónico de traslocación bacteriana, sino más bien expresión de un mismo problema, la denudación de la mucosa intestinal con la pérdida de los mecanismos de barrera propios y la hipoperistalsis. No puede establecerse de modo alguno la afirmación que se realiza en la reclamación.

Lo recogido en los informes evolutivos es simplemente un planteamiento de posibilidades diagnósticas múltiples sobre el origen del shock séptico sin que consten pruebas que permitan un diagnóstico de certeza de la causa de la bacteriemia o su vinculación con el fecaloma.

Dada la gravedad del paciente, se iniciaron medidas para prevenir la pérdida de trofismo intestinal (nutrición enteral precoz apoyada con procinéticos). Por otra parte, el paciente recibió cobertura antibiótica de amplio espectro desde el día del implante del dispositivo de asistencia mecánica circulatoria. La eficacia de los antibióticos depende, también, del sistema inmune del paciente que estaba deteriorado por múltiples causas.

Respecto a este segundo objeto de la reclamación se concluye que, en todo momento se obró con la mejor evidencia científica y dentro de la mejor práctica clínica. La afirmación objeto de la reclamación no se basa en ninguna evidencia ni fenómeno de causalidad».

La correcta actuación médica observada en la asistencia sanitaria que se le dispensó al paciente -a pesar de la *« (...) elevada complejidad clínica que posee* (poseía) *el paciente de forma basal (...) »*- queda de manifiesto, asimismo, en el informe clínico de alta suscrito con fecha 17 de febrero de 2024, a cuyo contenido -y atenta lectura- procede en este momento remitirnos [folios 702 a 717].

Por lo demás, y como se indica en las actuaciones, «*durante el ingreso del paciente, se mantuvieron dos reuniones formales multidisciplinares (jefatura de Servicio de Cirugía Cardiovascular, jefatura de Sección de Medicina Intensiva junto con los médicos responsables del paciente) con la familia donde se les explicaron todos los aspectos relacionados con el evolutivo y, obviamente, se aclararon las dos afirmaciones que nuevamente se formulan como mala praxis» -folio 524-. Y es que, como afirma el Jefe de Sección de Medicina Intensiva del HUC, «un paciente de tal complejidad tiene asociado un riesgo prequirúrgico elevadísimo y si, además, desarrolla shock postcardiotomía y fracaso renal oligoanúrico (sin orinar), el riesgo se incrementa exponencialmente».*

5. Los argumentos expuestos anteriormente determinan no apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración Pública sanitaria. Y es que, por un lado, los reclamantes no han aportado medios de prueba con virtualidad

suficiente para sostener la reclamación que promueven [arts. 77.1 LPACAP en relación con el art. 217 LEC]; y, por otra parte, a tenor del contenido de los informes que obran en el expediente administrativo, lejos está de poder inferirse en este caso que la asistencia sanitaria prestada fuera contraria a la *lex artis ad hoc* -tal y como ha quedado descrito en las líneas precedentes-.

En atención a lo indicado anteriormente, se entiende que no procede declarar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria; y, en consecuencia, se considera conforme a Derecho la Propuesta de Resolución remitida a este Consejo Consultivo.

C O N C L U S I Ó N

Se dictamina conforme a Derecho la Propuesta de Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada por (...), en nombre y representación de (...) y (...) y (...) por las razones expuestas en el Fundamento IV de este Dictamen.