Consejo Consultivo de Canarias

# D I C T A M E N 1 8 3 / 2 0 2 5

**(Sección 1.ª)**

**San Cristóbal de La Laguna, a 6 de mayo 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 (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 132/2025 IDS)*[*].

## F U N D A M E N T O S

### I

**1.** El presente Dictamen, solicitado por la Excma. Sra. Consejera de Sanidad el 20 de marzo de 2025, con registro de entrada en este Consejo Consultivo el 21 de marzo siguiente, tiene por objeto la Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación formulada por (...), en representación de (...), (...) y (...) por los daños supuestamente causados por el funcionamiento del servicio público sanitario.

**2.** La solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva de conformidad con el art. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP) y el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC), por cuanto se reclama una indemnización que cuantifica en 94.391,17 euros, superando, por tanto los límites cuantitativos previstos en dicho precepto legal.

Está facultada para solicitarlo la Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 de la citada LCCC.

---

[*] **Ponente: Sr. Pérez Hernández.**

**3.** El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la Salud (SCS), según 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 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, que aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del SCS.

**4.** Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva.

**4.1.** Los reclamantes, esposa e hijastros del fallecido, ostentan la condición de interesados, en cuanto titulares de un interés legítimo [art. 4.1.a) LPACAP y art. 32.1 LRJSP], como familiares directos de la persona fallecida a consecuencia, supuestamente, del funcionamiento del servicio público sanitario.

Sobre la legitimación activa de los herederos del fallecido, en el Dictamen 245/2015, de 6 de julio, se recoge nuestra reiterada doctrina sobre este asunto, que es plenamente aplicable al supuesto analizado. Así señalamos en el citado dictamen:

*«La obligación de indemnizar el daño producido por la acción u omisión de un sujeto no surge del hecho causante, sino de su resultado lesivo que es el daño y que es lo que hay que resarcir. El primero sin el segundo no engendra responsabilidad patrimonial, por lo que en reclamaciones de la naturaleza de la presente esa responsabilidad surge siempre del hecho de la muerte, por lo que al extinguirse por ella la personalidad de la víctima, esta no adquiere en vida ningún derecho a ser indemnizada que, integrado en su patrimonio, transmite luego mortis causa. Sólo los vivos son capaces de adquirir derechos y únicamente son transmisibles por vía hereditaria los derechos que al momento del fallecimiento del causante se hallasen integrados en su patrimonio. De ahí que si en nuestro Ordenamiento se contempla un derecho a indemnización por causa de muerte (art. 113 del Código Penal en relación con los arts. 138 a 143 y 621.2 del mismo, art. 1.902 del Código Civil, apartado 1º.5 del Anexo del Texto Refundido de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro de la Circulación de Vehículos a Motor, etc.), su titularidad no es derivativa mortis causa ya que, como se ha visto, no puede sucederse en algo que no ha ingresado en el patrimonio del causante sino que es un derecho que se adquiere originariamente y que, por ende, es ejercitable ex iure propio por aquellos que han sido perjudicados por la muerte de la víctima.*

*Este perjuicio lo sufren aquellos que compartían su vida con la víctima, formando una comunidad de vida a la que pone fin esa muerte que, eventualmente, puede producir una disminución de ingresos o un desamparo económico para los supérstites y un daño moral por la ruptura de la íntima convivencia y de los lazos de afecto, presumiéndose este daño moral en sus parientes más directos por línea recta ascendente o descendiente, prefiriéndose siempre, con exclusión de los demás, a sus más estrechos allegados que son los que convivían con la víctima y compartían con ella sus ingresos comunes o dependían de ella económicamente; estimándose que no existe perjuicio indemnizable cuando nadie ha quedado desamparado o disminuido económicamente ni se ha sufrido daño moral, porque se había abandonado en vida a la víctima o roto toda relación con ella.*

*En la presente reclamación, los interesados no han alegado ningún perjuicio económico que les haya irrogado el óbito de su deudo, por lo que están legitimados exclusivamente por el daño moral que la muerte de aquel les ha causado»* (Doctrina reiterada en los DDCC 405/2015, 228/2020, 232/2020 y 562/2020).

Por tanto, aplicada la citada doctrina al presente caso, la esposa e hijastros del fallecido están legitimadas exclusivamente por el daño moral que la muerte de su esposo y padrastro, respectivamente, les ha causado.

**4.2.** La legitimación pasiva corresponde a la Administración autonómica, concretamente al SCS, organismo autónomo de dicha Administración, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

**5.** La reclamación ha sido interpuesta dentro del plazo de un año legalmente establecido en el art. 67.1, párrafo primero LPACAP, por cuanto el fallecimiento se produce el 21 de septiembre de 2020, y el plazo legal de un año para el ejercicio de la acción finalizaba el 21 de septiembre de 2021.

No obstante, dicho plazo quedó interrumpido por la presentación de denuncia en relación con los mismos hechos, ante el Juzgado de Instrucción n.º 3 de La Laguna. Habiéndose dictado Auto de sobreseimiento provisional y archivo el día 20 de julio de 2022, notificado a la representación de (...) el día 31 de octubre de 2022, en dicha fecha comenzó el plazo para el ejercicio de la acción frente a la Administración. Por ello, habiéndose formulado la reclamación el 19 de septiembre de 2023, la misma se ha interpuesto dentro del plazo de un año legalmente establecido en el art. 67.1, párrafo primero LPACAP.

**6.** El plazo para la tramitación del expediente de responsabilidad patrimonial es de seis meses, transcurridos los cuales, si no se hubiera notificado al interesado

resolución expresa, se habría producido silencio en sentido desestimatorio [art. 91.3 LPACAP]. No obstante, la Administración está obligada a resolver y notificar a los interesados todos los procedimientos de manera expresa [art. 21 LPACAP].

En el presente supuesto se ha superado el plazo de seis meses que, para su resolución, establece el art. 91.3 LPACAP.

Es doctrina reiterada de este Consejo Consultivo que la demora producida ni impide, sin embargo, la resolución del procedimiento ni exime a la Administración del deber de resolver expresamente, a tenor de lo establecido en los arts. 21.1 y 24.3.b) LPACAP [DDCC 120/2015, de 9 de abril y 270/2019, de 11 de julio, entre otros].

## II

**1.** Los reclamantes instan la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios -que ellos cifran en 94.391,17 euros- presuntamente causados por el fallecimiento de (...), esposo y padrastro, respectivamente, de los reclamantes, sustentando dicha acción de responsabilidad patrimonial en los siguientes hechos y fundamentos, según se expresa en su reclamación, de la que se transcriben algunos párrafos:

- Con fecha 21 de septiembre de 2020 el esposo y padrastro de [mis] representados, (...) falleció en el Hospital Universitario de Canarias, al presentar fracaso multiorgánico con noradilena 19mg, empeoramiento a nivel respiratorios que llevó a fallo renal con anuria, con shock séptico de origen respiratorio refractario, tras su último ingreso el día 21 de agosto de 2020.

- (...), ingresa en el Servicio de Cirugía Cardíaca del Hospital Universitario de Canarias (CHUC) el día 19 de mayo de 2020 con diagnóstico de EAO severa y lesiones coronarias con disfunción VI severa FE325. En antecedentes personales se hace constar que el paciente es alérgico a heparina. Consumo de alcohol, hipertensión arterial en tratamiento farmacológico, diabetes mellitus tipo II con mal control metabólico, cirugía de fractura compleja de C2 (fractura de odontoides con fractura de masas laterales y subluxación C2-C3) mediante artrodesis Ci-C2- C3-C4 en julio de 2015**.** Fue dado de alta el 16 de julio de 2020. Antecedentes cardiológicos: cardiopatía isquémica coronaria con enfermedad arterial coronaria de 2 vasos. Miocardiopatía dilatada de origen isquémico con disfunción ventricular izquierda severa. Estenosis aórtica severa.

- Es intervenido quirúrgicamente el día 21 de mayo de 2020, para doble bypass aortocoronario, y se implanta prótesis biológica. Salida de CEC en FV con necesidades de choques. Se revierte HEPARINIZACIÓN y se traslada a UVI, donde se inicia perfusión de dobutamina y trasfusión de hemoderivados. Durante los primeros días, continúa el shock y disfunción sistólica, que requiere dosis altas de noradrenalina y corticoides a dosis de estrés.

- Comienza con pico febril aislado el día 21 de mayo. Se inicia de forma empírica antibióticos de amplio espectro. En los cultivos se aísla un S. aureua y un H. influenzae en BAS y una Raoultella en hemocultivos. Se mantiene con antibioterapia dirigida con ceftriaxona y cloxacilina, con descenso de reactantes de fase aguda y sin realizar nuevos picos febriles. Plaqueotomía marcada durante el ingreso que obliga a transfusión de hemoderivados.

- Al 5.º día se van disminuyendo los vasopresores de forma progresiva con aceptable respuesta. Entra en FA que se cardiovierte hasta en tres ocasiones, pero persiste en FA a pesar de ello. Se mantiene con digoxina a dosis bajas e inician beta-bloqueantes a dosis bajas.

- Se extuba el día 27 de mayo sin incidencias posteriores. Presenta disfunción renal con oliguria que responde inicialmente a la medicación. También requiere trasfusión.

- Se inicia HEPARINA de bajo peso molecular a dosis profilácticas. Orientado y colaborador. Con estabilidad clínica se decide traslado a planta de hospitalización de Cirugía Cardíaca para continuar cuidados y tratamientos. Es dado de alta el 11 de junio de 2020.

- El 20 de julio de 2020 ingresa en el Servicio de Urgencias del CHUC con herida en miembro inferior izquierdo refiriendo el paciente que es a raíz de la intervención cardíaca de mayo de 2020, posterior a esto refiere evolución tórpida de herida de miembro inferior desde donde se obtuvo vena safena para realización de bypass. Se realiza cura y vendaje compresivo. Se le da el alta y seguimiento en consulta el miércoles.

- El 21 de agosto ingresa en el Servicio de Urgencias del CHUC, por cuadro de astenia y febrícula de unos 5 días de evolución sin otra sintomatología asociada. Ante la sospecha de endocarditis se realiza ETT donde se informa de endocarditis sobre válvula aórtica, absceso y fístula.

El Servicio de Cardiología decide ingreso en Coronarias. Llama la atención durante las primeras horas de ingreso que el paciente presenta una BAV Movitz II. Se inicia antibioterapia con ceftazidima, cloxacilina y dopamina y avisan a Microbiología por crecimiento de S. Epidermis de los dos cultivos. Durante el día 21 de agosto, progresa a un bloqueo auriculo-ventricular completo, pero con aceptable escape ventricular, por lo que no se decide colocar cables de marcapaso.

- El día 22 de agosto, se decide intervención quirúrgica emergente. En la misma, se objetivan adherencias pericardio-epicárdicas y pericardio-esternales nuevas. Puente de vena safena a descendentes posterior y de vena safena a obtusa marginar permeables. Prótesis aórtica con múltiples verrugas en sus tres velos. Se realiza sustitución valvular mitral por prótesis. Se objetiva insuficiencia mitral importante, por lo que se recambia válvula mitral. Se administra un total de 440 mg de HEPARINA y 200 mg de proteínas. Ingresa en UMI en el postoperatorio inmediato.

- Durante los primeros días persiste el shock mixto, vasopléjico y cardiogénico, con hipoproteinuria. También requiere transfusión de concentrados de hematíes, plaquetas y factores procoagulantes con mejoría progresiva. Se pasa a ventilación asistida por presión, con aceptable intercambio gaseoso y objetivando un mayor derrame pleural derecho a pesar del tubo de tórax colocado en el quirófano.

- El día 28 de agosto se colonizan las fosas nasales por MRSA del paciente. Se aumenta además la cobertura antibiótica puesto que en los cultivos extraídos en el quirófano se detecta un S. epidermoides. A pesar de la mejoría respiratoria, el paciente presenta importante miopatía, con debilidad generalizada de predominio en brazo izquierdo.

- El paciente presenta deterioro respiratorio, con neumotórax derecho importante, por lo que se decide colocar un tubo tórax. El día 29 de agosto presenta aumento de reactantes de fase aguda, aunque se mantiene afebril, con empeoramiento a nivel respiratorio, requiriendo aumento de peep y de presión inspiratoria.

- Se objetiva crecimiento de una Stenotrophomona maltophila en secreción bronquial. El día 3 de septiembre presenta empeoramiento de la función renal, así como aumento de la Stenotrophomona en secreción bronquial. Se colocan dos tubos de tórax y se inician lavados para drenar el derrame pleural. Persiste la disfunción sistólica severa. Presenta ligera mejoría de intercambio gaseoso.

- El día 12 de septiembre presenta nuevo deterioro a nivel respiratorio y anemización progresiva más plaquetopenia marcada. Empeoramiento hemodinámico y respiratorio, con anuria y necesidad continua de depuración extrarrenal.

- Desde el día 16 de septiembre, aumento de las necesidades de aminas para mantener adecuadas tensiones arteriales, con tendencia a la acidosis metabólica progresiva. El día 20 se encuentra en fracaso multiorgánico y empeoramiento respiratorio. Persiste fracaso renal con anuria, añadiéndose a todo el cuadro una disfunción hepática, con ligera coagulación, ascenso de transaminasas e hiperbilirrubinemia de manera progresiva.

- (...), finalmente fallece el 21 de septiembre de 2020.

Consideran los reclamantes que el fallecimiento fue debido a una mala praxis médica por:

- FALTA DE ATENCIÓN ADECUADA: El Sr. (...) entra en deterioro a partir de la operación programada en el CHUC, entendiendo que se cometió negligencia médica, en el momento en el que el paciente acude al Servicio de Urgencias el día 16/07/2020 presentando infección en la herida quirúrgica y lo remiten a su domicilio, habiendo sido sometido a una intervención peligrosa y que lo llevó a un nuevo ingreso, donde fue deteriorándose hasta producirse un fracaso multiorgánico secundario a Shock séptico de probable origen respiratorio refractario. El paciente ya presentaba antecedentes personales de cardiopatías, por lo que deberían haber estado más cuidadosos con su estado.

- EL PACIENTE ERA ALÉRGICO A LA HEPARINA Y PESE A ELLO SE LE SUMINISTRA HASTA EN CINCO OCASIONES:

1.- Durante la intervención quirúrgica del 21 de mayo de 2020.

2.- Durante el Posoperatorio en UVI del 21 al 28 de mayo: *«Plaqueotomía marcada durante el ingreso que obliga a transfusión de hemoderivados. Iniciamos HEPARINA de bajo peso molecular a dosis profilácticas».*

3.- En UVI del 3 al 11 de junio: *«Desarrolla anemia que necesita trasfusión en dos ocasiones, además de plaquetopenia secundaria a trombopenia inducida por HEPARINA y sepsis».*

4.- Durante su hospitalización en el Servicio de Medicina Interna el 3 de junio, se recoge en el informe: *«Desarrolla anemia que necesita transfusión en dos ocasiones,*

*además* de plaquetopenia secundaria a trombopenia inducida por HEPARINA y sepsis».

5.- Paciente ingresa el 21 de agosto en el Servicio de Urgencias del CHUC, se decide intervenirle quirúrgicamente el día 22 y durante la operación *se administra un total de 440 mg de HEPARINA y 200 mg de proteínas.*

Si no se le hubiera suministrado heparina, se podría haber evitado la sepsis, el fracaso renal y el posterior fallecimiento.

Cuantifica la indemnización solicitada en 94.391,17 euros, desglosados de la siguiente manera: Para la viuda: 73.508,17 euros y para los otros reclamantes 20.883 euros (10.441,50 cada uno).

## III

Los principales trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial son los siguientes:

**1.** El procedimiento comenzó mediante la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial el día 19 de septiembre de 2023 por (...), en representación de (...), (...) y (...) solicitando una indemnización por el fallecimiento de su esposo y padrastro, (...) como consecuencia presuntamente, del funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

Junto con la reclamación aportan el Auto de sobreseimiento provisional y archivo de 20 de julio de 2022 del Juzgado de Instrucción n.º 3 de La Laguna, y documentación clínica.

**2.** Por la Administración se requiere a los interesados para que subsanen y mejoren la reclamación presentada, mediante la aportación de testimonio de todo lo actuado en las Diligencias Previas n.º 2152/2020 incoadas por los hechos que son motivo de reclamación, cumplimentándose la solicitud con fecha 26 de octubre de 2023.

**3.** Mediante Resolución de la Secretaria General del SCS de 28 de noviembre de 2023 se admite a trámite la reclamación.

**4.** El 29 de noviembre de 2023 se solicita al Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) que *«a la vista de la historia clínica y recabado el oportuno informe del servicio cuyo funcionamiento haya presuntamente ocasionado la lesión, se emita por esa Inspección Médica informe en el que se concreten los siguientes extremos:*

*a) Lesiones producidas y presunta relación de causalidad entre dichas lesiones y la actuación del servicio público sanitario.*

*b) Cuantificación, en su caso, de la indemnización procedente».*

**5.** El Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) solicita que se reclame a los interesados los informes forenses emitidos en las Diligencias Previas, los cuales son presentados el 21 de diciembre de 2023.

**6.** El 29 de agosto de 2024, el Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) remite la HC y los informes recabados:

- Informe emitido el 16 de enero de 2024 por el Dr. (...), Jefe de Servicio de Urgencias del CHUC.

- Informe emitido el 18 de diciembre de 2023 por el Dr. (...), Jefe de Servicio de Cirugía Cardiovascular del CHUC.

- Informe emitido el 31 de enero de 2024 por la Dra. (...), Jefa de Servicio de Medicina Intensiva del CHUC.

- Informe del Servicio de Inspección y Prestaciones de 27 de noviembre de 2024.

**7.** Con fecha 9 de enero de 2025 se notifica a la interesada Acuerdo Probatorio.

**8.** El 31 de enero de 2025 los reclamantes presentan informe médico pericial por Especialista en Medicina Interna.

**9.** Concluida la fase de instrucción del procedimiento, el 17 de febrero de 2025 se acordó, el preceptivo trámite de audiencia a los interesados quienes formulan alegaciones dentro del plazo conferido.

En dichas alegaciones los reclamantes manifiestan su disconformidad con el informe del SIP y con los informes del Jefe de Servicio de Cirugía Cardiovascular del CHUC y de la Jefa de Servicio de Medicina Intensiva del CHUC, pues considera que en todos los informes médicos desde mayo de 2020 aparece reflejado que el paciente presentaba TIH (TROMBOPENIA INDUCIDA POR HEPARINA), a pesar de lo cual se le administra heparina al paciente.

**10.** No se solicita el informe preceptivo de los Servicios Jurídicos del Gobierno de Canarias [según se justifica en la Propuesta de Resolución], 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.

**11.** Con fecha 18 de marzo de 2025 por la Secretaria General, como órgano instructor, se formula Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación por no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

**12.** Mediante oficio de 20 de marzo de 2025, con registro de entrada en este Consejo Consultivo al día siguiente, se solicita la evacuación del dictamen del Consejo *ex* art. 81.2 LPACAP en relación con los arts. 11.1.D.e) y 12.3 LCCC.

# IV

**1.** La responsabilidad de las Administraciones Públicas, en el Ordenamiento Jurídico Español, tiene su base en el art. 106.2 del Texto Constitucional, al disponer que «*los particulares, en los términos establecidos por la Ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo casos de fuerza mayor, siempre que sean consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos».*

La remisión que se contiene en el precepto constitucional nos conduce, actualmente, a la aplicación de capítulo IV del Título preliminar LRJSP, cuyo art. 32 dispone:

*«Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley».*

A partir de dicha regulación, la Jurisprudencia ha venido a establecer los requisitos de la responsabilidad patrimonial de la Administración en la siguiente formulación que encontramos expuesta, entre otras, en la STS (Sala 3.ª) de 5 de diciembre de 2014 -ECLI:ES:TS:2014:4942- (Sec. 6.ª, rec. n.º 1308/2012, STS 4942/2014, FJ 3):

*« (...) la viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración requiere conforme a lo establecido en el art. 139 LRJAPAC: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas. b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en*

*una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor. d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta».*

En el concreto ámbito de la asistencia sanitaria, los principios que rigen la responsabilidad patrimonial de la Administración se recogen, entre otras muchas, en la sentencia del Tribunal Supremo de 19 de mayo de 2015 ECLI:ES:TS:2015:2494 (Sec. 4.ª, recurso n.º 4397/2010 STS 2494/2015, FJ 5), que se expresa del siguiente modo:

*«En relación con la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, ha señalado este Tribunal con reiteración (por todas, sentencias de 21 de diciembre de 2012, dictada en el recurso de casación núm. 4229/2011 y 4 de julio de 2013, recaída en el recurso de casación núm. 2187/2010) que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente, por lo que si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido ya que la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados.*

*Constituye también jurisprudencia consolidada la que afirma que el obligado nexo causal entre la actuación médica vulneradora de la lex artis y el resultado lesivo o dañoso producido debe acreditarse por quien reclama la indemnización, si bien esta regla de distribución de la carga de la prueba debe atemperarse con el principio de facilidad probatoria, sobre todo en los casos en los que faltan en el proceso datos o documentos esenciales que tenía la Administración a su disposición y que no aportó a las actuaciones. En estos casos, hemos señalado (Sentencias de 2 de enero de 2012, recaída en el recurso de casación núm. 3156/2010 y de 27 de abril de 2015, recurso de casación núm. 2114/2013 que, en la medida en que la ausencia de aquellos datos o soportes documentales puede tener una influencia clara y relevante en la imposibilidad de obtener una hipótesis lo más certera posible sobre lo ocurrido, cabe entender conculcada la lex artis, pues al no proporcionarle a los recurrentes esos esenciales extremos se les ha impedido acreditar la existencia del nexo causal».*

Por tanto, en materia de responsabilidad patrimonial sanitaria, el criterio básico utilizado es el de la *lex artis*, de suerte que la obligación del profesional de la

medicina es de medios y no de resultados: la obligación del médico es prestar la debida asistencia y no le es exigible la de garantizar en todo caso la curación del enfermo.

Y, por ello, la *lex artis* es el parámetro de actuación de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de sus actos, imponiéndoles el deber de actuar con arreglo a la diligencia profesional debida.

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).

Finalmente, como hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictamen 124/2024, de 12 de marzo), según el actual art. 32.1 LRJSP –similar al anterior art. 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común,- requisito indispensable para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como ordena la regla general de 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).

**2.** Sentada la anterior doctrina y aplicándola al caso que nos ocupa, a los efectos de analizar si en este caso se ha producido infracción de la *lex artis ad hoc* en la atención dispensada al paciente y ha habido nexo causal entre esa actuación médica vulneradora de la *lex artis* y el resultado lesivo o dañoso producido, es preciso partir del relato fáctico referido a la asistencia sanitaria dispensada por el SCS extraído de la historia clínica, del informe emitido por el Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del SCS, de los informes emitidos por los diferentes Servicios que intervinieron en la atención al paciente, así como de la documentación aportada por la reclamante durante la tramitación del procedimiento.

De este modo, resultan de interés para la emisión del presente Dictamen los siguientes hechos, que se deducen del expediente administrativo remitido:

- (...) de 73 años de edad en el momento de los hechos, presentaba como antecedentes personales: consumo de alcohol, hipertensión arterial, Diabetes mellitus tipo 2 con mal control metabólico, Cardiopatía isquémica coronaria con enfermedad arterial de dos vasos, miocardiopatía dilatada de origen isquémico y disfunción ventricular izquierda severa, Estenosis aórtica severa; quirúrgicos cirugía de fractura compleja C2 mediante artrodesis C1-C4 (julio 2015), cataratas.

- Con motivo de los antecedentes cardiológicos descritos el paciente mantenía seguimiento por el Servicio de Cardiología de La Palma.

Fue derivado para continuar el seguimiento al Servicio de Cardiología del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC en adelante) y allí fue valorado en Octubre de 2019, y se comentó su caso en sesión clínica, en la que se decidió derivarlo al Servicio de Cirugía Cardiovascular (CCV en adelante) para realización de revascularización coronaria y recambio de válvula aórtica (VAo en adelante). En esa consulta se recogen los antecedentes personales del paciente, entre los que consta «*no alergias medicamentosas conocidas*».

- En cuanto a los antecedentes personales relativos a alergias medicamentosas, en ese momento no consta ninguna alergia ni en su historia clínica de Atención Primaria ni en la del CHUC.

Así en la HC de su centro de salud, consta anotado en la consulta del día 13 de agosto de 2018 donde se solicita interconsulta a cardiología: *ALERGIAS: ALERGIAS MEDICAMENTOSAS NO CONOCIDAS (NO CONOCIDAS).*

- El día 19 de mayo de 2020 ingresó en la Unidad de Coronarias, remitido desde el Hospital de La Palma con estenosis aórtica severa con disfunción del ventrículo izquierdo severa con FE 32 %, recogiendo en la historia clínica del paciente sus antecedentes personales, donde figura anotado sin alergias medicamentosas conocidas en ese momento.

En dicha unidad se realizó acondicionamiento con levosimendan que cursó sin incidencias por lo que se trasladó a planta de hospitalización a cargo del Servicio de CCV.

- Se mantuvo ingresado a cargo del Servicio de CCV desde el 19 de mayo hasta el 16 de julio de 2020, aunque estuvo periodos de tiempo de este ingreso en el Servicio de Medicina Intensiva (UMI en adelante).

- El 21 de mayo de 2020 se intervino mediante realización de doble bypass aortocoronario y sustitución de la VAo pasando directamente tras la intervención a UMI para estabilización del paciente que salió de la cirugía en situación de disfunción sistólica severa (fallo de la función contráctil del corazón) con necesidad de fármacos vasopresores (aumentan la presión arterial para mantener el flujo sanguíneo y evitar daño en órganos vitales) y balón de contrapulsación (dispositivo para ayudar a la circulación cardíaca). En la valoración a su ingreso en este servicio consta «*sin alergias medicamentosas*».

Consta anotado en informe de alta de UMI: «Se deja pericardio abierto, y pleuras ambas abiertas con 2 drenajes en cada una de ellas y otro drenaje mediastínico. Se revierte heparinización con 180 + 25 mg de protamina. Destacar tendencia al sangrado en sábana a pesar de hemostasia. Tras ello se traslada a UVI.

Inicialmente con importante tendencia al sangrado con anemización y plaquetopenia, que requiere transfusión de hemoderivados así como tranexámico, fibrinógeno y un recuerdo de protamina, con lo que cede el sangrado.

Plaquetopenia marcada durante el ingreso que obliga a transfusión de hemoderivados. Iniciamos heparina de bajo peso molecular a dosis profilácticas».

En UMI se realizaron múltiples intervenciones destinadas a la estabilización del paciente como fueron inicio de otro fármaco vasopresor en perfusión, transfusión de hemoderivados con factores favorecedores de la coagulación logrando ceder el

sangrado, administración de levosimendán a los 4-5 días de la cirugía por persistencia de disfunción sistólica severa. Al quinto día de ingreso se retiró el balón de contrapulsación y se fueron disminuyendo de forma progresiva los fármacos vasopresores con aceptable respuesta.

El 27 de mayo se realizó extubación sin incidencias manteniendo el paciente un patrón respiratorio con excelente intercambio gaseoso. Ese mismo día se describe fracaso renal agudo solventado pautando fármacos diuréticos que se pudieron retirar de forma progresiva.

En el evolutivo del 28 de mayo se describe «plaquetopenia igual que ayer sin anemización ni datos de sangrado activo, inicio enoxaparina 20/24horas y vigilar cifras de plaquetas». Ese día, en situación de estabilidad, se traslada a planta de hospitalización a cargo del Servicio de CCV.

- Se traslada a Planta de hospitalización de CCV desde el 28 mayo hasta el 3 de junio. En planta de hospitalización presentó un episodio de «*vómitos en posos de café*» por lo que se solicitó valoración por el Servicio de Digestivo planteándose estudio mediante gastroscopia, no realizada finalmente por nuevo ingreso del paciente en UMI a los pocos días.

- El 30 de mayo se deja constancia de que no se inicia enoxaparina por esputos hemoptoicos y al día siguiente se registra la necesidad de transfusión de dos concentrados de hematíes por anemización.

- El 1 de junio se realizó interconsulta al Banco de Sangre y Coagulación indicando que el paciente no había presentado plaquetopenia ni alteración de la coagulación previo a la cirugía y solicitan descartar anticuerpos antiheparina.

Consta anotado en HC de Medicina Interna: «*Se ha solicitado IC a hematología para descartar ac antiheparina y recomiendo (mientras) no utilizar HBPM dado que no lo precisa por las alteraciones basales de la coagulación (solo se ha vuelto a prescribir por profilaxis de TVP, VPA biologica y en RS)».*

Fue valorado por el servicio de Banco de Sangre y Coagulación que revisó la historia clínica del paciente registrando *«Trombocitopenia (disminución de plaquetas) progresiva desde la intervención quirúrgica en probable relación con consumo/multifactorial (cirugía, infección, bacteriana, fármacos), respecto al estudio de coagulación también se ve alteración sugestiva de consumo, cifras previas dentro de la normalidad. Se realiza test de*

*trombocitopenia inducida por heparina siendo POSITIVO. Presentes también otras causas de consumo de plaquetas (coagulopatía de consumo, bomba, infección (…) )».*

Estos resultados confirmaron el diagnóstico de trombocitopenia inducida por heparina (TIH en adelante) por lo que se indicó retirar heparina (HNF, HBPM, catéteres, circuitos) y sustituir por otro anticoagulante (fondaparinux en este caso) ajustando dosis según la función renal del paciente. Cabe apuntar que en dicha valoración ya se informa que el paciente presenta otras causas de disminución de plaquetas y no solo la TIH. Por tanto, desde el 3 de junio de 2020 se conocía el diagnóstico de trombocitopenia inducida por heparina (TIH).

Según señala el SIP en su informe, la trombocitopenia inducida por heparina se caracteriza por la existencia de anticuerpos contra el complejo heparina-factor plaquetario en pacientes en tratamiento con heparina lo que conlleva a la formación de trombina que induce a la formación de trombosis venosa o arterial entre un tercio y la mitad de los pacientes, siendo esta la principal causa de problemas clínicos y no la trombocitopenia.

- Consta que una vez confirmado el TIH en dos determinaciones, se retiró cualquier tipo de heparina (HNF, HBPM/cateteres/circuitos) y se inició tratamiento con Fondaparinux con recuperación en la cifra de plaquetas y sin complicaciones tromboembólicas.

*«Comentario (junio 2020):*

*- En casos de TIH se debe mantener el tratamiento anticoagulante al menos 1 mes a partir de la recuperación en la cifra de plaquetas (si no ha existido evento trombótico) y al menos 3 meses (en el caso de que haya existido trombosis).*

*- Se debe tener la precaución de no volver a administrar heparina de por vida (salvo en casos concretos, con valoración previa)».*

- Ingresó en UMI desde el 3 hasta el 11 de junio con bajo nivel de consciencia e insuficiencia respiratoria en contexto de bacteriemia (presencia de bacterias en sangre). Durante su estancia en UMI se mantuvo monitorizado dando un soporte global para la corrección de parámetros alterados logrando la estabilidad hemodinámica, respiratoria y cardiológica siendo dado de alta a planta de hospitalización nuevamente.

- Ingresa en Planta hospitalización de CCV desde el 11 junio al 16 de julio, cuando fue dado de alta a domicilio afebril, clínica y hemodinámicamente estable describiendo buena cicatrización de la herida quirúrgica. En el informe de alta consta

ya como antecedentes personales *«ALERGIA A HEPARINA»,* además se recogen las recomendaciones para la prevención de la endocarditis infecciosa explicando que al ser un paciente cardiópata tiene mayor riesgo de este tipo de infección por lo que se le recomienda extremar la higiene dental, consultar ante sospecha de todo tipo de infección para tratamiento antibiótico y tomar antibiótico profiláctico previo a determinadas intervenciones.

- El 21 de agosto acudió al SUH del CHUC, más de un mes tras la valoración previa en este servicio, por febrícula y astenia de 4-5 días de evolución. Fue valorado por el Servicio de Medicina Interna solicitando estudio etiológico de la fiebre con hemocultivos positivos (S.epidermidis) y ecocardiograma transtorácico detectando endocarditis sobre prótesis en VAo y absceso por lo que se inició antibiótico y se indicó cirugía urgente.

El 21 de agosto de 2020 en Cardiología se anota: «Alergias Conocidas -HEPARINA (PA-1416) - Seguridad: Seguro - Trombocitopenia inducida por heparina (TIH)».

- El 22 de agosto de 2020 se llevó a cabo la cirugía por endocarditis infecciosa con realización de sustitución valvular mitroaórtica y cierre de fístula. Se administra un total de 440 mg de heparina y 200 mg de protamina.

- El 28 de agosto de 2020 el Servicio de Hematología y Hemoterapia emite informe ante la solicitud de valoración (tratamiento anticoagulante) por varón de 73 años ingresado en UCI con antecedente de trombocitopenia inducida por heparina (diagnóstico de ingreso previo de mayo de 2020), y se señala: «*La monitorización por niveles de anti-Xa de las HBPM no es aplicable al fondaparinux. En este caso con un ClCr actual entre 20 y 50 mL/min la dosis que le corresponde con intención de profilaxis de ETV es la de 1,5 mg/24h. En el caso de que se precisen dosis terapéuticas, se debe valorar la posología con precaución. Se debe evitar el uso de heparina en cateteres, etc».*

- Tras la estabilización postoperatoria presentó una evolución tórpida. Presenta neumotórax. En la ecografía pleural se objetiva derrame pleural derecho con abundantes tractos en su interior. En Rx de tórax persiste imagen de neumotórax.

- El 1 de septiembre de 2020 el Servicio de Cirugía torácica valora al paciente para drenaje endotorácico con derrame pleural derecho + neumotórax derecho en el contexto de postoperatorio.

En el evolutivo consta: «El paciente ha presentado evolución tórpida postoperatoria precisando aminas para soporte circulatorio, con persistencia de

hemocultivos positivo para Epidermidis y colonización por MRSA. Sd de fracaso renal precisando perfusión de furosemida para mantener diuresis e infección de herida quirúrgica por Pseudomona aeruginosa y TRÁQUEOBRONQUITIS POR STENOTROPHOMONA.

El paciente presenta, en los controles radiológicos sucesivos, acumulación progresiva de derrame pleural derecho más visible desde el día 28/08/2020 a pesar de mantenerse los drenajes postoperatorios (retirados el día 30/08??). El día 30/08/2020, el paciente precisa PEEP 8mmHg y se diagnostica neumotórax derecho parcial que precisa colocación de drenaje endotorácico de grueso calibre 20F por parte del S. de UVI con expansión pulmonar completa inicialmente. Se vuelve a visualizar neumotórax en control del día 31/08/2020 coincidiendo con empeoramiento clínico del paciente, que ha mejorado, parcialmente en el control del día 01/09/2020. Avisan para valoración de drenaje y para valorar drenaje del derrame pleural».

- El 2 de septiembre de 2020 el Médico responsable de UVI, muestra a Cirugía torácica imágenes de ecografía donde aparenta la presencia de múltiples coágulos probablemente secundarios a la intervención que impresionan de organizados de difícil manejo a través de drenaje. Dado el estado del paciente, se decide actitud expectante.

- El 4 de septiembre de 2020 el paciente presenta recidiva de neumotórax que no cede a pesar de limpieza del drenaje que se ha obstruido con un coágulo. Su médico responsable hoy insiste, junto con su C. Cardíaco, en que es preciso buscar una solución al contenido pleural (posiblemente coágulos secundarios a la cirugía) debido a que existe una Stenotrophomonas maltophilia (psemal) en el exudado bronquial que puede estar «*acantonada*». Al mismo tiempo, el neumotórax y el derrame no permiten, según su médico responsable de UVI, progresar en el destete.

En ese momento el estado del paciente era: NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA POR STENOTROPHOMONAS MALTOPHILIA + NEUMOTÓRAX, ENDOCARDITIS INFECCIOSA POR S. EPIDERMIDIS, SHOCK MIXTO (SÉPTICO Y CARDIOGÉNICO), PLAQUETOPENIA MULTIFACTORIAL, FRACASO RENAL AGUDO AKIN 2, INFECCIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA EN MIEMBRO INFECCIÓN DERECHO POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA, MIOPATÍA, MONOPARESIA-PLEJIA DE MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO, PORTADOR DE MRSA EN FOSAS NASALES.

Precisa múltiples aminas vasoactivas para mantener tensiones con desestabilización con la movilización así como su patología de base. No está indicada

la instilación de fibrinolíticos en el Espacio pleural ni la realización de un lavado quirúrgico (el paciente no tolera el decúbito lateral ni colapso pulmonar para una VATS y una toracotomía podría resultar contraproducente en la mecánica respiratoria del paciente así como suponer un riesgo prohibitivo debido a todos los focos infecciosos del paciente en el momento actual, por no hablar de las múltiples adherencias presentes por tratarse de un derrame hemático de varios días de evolución en un paciente postoperado de cardíaca con apertura del espacio pleural que podría suponer mayor daño de un parénquima pulmonar ya afecto por una NEUMONÍA POR STENOTROPHOMONAS MALTOPHILIA), por lo que se precisa un manejo «*conservador*» de los restos hemáticos presentes en cavidad pleural desde el día 28/08/2020 (postoperatorio que, implicó sangrado por adherencias pleuropulmonares que precisó colocación de tachosil).

- El 6 de septiembre de 2020, se aprecia neumotórax en control radiológico y el paciente presenta importante cantidad de coágulos en la boca de procedencia incierta. En el drenaje apical sale líquido serohemático. Inicialmente en el drenaje había un contenido de 120cc de líquido transparente y, al final del lavado, hay 420cc en total. Procedo a lavado y movilización del drenaje basal con extracción de abundantes coágulos y contenido hemático oscuro. Se resuelve el neumotórax.

- El 9 de septiembre de 2020 en RX TÓRAX: práctica desaparición del contenido hemático retenido. Cámara apical anterior y engrosamiento pleural latero basal derecho.

- El 11 de septiembre de 2020 presenta en TC derrame pleural bilateral y líquido libre en abdomen.

- El 20 de septiembre de 2020 la evolución era:

Situación HEMODINÁMICA muy deteriorada, en ritmo sinusal apoyado con PC de Amiodarona 900 mg/d precisando aminas a dosis altas: Noradrenalina a 1,3992 µg/kg/min y Dobutamina a 4,1152 µg/kg/min. Sigue aumentando el valor de NT proBNP 23137 pg/mL y se mantiene elevada la Troponina T 122,00 pg/mL. A nivel RESPIRATORIO desadaptado de la ventilación mecánica en CPAP/ASB que al profundizar sedación volvemos a BiPAP, manteniendo en ambos casos un intercambio gaseoso aceptable y RX sin cambios. Está pendiente de traqueostomía quirúrgica. A nivel HEMATOLÓGICO anemia y trombopenia importantes: Hemoglobina 6,7 g/dL y Plaquetas 30 x10E3/mm3. Elevación de Dímero D 4832 ng/ml. Recibe Epoetina Alfa

5000 UI SC y Epoprostenol sodico 333,3333 ng/min. Actividad de protrombina 72,0 %, Fibrinógeno 612 mg/dL y APTT 31,8.

Desde el punto de vista INFECCIOSO afebril con Leucocitos de 6,17 x10E3/mm3 y Neutrófilos 91,4 %, cifras elevadas de Procalcitonina 2,69 ng/ml y Proteína C reactiva 170,02 mg/L y cobertura antimicrobiana dirigida con Piperacilina-Tazobactam, Daptomicina, Rifampicina, Cotrimoxazol y Anidulafungina.

PLAN: Situación de mal pronóstico. Transfusión de 2 CCHH y 1 pool de Plaquetas. Resto según evolución.

- El 21 de septiembre el paciente en situación de fracaso multiorgánico, con noradrenalina a 1.9 mcg/kg/min y tensiones arteriales de 80/40 mmHg que no responde a volumen ni a aumento de aminas. Se añadió ayer al tratamiento dado que el paciente estaba en un shock séptico refractario terlipresina con nula respuesta a la misma y con deterioro progresivo de la función hepática. Acidosis metabólica hiperlactacidémica, con ascenso de láctico hasta 4.5 mmol/L y con disfunción sistólica severa. Bajo efectos de la sedoanalgesia, intubado y conectado a ventilación mecánica. Deterioro del intercambio gaseoso progresivo, con PaO2/FiO2 de 130 esta mañana, con presiones elevadas en el respirador, con complianza fracamente disminuida y saturaciones periféricas de 70 %, en el contexto de una nueva neumonía asociada a ventilación mecánica por Stenotrophomona maltophilia que persiste en las secreciones a pesar de antibioterapia dirigida. Fracaso renal con hemofiltro, plaquetopenia progresiva que se acompaña de anemización frecuente que requiere transfusiones de hemoderivados. El paciente evoluciona de forma desfavorable, siendo éxitus el día 21/09 a las 10:50 horas. Se informa a su familia (esposa y cuñada).

**3.** Los motivos en que los reclamantes fundamentan su acción resarcitoria por responsabilidad patrimonial, es que el paciente era alérgico a la heparina y pese a ello se le administra hasta en 5 ocasiones. En la intervención quirúrgica del día 22 de agosto se administra un total de 440 mg de HEPARINA y 200 mg de proteínas. Si no se le hubiera suministrado heparina, se podría haber evitado la sepsis, el fracaso renal y el posterior fallecimiento, sostienen los reclamantes en este procedimiento.

Del análisis de la HC podemos concluir que efectivamente el paciente era alérgico a la heparina, ahora bien, se conoce la misma en junio de 2020. Previamente, no se conocían alergias a medicamentos.

Así el propio SIP reconoce que estando ingresado en planta de hospitalización de CCV el 1 de junio se realizó interconsulta al Banco de Sangre y coagulación indicando que no había presentado plaquetopenia ni alteración de la coagulación previo a la cirugía y se solicitaba descartar anticuerpos antiheparina, por tanto, fue en ese momento en el que hubo sospecha de patología relacionada con la heparina. El servicio responsable estudió al paciente estableciendo el diagnóstico de TIH por lo que se indicó suspender la heparina e iniciar otro anticoagulante.

Ahora bien, a pesar de figurar ya entre sus antecedentes la alergia a la heparina desde principios de junio de 2020 con indicación de «*tener la precaución de no volver a administrar heparina de por vida (salvo en casos concretos, con valoración previa)»,* en el ingreso de por endocarditis infecciosa el 21 de agosto en el CHUC, y constar anotado en Cardiología se anota: «*Alergias Conocidas -HEPARINA (PA-1416)- Seguridad: Seguro - Trombocitopenia inducida por heparina (TIH)»,* el 22 de agosto de 2020 en la cirugía por endocarditis infecciosa se administra un total de 440 mg de heparina y 200 mg de protamina.

Una actuación que, al menos en apariencia, resulta totalmente contraria a la *lex artis ad hoc*.

Llama la atención que en el informe del Servicio de Cirugía cardiovascular, emitido tras la reclamación, se dice «NO ES CIERTO que el paciente fuera alérgico a la HEPARINA, dado que se le fue administrada en el Cateterismo cardiaco y durante la extracorpórea no hubo en ningún momento reacción alérgica».

Dicha manifestación resulta sorprendente y parece desafortunada, por cuanto dicha alergia consta anotada en su HC, ahora bien es a partir de junio de 2020 cuando se conoce.

En cuanto a la relación de causalidad entre la aparente mala praxis médica consistente en administrar heparina en la cirugía pese a presentar alergia a la heparina, y el resultado final del fallecimiento el SIP descarta toda relación causal al indicar:

*«En la reclamación se recoge "SI NO SE LE HUBIERA SUMINISTRADO HEPARINA, SE PODRÍA HABER EVITADO LA SEPSIS, EL FRACASO RENAL Y EL POSTERIOR FALLECIMIENTO", lo cuál no se ajusta a la realidad documental. Previo a la primera intervención no se conocía el diagnóstico de TIH como ya se ha aclarado y la administración de heparina durante la intervención el 22 de agosto no guarda nexo causal con el fallecimiento como se detallará a continuación.*

*Tras esa segunda cirugía se llevó a cabo una monitorización estrecha del paciente quedando registro de un aumento progresivo del nivel de plaquetas (92000-114000-106000-124000/uL) hasta conseguir un valor dentro de rangos normales (>150000/uL) el 4 de septiembre, por tanto, si se administró heparina necesaria durante la cirugía esto no tuvo repercusión en la evolución acontecida. A partir del día 6 de septiembre comenzó una disminución progresiva de los valores de plaquetas partiendo ese día de 149000/uL y llegando a presentar 46000/uL el 19 de septiembre».*

El SIP también señala las conclusiones del Médico forense como relevantes al señalar: *«Las conclusiones médico-forenses de la autopsia practicada establecen que se trató de una muerte natural cuya causa inmediata fue un cuadro de shock y fallo multiorgánico, siendo la causa fundamental de la muerte una pericarditis, endocarditis, bronconeumonía, pleuritis y cardiopatía isquémica severa, todas ellas patologías infecciosas e isquémica sin relación en su fisiopatología con la trombocitopenia inducida por heparina, reiterando que la administración de heparina fue solventada».*

Ahora bien, debe precisarse que el Médico forense no entró a valorar la alergia a la heparina y la repercusión de su administración en el resultado final por cuanto en la denuncia de los familiares presentada el mismo día del fallecimiento sólo manifiestan que hubo omisión en el tratamiento por no realizar la traqueotomía no adoptando las medidas terapéuticas adecuadas. Posiblemente no se hizo referencia a la alergia a la heparina y su error en la administración porque los familiares desconocían dichos datos clínicos.

El Médico Forense concluye sobre la existencia o no de negligencia en el fallecimiento del perjudicado el cuál manifiesta *«Que se ratifica en los informes elaborados en el presente caso, añadiendo que tras la valoración de toda la información facilitada, tanto el seguimiento como el tratamiento efectuado son adecuados, correctos y aceptados universalmente en la práctica médica diaria, no existiendo en mi opinión negligencia alguna que influyera en el fallecimiento de (...)».*

Por otra parte en el informe del Servicio de Medicina Interna en primer lugar se manifiesta que este paciente presentaba una situación de riesgo elevado de acuerdo con los scores de gravedad, luego describe la actuación llevada a cabo en su servicio, que se estima correcta, y en cuanto a las causas del fallecimiento no las especifica, pues sólo señala que el fallecimiento se produce tras la segunda cirugía cardíaca por el cuadro de endocarditis con disfunción multiorgánica. Es decir que la segunda cirugía se hace por presentar endocarditis, y el fallecimiento se produce después de la cirugía.

Por su parte, los reclamantes presentan informe pericial por Especialista en Medicina Interna, que señala:

*«En nuestro caso al poner la heparina IV, se produjo una plaquetopenia muy grave, con episodios de sangrado y hemorragias, que a pesar de tratamiento termino con la vida del paciente. SI EL PACIENTE ES ALERGICO A LA HEPARINA LA INDICACIÓN PRINCIPAL ES : Evitar la heparina en cualquier forma, incluso en la preparación de los circuitos extracorpóreos, para prevenir la exacerbación de la TIH.*

*A su llegada al hospital , en el análisis de ingreso y antes de la operación las cifras de plaquetas y de coagulación fueron normales. Sin embargo, después de poner la heparina IV, se produjo un descenso drástico en el número de plaquetas con episodios de sangrado muy grave, que complicaron el posoperatorio inmediato terminando con la muerte del paciente.*

*El paciente estaba diagnosticado de TIH, a pesar de ello, se le administro durante la cirugía cardiaca 400 mg de heparina IV, lo que provoco numerosos episodios de sangrado, disminución muy grave de las plaquetas y probablemente complicaciones trombóticas, produciendo en última instancia la muerte del paciente. SU ALERGIA A LA HEPARINA, ERA CONOCIDA, PUES YA HABIA SUFRIDO UN EPISODIO GRAVE DE TIH Y A PESAR DE ESTAR ESCRITO EN TODOS LOS INFORMES MÉDICOS PREVIOS, DURANTE LA INTERVENCION QUIRURGICA SE LE PUSO HEPARINA IV, QUE ACABO CON SU VIDA».*

En el examen del análisis del procedimiento tramitado, se advierte que este informe pericial se aporta por los reclamantes con posterioridad al informe del SIP y de los Servicios intervinientes, sin que tras su presentación se haya remitido el mismo al SIP para efectuar un informe complementario que analice el contenido del nuevo informe pericial.

Resulta fundamental, por tanto, que este informe pericial sea convenientemente valorado pues tratándose de una cuestión eminentemente técnica, concerniente a la ciencia médica, y existiendo discrepancias e insuficiencias que es necesario esclarecer, este Consejo Consultivo no dispone de los elementos de juicio suficientes para su correcta valoración, por lo que se considera necesario retrotraer el procedimiento, para recabar un Informe complementario del SIP, con el siguiente contenido**:**

Que se pronuncie sobre el contenido del informe pericial aportado por los reclamantes con posterioridad al informe del SIP que obra en el expediente.

Que se esclarezca, además, la posible repercusión en la evolución del paciente de la administración de heparina en la cirugía 22 de agosto de 2020 y en otros momentos del curso de su atención por el SCS, y en particular si la llamada TIH pudo

influir en la aparición de los padecimientos y complicaciones o aumentó la probabilidad de que se produjeran unos y otras y se determine si la administración de la heparina pudo coadyuvar, en alguna medida, junto con el resto de las patologías y gravedad de las mismas, a la evolución tórpida del paciente.

Que también se esclarezca y precise -dado que en el informe pericial se dice que tras recibir la heparina IV, se produjo una plaquetopenia muy grave, con episodios de sangrado y hemorragias, y en la HC consta que el día del fallecimiento presenta, plaquetopenia progresiva que se acompaña de anemización frecuente que requiere transfusiones de hemoderivados- si, como señala el SIP, existió normalización de las cifras de plaquetas y sin presentar eventos tromboembólicos.

Y, si se produjo la reversión de la llamada TIH y también la normalización referida, qué fundamento y alcance debe darse a la mención en la historia clínica que aparece reflejada el día antes del fallecimiento que refiere *anemia y trombopenia importantes.*

Así, en conclusión y en síntesis, dada la incertidumbre que se deriva de la necesidad de tales informaciones y aclaraciones complementarias y en aras a garantizar los derechos de los interesados, resultará preciso de acuerdo con los criterios sostenidos en supuestos similares por la doctrina de este Consejo, (recientemente, DCC 151/2025), recabar del SCS la emisión de los indicados informes, que habrán de pronunciarse sobre lo expresado en el párrafo anterior.

Después de todo ello, habrá de otorgarse el trámite de vista y audiencia a los interesados y, finalmente, se podrá emitir una nueva Propuesta de Resolución, que podrá ser objeto del preceptivo dictamen de este Consejo Consultivo.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, que desestima la reclamación formulada, no se considera conforme a Derecho, pues es necesario retrotraer las actuaciones por los motivos expuestos en el Fundamento IV, apartado 3 del presente Dictamen.