Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 4 3 6 / 2 0 2 5

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 20 de octubre 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 (...), (...), (...) y (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 396/2025 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 3 de septiembre de 2025 (registro de entrada de fecha 9 de septiembre de 2025), tiene por objeto la Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación formulada por (...), (...), (...), (...), por el fallecimiento de (...), esposo y padre, respectivamente, derivado presuntamente del funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

2. La cuantía indemnizatoria solicitada (354.472,50 euros) determina que la solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias en relación con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

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

3. 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.

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

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 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.

4. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva.

4.1. Los reclamantes, hijos y esposa 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, los hijos y esposa del fallecido están legitimadas exclusivamente por el daño moral que la muerte de su padre les ha causado.

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

5. La reclamación se entiende interpuesta dentro del plazo de un año legalmente establecido en el art. 67.1, párrafo primero LPACAP, puesto que el fallecimiento se produce el día 1 de junio de 2019 y la reclamación se presenta el 12 de agosto de 2020. Debe tenerse en cuenta que el plazo de prescripción quedó suspendido por aplicación del Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, cuya disposición adicional cuarta dispone que los plazos de prescripción y caducidad de cualesquiera acciones y derechos quedarían suspendidos durante el plazo de vigencia del estado de alarma y, en su caso, de las prórrogas que se adoptaren. Posteriormente, el art. 10 del Real Decreto 537/2020, de 22 de mayo, estableció que con fecha 4 de junio de 2020 se alzaba la suspensión de los plazos de prescripción y caducidad de derechos y acciones, de modo que para determinar el día final del plazo se adiciona a partir del día de vencimiento ordinario, computado

de fecha a fecha, los días naturales del periodo de interrupción o suspensión (82 días naturales).

De modo que la reclamación se presenta dentro del plazo de un año legalmente previsto en el art. 67 LPACAP.

6. El plazo para la tramitación del expediente de responsabilidad patrimonial es de seis meses; transcurridos los cuales, si no se notificara al interesado resolución expresa, se produciría 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 con creces 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 no impide, sin embargo, la resolución del procedimiento; pesando sobre la Administración la obligación 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

En lo que se refiere a los antecedentes de hecho que han dado lugar al presente procedimiento, podemos señalar los siguientes extraídos tanto de la Propuesta de Resolución, donde se procede a efectuar una síntesis de lo manifestado por los reclamantes, como del propio escrito de reclamación:

- El 1 de abril de 2019, (...) acude al Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC) por presentar mareos acompañados de cortejo vegetativo y dolor opresivo centrotorácico, con irradiación hacia la espalda. Tras la realización de un conjunto de pruebas exploratorias se efectuaron los siguientes diagnósticos: Fibrilación Auricular Paroxística con respuesta ventricular rápida; Síndrome Coronario Agudo sin elevación de ST. Secundario.

Al momento del ingreso se hallaba en tratamiento con Adiro 100 y Brilique 60 mgr, que está indicada en pacientes con riesgo aterotrombótico. El paciente había tenido algunos episodios de ictus, así como también se le había colocado varios stents en las arterias coronarias.

- Tras ser atendido en el Servicio de Urgencias, la medicación es modificada parcialmente, suspendiéndose el Brilique el día 2 de abril de 2019 y siendo sustituido

por Plavix (Clopidogrel). Asimismo, se administró Heparina no fraccionada (HNF) durante su ingreso.

- El 4 de abril de 2019, recibe el alta hospitalaria. El tratamiento prescrito consiste en Clopidogrel 75 mg (Plavix) y Clexane 80 mg 1 inyectable /24 h (Heparina de Bajo Peso Molecular). Se trata de un anticoagulante, reflejándose en el informe clínico de alta que se prosiguiera con la administración de Clexane hasta el inicio del tratamiento anticoagulante oral por parte del Servicio de Hematologia.

- Junto a las prescripciones farmacológicas citadas se recomendó al paciente el control por su médico de Atención Primaria, Cardiólogo y Nefrólogo, siendo también remitido al Servicio de Hematología para inicio de tratamiento anticoagulante oral crónico con Sintrom.

Sin embargo, de lo que se desprende del documento elaborado en relación con la Gastroscopia realizada el 7 de mayo de 2019, el paciente se hallaba tomando Plavix —que no había sido suspendido—, siendo la última toma el día anterior, y Heparina subcuténea, habiéndose administrado la última inyección a las 08:00 hs del día anterior. De esto se infiere, al parecer, que el tratamiento con Heparina no había sido sustituido por Sintrom previamente a la Gastroscopia.

- En la consulta preanestésica efectuada el día 7 de mayo de 2019, antes de la Gastroscopia, se refleja que el paciente estaba en ese momento en tratamiento con Clexane 80 mg/cada 24 h. (Heparina de Bajo Peso Molecular), Clopidogrel, nombre comercial Plavix (ultima toma el día anterior) y Adiro 100 mg. (última toma la noche anterior).

- En un paciente anticoagulado y antiagregado al que se le va a practicar una intervención, había que ponderar el riesgo trombótico que supone retirar la medicación con el riesgo hemorrágico que pueda deducirse por el hecho de mantener los fármacos antiagregantes y anticoagulantes.

El objetivo de la realización de la Gastroscopia era el control del esófago de Barret, una Gastroscopia diagnóstica. Sin embargo, al realizar el procedimiento se apreciaron varios pólipos situados en duodeno y se tomaron biopsias. En la gran mayoría de las cirugías o de los procedimientos intervencionistas requieren la suspensión del tratamiento anticoagulantes. Sin embargo, hay una serie de procedimientos en los que el riesgo de mantener la anticoagulación conlleva un

riesgo de hemorragia muy bajo y asumible por el operador; lo que lleva a que se valore no interrumpir la anticoagulación.

- Tras la realización de la endoscopia, el paciente empeoró clínicamente y hubo de ser intervenido de urgencia, hallándose un desgarro de la pared de la curvatura menor del estómago.

Se podía haber demorado la realización de la endoscopia y/o haber retirado alguno de los fármacos —todavía no eliminados o sustituidos por otros como Sintrom—, que luego pudieron influir en la producción de una mayor hemorragia. El protocolo aconsejaba esperar a realizar la gastroscopia hasta sustituir y modificar el tratamiento de antiagregantes y anticoagulantes y tomar un tiempo hasta que el paciente se hubiese estabilizado son su nuevo tratamiento y ello habida cuenta de que no se trataba de una endoscopia terapéutica ni de alguna actuación que no se pudiera demorar.

- El problema de inicio y por el que se desencadenó toda la serie de circunstancias clínicas que abocaron finalmente en el fallecimiento del paciente, fue la perforación y desgarro gástrico y esplénico, junto a la consecuente sepsis, para los que el influjo de los fármacos no fue relevante, si bien influyeron indudablemente en la cuantía del hemoperitoneo y en la dificultad de explorar un abdomen, que se encontraba lleno de sangre.

- Tras la endoscopia, al despertar de la anestesia, el paciente siente mucho dolor, lo que se comunica al facultativo, que lo atribuye a los gases que se introducen durante la endoscopia para visualizar bien la víscera. Le comenta que se le pasará enseguida. Posteriormente, se informa a su esposa, que ha sufrido un Síndrome sincopal con bajada de tensión arterial. Sobre las 16:11 horas el paciente entra en el Servicio de Urgencias, para tratamiento del dolor y por disminución de tensión arterial durante la endoscopia.

- En cuanto a la causa de la perforación hay que tener en cuenta que, en la zona gástrica donde se produjo no había una lesión previa y, por tanto, no puede ser atribuible dicho desgarro al hecho de que al querer extirpar una lesión, al querer cauterizarla, se hubiese producido la perforación. Pudo originarse o bien por una lesión mecánica directa del endoscopio en la pared gástrica, o bien por un exceso en la cantidad de aire insuflado en el estómago al realizar la endoscopia. Lo adecuado era y es investigar el origen y los motivos del cuadro clínico que presenta el paciente para hacer frente a ello a la mayor brevedad posible.

- Tras haber sido sometido el Sr. (...) la noche del 7 de mayo de 2019 a una intervención quirúrgica cuyo objetivo era reparar la perforación de estómago y las dos laceraciones en bazo, la evolución seguida por el paciente fue tórpida, fundamentalmente durante su estancia en la planta de Cirugía (desde el 14 hasta el 28 de mayo de 2019). Se desarrolló una Sepsis Abdominal, y una Neumonía.

- El paciente fue intervenido quirúrgicamente el 29 de mayo de 2019, objetivándose un plastrón inflamatorio a nivel del ángulo hepático del colon cuya dificultosa liberación produjo un importante sangrado en el lecho hepático donde estaba el colon fusionado, con pérdida de unos dos litros de sangre y ocasionándose un Shock Hipovolémico, fallo multiorgánico y fallecimiento el día 1 de junio de 2019.

Por tanto, los reclamantes consideran que el fallecimiento de (...) fue debido a la falta de diligencia en la asistencia sanitaria prestada, dado que no se tuvieron en cuenta los antecedentes personales del paciente y la medicación prescrita, en el momento de realizar la gastroscopia y dado que en la misma se produjo un daño desproporcionado que no se supo resolver y que, finalmente, desembocó en su fallecimiento de (...).

Cuantifican la indemnización solicitada en 354.472,50 €.

III

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

1. El procedimiento se inicia mediante la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada el día 12 de agosto de 2020, por (...), (...), (...), (...) y (...), por el fallecimiento de (...), esposo, padre y hermano, respectivamente, derivado presuntamente del funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, en los términos expuestos anteriormente.

2. Se requiere a los interesados a fin de que subsanen y mejoren la reclamación formulada, presentándose, con fecha de registro de entrada de 27 de agosto de 2020, la documentación requerida, junto con escrito en el que la hermana del fallecido, (...) desiste de la reclamación.

3. Mediante Resolución del director del Servicio Canario de la Salud de 30 de septiembre de 2020, se admite la reclamación formulada y se ordena el inicio del procedimiento.

4. El 30 de septiembre se solicita por el órgano instructor la emisión de informe por el Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP).

5. El 27 de septiembre de 2023 el SIP remite al órgano instructor listado de expedientes de responsabilidad patrimonial que son devueltos sin emitir informe solicitado, por instrucciones de la Secretaria General del Servicio Canario de Salud, entre los que se encuentra este procedimiento.

No obstante, el SIP remite la Historia Clínica y los informes recabados:

- Informe del Servicio de Hematología y Hemoterapia del CHUC, de 20 de octubre de 2020.

- Informe del Servicio de Aparato Digestivo del CHUC, de 9 de octubre de 2020.

- Informe del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del CHUC, de 19 de octubre de 2020.

6. El 19 de octubre de 2020 los reclamantes aportan informe pericial emitido por la Dra. (...), Doctora en Medicina y Cirugía, Profesora Titular de Medicina Legal y Forense en la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza, Especialista en Medicina Legal y Forense y Master en Valoración de Daño Corporal por la Universidad Complutense de Madrid.

7. El 24 de noviembre de 2023 se da traslado del informe pericial a efectos de que se emita informe por el Servicio correspondiente (Servicio de Aparato Digestivo/Servicio de Cirugía General y Digestiva) valorando dicho informe, por lo que en atención a dicho requerimiento se remite:

- Informe de 4 de diciembre de 2023, del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del CHUC.

- Informe de 28 de noviembre de 2023, del Servicio de Aparato Digestivo del CHUC.

8. El 18 de diciembre de 2023 se dicta Acuerdo probatorio en virtud del cual se admiten las pruebas documentales propuestas por los interesados y el Servicio Canario de la Salud, así como la prueba pericial aportada por los interesados.

9. Concluida la fase de instrucción del procedimiento se acordó, el preceptivo trámite de audiencia a los interesados.

10. El día 28 de diciembre de 2023 la parte interesada aporta escrito de alegaciones, las cuales, junto con informe pericial ya incorporado al expediente con

fecha 19 de octubre de 2020 se remite al SIP a fin de que emitan informe sobre la actuación sanitaria cuestionada.

11. Con fecha 2 de diciembre de 2024 el SIP emite informe, dando traslado del mismo a la parte interesada el 23 de enero de 2025 a fin de que formule las alegaciones que estime pertinentes.

12. Los reclamantes formulan alegaciones al informe del SIP.

13. El 3 de marzo de 2025 se solicita informe complementario del SIP que dé respuesta a las cuestiones que se plantean en el escrito de alegaciones y el 24 de abril de 2025 el SIP remite informe complementario, del cual se da traslado a la parte interesada el día 9 de julio de 2025, aportando el 16 del mismo mes y año, escrito de alegaciones en los mismos términos que el anterior.

14. 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.

15. Con fecha 2 de septiembre 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.

16. Mediante oficio de 3 de septiembre de 2024 (con registro de entrada en este Consejo Consultivo el 9 de septiembre 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 LCCC.

IV

1. La responsabilidad de las Administraciones Públicas, en el Ordenamiento Jurídico Español, tiene su base en el principio genérico de la tutela efectiva, art. 24 de la Constitución o de manera específica 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 de la 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 constitucional y legal, 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 sentencia del Tribunal Supremo (Sala Tercera) de 5 de diciembre de 2014 (Sec. 6.ª, recurso N.º 1308/2012, ponente D.ª M. Robles F., Roj 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 (Sec. 4.ª, recurso no 4397/2010, ponente D. J. Cudero B., Roj 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 de garantizar en todo caso la curación del enfermo.

Por ello, la *lex artis*, constituye el parámetro de actuación de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos imponiendo al profesional la obligación y el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida.

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,- es requisito indispensable para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone.

Sobre la Administración recae 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. Pues bien, los reclamantes fundamentan su acción resarcitoria por responsabilidad patrimonial en la existencia de relación causal entre el fallecimiento de (...) y la asistencia sanitaria dispensada en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC) que consideran contraria a la *lex artis* por los siguiente motivos:

- La gastroscopia se realizó bajo la acción de antiagregantes y anticoagulantes. Por tanto, se plantea por los reclamantes la repercusión que tuvo la medicación en las consecuencias posteriores a la realización de la gastroscopia, concretamente, en el hemoperitoneo que se produjo por la perforación.

- Durante la realización de la gastroscopia se produce una Perforación/Desgarro en la curvatura menor del Estómago y laceraciones en el Bazo por una hiperinsuflación o insuflación excesiva de gas durante la realización de la prueba, sin poder descartar un traumatismo directo.

- Que se produjo una demora terapéutica para tratar la Perforación/Desgarro en el estómago y las laceraciones en el Bazo, pues transcurrieron casi 11 horas desde que había finalizado la exploración endoscópica y el tratamiento quirúrgico de tales complicaciones, y 4 horas desde que se solicitó la colaboración al Servicio de Cirugía y se procedió a aplicar el tratamiento oportuno al paciente.

- Que tras la intervención quirúrgica realizada el 7 de mayo de 2019 el paciente mostraba alteraciones analíticas propias de una infección, así como síntomas y signos abdominales, incluido un episodio de deposiciones melánicas, compatibles con dicho diagnóstico infeccioso y con el origen que pudo haberlo causado. En el TAC del 16 de mayo de 2019 se observan signos indirectos de Perforación Intestinal y hay sospechas de que el paciente ha sufrido una Hipoperfusión/Isquemia en el ángulo hepático del colon. Por lo que considera que en ese momento de debió suturar el orificio que se había creado en el colon que hubiera evitado la evolución nefasta con la que se desarrolló el cuadro clínico.

En conclusión, consideran los reclamantes que, tanto la primera exploración diagnóstica (Esofagogastroduodenoscopia) que dio lugar a las lesiones descritas en el Estómago y en el Bazo, como la atención sanitaria prestada como consecuencia de los acontecimientos clínicos sobrevenidos después, no se adecuaron a la diligencia que las circunstancias médicas requerían.

3. A los efectos de analizar si en el presente caso se ha producido infracción de la *lex artis ad hoc* en la atención dispensada al paciente y el obligado 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 SIP de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud y de los informes emitidos por los diferentes Servicios que intervinieron en la atención al paciente.

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

- (...), con 72 años al momento de los hechos, presentaba los siguientes antecedentes personales:

1. Hipertensión esencial desde la juventud.

2. Dislipemia en tratamiento con estatinas.

3. Ictus vertebro basilar con lesiones isquémicas agudas en hemisferio cerebeloso izquierdo (diciembre 2015): ingreso en el Servicio de Neurología.

4. Enfermedad renal crónica.

5. Vasculopatía periférica: claudicación intermitente de predominio izquierdo.

6. Hiperparatiroidismo secundario.

7. Rectorragia secundaria a hemorroides.

8. Probable hiperplasia prostática benigna (HPB).

9. Hiperuricemia.

10. Ecocardiograma (diciembre 2015):

• Insuficiencia mitral ligera.

• Crecimiento ligero de la aurícula izquierda.

• disfunción diastólica grado I.

• Esclerosis mitro-aortica

- El 1 de abril de 2019, a las 12:30 horas, acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Canarias, debido a mareos intensos con cortejo vegetativo y dolor torácico opresivo con irradiación hacia la espalda. Tras la exploración y pruebas pertinentes se diagnosticó:

• Síndrome coronario agudo (SCA) sin elevación del segmento ST.

• Fibrilación auricular rápida de Novo.

Se decidió realizar un cateterismo cardíaco para el día siguiente. Se inició tratamiento con nitroglicerina intravenosa (10 ml/h, ajustada según respuesta clínica), heparina de bajo peso molecular (HBPM) y doble antiagregación con ácido acetilsalicílico (AdiroR) y clopidogrel (PlavixR). Además, se administró un bolo de TrangorexR para el control de la fibrilación auricular.

La pauta inicial se estableció como sigue:

• HBPM: Continuar hasta alcanzar INR terapéutico.

• Acenocumarol: Iniciar con 1 mg/día, ajustando la dosis según controles de INR, con objetivo terapéutico entre 2.0-3.0.

- El 2 de abril de 2019 el paciente permaneció ingresado en la Unidad Coronaria del Hospital Universitario de Canarias para completar estudios diagnósticos y terapéuticos tras el episodio de síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCASET) diagnosticado el día previo se ajustó la dosis de heparina**,** reduciéndola a 1,200 UI, y se planificó su suspensión seis horas antes del cateterismo.

En cuanto al tratamiento antiagregante, se decidió suspender el uso de BriliqueR debido al contexto clínico del paciente, sustituyéndose por Plavix (clopidogrel), ajustado a su situación renal y cardiovascular

A las 12:54 horas, se llevó a cabo un cateterismo cardíaco sin complicaciones.

En la tarde, el paciente continuó estable y el cambio de Brilique a Plavix fue bien tolerado por el paciente, sin reacciones adversas ni complicaciones hemorrágicas reportadas.

El paciente sería dado de alta el 4 de abril de 2019 debido a su estabilidad clínica. Al alta se indica entre el tratamiento domiciliario Clexane 80 mg 1 inyectable cada 24 horas hasta el inicio del tratamiento anticoagulante oral, por parte del

Servicio de Hematología. Se remite al Servicio de Hematología para inicio de tratamiento anticoagulante oral crónico (acenocumarol).

- El paciente es valorado en Hematología el día 3 de mayo de 2019, pautándose el inicio de acenocumarol para iniciarlo el 10 de mayo de 2019.

- El 7 de mayo de 2019 a las 09:30 horas el paciente acudió a la realización de una gastroscopia programada por el Servicio de Digestivo del CHUC en el contexto de la valoración de lesiones compatibles con pólipos intestinales. Dicha prueba se enmarcó en el protocolo de diagnóstico precoz de cáncer gástrico, dado que el paciente presentaba antecedentes de esófago de Barrett, previa firma de consentimiento informado (07/05/2019).

El documento de consentimiento informado describía los riesgos de la prueba, señalando que globalmente los riesgos de complicaciones (incluida la punción de lesiones), no suelen ser superiores al 1 % e incluyen hemorragia (0-4 %), infección (0,3 %), pancreatitis aguda (0,3-0,6 %) y perforación (0 %-0,4 %).

- Durante la prueba se objetivó en el esófago: hallazgos compatibles con un esófago de Barrett y se identificó una estenosis esofágica leve de aspecto inflamatorio, franqueable. Se tomaron biopsias para estudio histológico. En el estómago se halló una hernia de hiato pequeña con erosión fibrina da, y en el duodeno, lesiones polipoides duodenales. Se realizaron biopsias de estas lesiones para análisis anatomopatológico.

- Tras la realización de una endoscopia digestiva alta (EDA) y biopsia por enfermedad esofágica, el paciente permaneció en observación en la sala de endoscopias.

- El paciente es trasladado al Servicio de Urgencias el mismo 7 de mayo de 2019 por fuerte dolor abdominal que no cede, malestar general y episodios de hipotensión.

Es valorado por el Servicio de Cirugía General por sospecha de perforación de víscera hueca que se confirma por TC abdomen. Se decide intervención quirúrgica emergente.

El Servicio de Radiología de Urgencias realiza TAC de abdomen con contraste realizado a las 22:01 horas, el cual concluyó previo consentimiento escrito y verbal (07/05/2019);

«Gran hidroneumoperitoneo de hasta 69 mm de espesor de predominio en hemiabdomen superior compatible con perforación de víscera hueca. Tras la administración del contraste oral, este discurre hasta yeyuno no logrando demostrar fuga del contraste a peritoneo».

Se realiza radiografía de abdomen en decúbito y lateral la cual concluyó; «*con signos de perforación de víscera hueca».*

- A finales del día sería llevado a mesa operatoria de Urgencias para realizar inspección e intentar detener el sangrado previa firma de consentimiento informado (07/05/2019).

Se realizaría entonces la valoración preanestésica en donde consta que el paciente cumplía tratamiento con Clexane R, Adiro R y Plavix R.

La cirugía, realizada mediante laparotomía media, evidenció neumoperitoneo y hemoperitoneo muy importante en la región periesplénica. Se realizó empaquetamiento del bazo y lavado de la cavidad.

En la curvatura menor gástrica se identificó un hematoma sin perforación, al igual que en el píloro y las porciones duodenales exploradas mediante maniobras de Cattle y Kocher. No se detectaron fugas en las pruebas neumática ni de azul de metileno. Sin embargo, una endoscopia intraquirúrgica (realizada por el Dr. (…)) reveló una perforación en la curvatura menor gástrica, cara posterior, de aproximadamente 2 cm, la cual fue tratada con sutura primaria y epiploplastia, verificándose la estanqueidad.

En cuanto al bazo, se constató una laceración superficial y otra en el hilio que no respondieron a la electrocoagulación, por lo que se realizó una esplenectomía tras disección y sección del hilio. Se completó la intervención con hemostasia y colocación de drenajes en las siguientes localizaciones:

- Lecho de esplenectomía.
- Cara anterior gástrica.
- Perforación gástrica en la cara posterior.

El 8 de mayo de 2019 a las 2:57 horas, se llevó a cabo una endoscopia digestiva realizada intraoperatoriamente. Esta tuvo como objetivo descartar perforación en el aparato digestivo superior ante el hallazgo de retro neumoperitoneo y hemoperitoneo. Con los siguientes hallazgos: Solución de continuidad en curvatura menor gástrica, cara posterior, a 3-4 cm de la incisura angularis, de forma elíptica

(12 mm), con coagulo adherido. No se observaron fibrina ni lesiones ulcerosas, confirmándose perforación gástrica

- El paciente finalmente ingresó en la UVI a las 05:00 horas del día 8 de mayo de 2019, bajo sedoanalgesia, intubado y con soporte hemodinámico mediante perfusión continua de noradrenalina para mantener tensiones arteriales estables. Con buena evolución durante las primeras horas de ingreso desde el punto de vista respiratorio, pudiendo progresar sin incidencias hasta la extubación.

Aquí se realizaron los siguientes cultivos, cuyos resultados destacaron:

1. Cultivo peritoneal: Aíslo *Staphylococcus epidermidis*. Se interpretó como probable contaminación, dado el tipo de microorganismo.

2. Cultivo de exudado faríngeo y rectal: Resultados negativos.

Desde el punto de vista infeccioso se inicia tratamiento antibiótico empírico con tazocel, linezolid y fluconazol (ajuste posterior por anidulafungina), con crecimiento de s. epidermidis en líquido peritoneal que impresiona de contaminante. Buena evolución analítica con PCT que desciende progresivamente 3.24 ng/mL, afebril.

La evolución en la Unidad de cuidados intensivos donde estuvo ingresado hasta el 14 de mayo de 2019 fue la siguiente:

El 9 de mayo: afebril, con leucocitosis en ascenso y elevación de procalcitonina.

1. Analítica inicial:

• Hemoglobina: 8.5 -> 9.3 g/dL.

• Leucocitos: 11,970 -> 16,250/mm3.

• Procalcitonina: 0.48 -> 1.97 ng/ml.

2. Gasometría arterial: pH 7.27, pO2 429 mmHg, pCO2 46.6 mmHg, HCO3 20.9 mmol/L.

3. radiografía de tórax: Sin infiltrados ni derrames pleurales.

Por todo lo anteriormente expuesto se realizaría hemodiálisis, y se brindaría analgesia, cambiando el fentanilo por analgesia simple con rescates según necesidad.

Se informó a los familiares sobre la evolución del paciente y las medidas terapéuticas adoptadas. El estado general del paciente se mantuvo estable dentro de la gravedad.

10 de mayo: Neurológicamente, se encontraba consciente, orientado y colaborador, sin signos de focalidad neurológica. Respiratoriamente, estaba conectado a ventilación mecánica no invasiva (VMK), con una saturación mayor al 95 % y gases arteriales dentro de la normalidad. La auscultación pulmonar no evidenciaba ruidos sobreañadidos. Hemodinámicamente, se mantenía estable con un soporte mínimo de noradrenalina, presentando una tensión arterial sistólica entre 130-140 mmHg y fibrilación auricular a 120 lpm. La perfusión periférica estaba conservada y los niveles de lactato eran normales. Desde el punto de vista renal, el paciente estaba en programa de hemodiálisis en días alternos. El cultivo de líquido peritoneal mostraba crecimiento de estafilococo coagulasa negativo, por lo que se mantenía en tratamiento antibiótico empírico con linezolid y tazocel (antibióticos de amplio espectro de uso hospitalario). Se suspendió el fluconazol y se inició tratamiento con anidulafungina.

El Servicio de Cirugía Digestiva, además, contactó con el Servicio de Medicina Preventiva para coordinar la administración de las vacunas post-esplenectomía. Las vacunas MENVEOR, PREVENAR 13R y HIBERIXR se programaron para el 22 de mayo de 2019, debiendo ser solicitadas en Unidosis a través de farmacia el día anterior. La evolución del paciente fue controlada mediante ajustes terapéuticos y seguimiento multidisciplinar, informándose a los familiares sobre su estado clínico y los pasos a seguir.

El 11 de mayo de 2019, a las 14:04 horas, en su tercer día de ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos, el paciente mostraba una evolución favorable tras la cirugía emergente realizada por perforación gástrica. En el ámbito infeccioso, estaba afebril, con un recuento leucocitario de 19,000/mm3 y una procalcitonina de 3.24 ng/ml, mientras continuaba con el tratamiento antibiótico en curso.

El 12 de mayo, se presentaba afebril con reactantes de fase aguda (RFA) en descenso: leucocitos 15,800/mm3, N 80 %, PCT 2.34 en descenso. Hb 8.0 g/dL, Hto 23.9 %. Cobertura antibiótica empírica: tazocel, linezolid, metronidazol y anidulafungina. Por lo que se decidió;

- Valoración quirúrgica para retirar drenaje.
- Pendiente vacunación post-esplenectomía el 22/05/19.
- Traslado a planta si evolución favorable.
- Ajuste de la heparina de bajo peso molecular (HBPM) y sueroterapia.

El 13 de mayo**,** continúa consciente, orientado y colaborador, sin focalidad neurológica. Respiratoriamente estable; Sat O2 >95 %, sin acidosis (PCO2 34 mmHg), murmullo vesicular conservado y sin ruidos patológicos. Desde el punto de vista Infeccioso se mantenía; Afebril, leucocitosis estable en 15,000/mm3, PCT 2.39 ng/ml. Cobertura antibiótica con linezolid, tazocel, metronidazol y anidulafungina. Cultivo de líquido peritoneal positivo a Staphylococcus epidermidis (probable contaminación), hemocultivos negativos.

Dada la estabilidad clínica se decide:

• Sesión de hemodiálisis pautada para hoy.

• Traslado a servicio para continuar cuidados.

• Vacunación post-esplenectomía prevista para el 22/05/19 (solicitar vacunas el 21/05/19).

- Es trasladado a planta del Servicio de Cirugía General y Digestiva el 14 de mayo de 2019.

A su llegada, se encontraba consciente, orientado y colaborador. Hemodinámicamente estable, en ritmo sinusal a 72 lpm, normotenso y afebril. Respiratoriamente, eupneico, con gafas nasales a 2 L/min, manteniendo una saturación de O2 del 99 %.

- El 15 de mayo de 2019, a las 01:08 horas, el paciente fue valorado en la planta de Cirugía General y Digestiva tras ser avisado por enfermería debido a ansiedad e inquietud. Refería dolor interescapular similar al presentado durante el diagnóstico del síndrome coronario agudo.

El abdomen se mantenía blando y depresible, con molestias leves en la herida quirúrgica, sin distensión ni signos de irritación peritoneal. Los drenajes abdominales presentaban debito serohemático leve. Se valoró al paciente juntamente con UVI extendida y se actualizó el tratamiento, solicitando analítica urgente y de control, además de un TAC de tórax y abdomen con contraste oral.

- El 17 de mayo de 2019, a las 10:20 horas el paciente fue valorado en la planta de Cirugía General y Digestiva. Se registró que el paciente estaba afebril, pero con dificultad respiratoria. Presentaba un estado adormilado, ansioso, con sospecha de síndrome de abstinencia. No refería náuseas ni vómitos, y tampoco dolor abdominal, salvo molestias en la herida quirúrgica. El abdomen estaba blando y depresible, sin

distensión ni signos de irritación peritoneal. Los drenajes mostraban débito serohemático. La analítica del día reveló hemoglobina (Hb) de 7.2 g/dL y leucocitosis de 19,700/mm3 (69.9 % neutrófilos).

Por lo que en este contexto se decidió:

• Valoración conjunta con UVI y ajuste del tratamiento.

• Transfusión de dos concentrados de hematíes.

• Solicitud de analítica postransfusional con Procalcitonina (PCT); si elevada, se solicitarían hemocultivos y se modificaría la antibioterapia.

• Analítica de control pautada para el día siguiente y el lunes.

• Ecocardiografía programada a petición de UVI para el lunes.

• Se informó a la familia sobre la fragilidad y el mal pronóstico del paciente.

A las 17:07 horas, tras la transfusión, la analítica mostró Hb de 9 g/dL, con descenso de la Procalcitonina a 1.33 ng/mL, pero se detectó hipopotasemia (K: 2.9 mmol/L).

A las 18:34 horas, se confirmó que el paciente estaba afebril, con saturación de oxígeno al 96 % mediante gafas nasales y más despierto. La exploración abdominal no mostró cambios significativos.

El informe del TC abdominal concluyo resolución del neumoperitoneo, sin fugas extra luminales del medio de contraste. Sin embargo, se identificaron áreas en vidrio deslustrado, derrame pleural bilateral y adenomegalias mediastínicas en el tórax, compatibles con un posible proceso inflamatorio-infeccioso.

- 18 de mayo de 2019, a las 00:15 horas, el paciente fue evaluado por el equipo de Cirugía General y Digestiva tras un aviso de Enfermería debido a un aumento del trabajo respiratorio. Al momento de la valoración, el paciente estaba desorientado, con tendencia al sueño y presentaba disartria, posiblemente relacionada con la última sesión de diálisis. Sus constantes vitales mostraban una tensión arterial de 140/60 mmHg, frecuencia cardiaca de 70 lpm y saturación de oxígeno del 91-92 % a pesar de recibir oxigenoterapia con gafas nasales a 6 L/min.

En la exploración abdominal, se constató un abdomen blando, depresible, sin dolor, defensa ni signos de peritonismo. Ante este cuadro, se decidió realizar una radiografía de tórax urgente y una gasometría arterial, además de contactar con el servicio de UVI para su valoración. A las 00:34 horas, la radiografía de tórax reveló un

patrón congestivo, mientras que los resultados de la gasometría arterial quedaron pendientes. Posteriormente, a las 09:46 horas, el paciente continuaba afebril, pero mostraba agitación y trabajo respiratorio, con una saturación de oxígeno del 90-92 %. En la analítica del día se registraron los siguientes valores: hemoglobina de 8.8 g/dL, leucocitosis de 24,000/mm3 y actividad de protrombina del 85 %.

El equipo de UVI evaluó nuevamente al paciente, determinando que no era necesario su traslado a la unidad, pero ajustaron el tratamiento aumentando la perfusión de furosemida a 4 mL/h, suspendieron TranquimazinR y decidieron no administrar más dosis de SinoganR. Además, se acordó realizar una nueva valoración por parte de UVI a lo largo de la guardia. El paciente fue programado para una sesión de ultrafiltración de 2 horas como parte del manejo de su estado clínico.

- El 23 de mayo de 2019, el paciente fue evaluado en el Servicio de Cirugía General y Digestiva. En la revisión matutina, se documentó una mejoría respiratoria, manteniendo saturación del 95 % en aire ambiente, sin necesidad de oxigenoterapia. El paciente presentó desorientación leve, especialmente más acentuada durante las noches. Desde el punto de vista abdominal, se mantuvo sin dolor ni nauseas, con abdomen blando y depresible. Los hemocultivos resultaron negativos.

- El 28 de mayo el paciente presenta deterioro clínico con hipotensión arterial, empeoramiento analítico y persistencia de febrícula, por lo que se solicita TC de tórax abdomen objetivándose pérdida de definición de pared colónica a nivel de ángulo hepático, asociando burbujas aéreas de disposición Extra luminal, hallazgos sugestivos de perforación a dicho nivel, probablemente secundaria a hipoperfusión-isquemia.

Ante estos hallazgos se contacta con el servicio de guardia de Cirugía General y se decide intervención quirúrgica urgente.

- El 29 de mayo se realiza la intervención. Durante la cirugía, se identificó un plastrón inflamatorio en el ángulo hepático del colon, sin evidencia de isquemia ni líquido libre.

Liberación dificultosa de plastrón inflamatorio descrito, durante la cual se objetiva perforación colónica y se produce sangrado importante a nivel de lecho hepático donde se encuentra el colon fusionado. Control hemostático de lecho hepático a nivel vesicular mediante electrocoagulación y colocación de Tachosil.

- A las 03:15 horas, el paciente fue ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos para manejo postquirúrgico de hemicolectomía urgente debido a perforación colónica y shock hemorrágico.

Durante su estancia en UVI el paciente presenta evolución desfavorable con empeoramiento progresivo.

A pesar de tratamiento antimicrobiano con meropenem, linezolid y anidulafungina ha presentado ascenso de leucocitos a 41950 y de procalcitonina a 156. Ha precisado ventilación mecánica invasiva, HDFVVC por anuria, y aminas. Ha presentado inestabilidad hemodinámica, y a pesar de la expansión de volumen ha requerido elevación de noradrenalina y elevación del láctico y regresión de livideces generalizadas. En el TAC abdominal se objetivan múltiples áreas de isquemia en intestino, estómago e hígado.

- Fallece en situación de fracaso multiorgánico a las 15:25h del 1 de junio de 2019.

4. Sentados los hechos relativos a la asistencia sanitaria y aplicada la doctrina expuesta sobre los requisitos que deben concurrir para determinar la existencia de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario procede analizar las siguientes cuestiones que se plantean por los reclamantes:

A) Sobre la realización de la gastroscopia bajo la acción de antiagregantes y anticoagulantes.

Según el informe del SIP, (...) presentaba una indicación clara y fundamentada para el uso concomitante de anticoagulación y antiagregación debido a su elevado riesgo tromboembólico, avalado por su puntuación en la escala CHA DS -VASc. El riesgo de accidente cerebrovascular en un paciente con antecedentes de ictus y de infarto agudo de miocardio en ausencia de anticoagulación es elevado, superando el 10 %.

El SIP considera que «la decisión de no suspender estos fármacos para el procedimiento endoscópico realizado el 07/05/2019, dada su naturaleza diagnostica y bajo riesgo de sangrado**,** se alinea con las recomendaciones de consenso de las guías clínicas de manejo perioperatorio en pacientes con riesgo tromboembólico alto, considerando que el balance entre los riesgos de sangrado y trombosis favorecía claramente la continuidad de la terapia».

En este sentido, en el informe pericial aportado por los reclamantes, la perita concluye al respecto:

«El paciente estaba en tratamiento farmacológico con antiagregantes y anticoagulantes, cuya valoración, análisis y ponderación, en relación a la prueba exploratoria anteriormente citada, nos lleva a concluir que no hubo necesidad de que dichos fármacos hubiesen sido retirados con antelación a la práctica del procedimiento endoscópico.

Una vez presentadas las complicaciones, -que nada tuvieron que ver con el hecho de que los fármacos no se hubiesen dejado de administrar-, sí que pudieron influir en el Hemoperitoneo consecuencia de las complicaciones producidas».

Por tanto, la propia perito reconoce que no era necesario suspender tales fármacos antes de practicar la prueba endoscópica, y además, las complicaciones surgidas (perforación del estómago y laceraciones en el bazo) no guardan relación con la administración de la medicación, si bien sí pudo tener influencia en el hemoperitoneo consecuencia de las mismas.

Por tanto, no existen elementos probatorios que permitan determinar que la decisión de no suspender estos fármacos para el procedimiento endoscópico realizado el 07/05/2019 fuera contraria a la *lex artis*.

B) Sobre las complicaciones surgidas durante la realización de la gastroscopia, consistentes en Perforación/Desgarro en la curvatura menor del Estómago y laceraciones en el Bazo, y sus posibles causas.

A la vista del grave resultado lesivo producido por esta prueba, lo primero que puede plantearse, a priori, es la necesidad de realizar esta gastroscopia en este paciente.

Según informa el SIP, *«la realización de una endoscopia digestiva alta en el paciente (...) el 07/05/2019, se justifica como un procedimiento clínicamente necesario dado su diagnóstico de esófago de Barrett».*

Según las guías internacionales y las recomendaciones de las sociedades científicas, el esófago de Barrett representa una condición pre-neoplásica asociada a un riesgo de progresión anual a adenocarcinoma esofágico (ADC) de aproximadamente un 0.5 % en pacientes con displasia de bajo grado o sin displasia detectable previamente (Spechler et al., 2011).

La vigilancia endoscópica es el estándar de cuidado para este grupo de pacientes, y las guías de la Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal (ASGE) y la Asociación Europea de Endoscopia Gastrointestinal (ESGE) recomiendan

repetir la endoscopia cada 2-5 años en ausencia de displasia y cada 6-12 meses en presencia de displasia de bajo grado.

En este caso particular, el último control endoscópico del paciente databa del año 2017. Con base en las guías mencionadas, el momento en que se programó la gastroscopia era clínicamente oportuno para la vigilancia y despistaje de progresión a displasia de alto grado o adenocarcinoma, dado el historial del paciente.

Además, señala que el paciente se encontraba estable antes de la realización de la prueba, sus parámetros clínicos y analíticos, los cuales reflejaban estabilidad en los factores de coagulación.

Por otra parte, el riesgo de perforación gástrica estaba descrito en el documento de consentimiento informado firmado por el paciente antes de realizar la prueba.

El consentimiento informado firmado por el paciente (...) el 7 de mayo de 2019 refleja que fue debidamente informado acerca de los riesgos potenciales asociados al procedimiento de gastroscopia. Entre los riesgos explícitamente indicados se incluye la posibilidad de perforación, descrita como un evento infrecuente pero grave que ocurre en menos del 1 % de los casos de dilataciones o resecciones de lesiones y en menos de 1/5000 exploraciones diagnósticas con el endoscopio. Este riesgo es inherente a la naturaleza del procedimiento y está reconocido ampliamente en la literatura médica como una complicación potencial pero poco frecuente (Early et al., 2020).

Por su parte el Jefe de Unidad Endoscópica del Servicio de Digestivo del HUC señala en su informe que el riesgo de complicaciones de una gastroscopia diagnóstica es bajo, no obstante, tal y como se recoge en el consentimiento informado, existen riesgos de perforación durante la misma al introducir el endoscopio que, aunque infrecuentes (1/5.000 casos) son posibles.

En cuanto al mecanismo causal de la lesión del estómago y del bazo el SIP manifiesta su parecer según los hallazgos quirúrgicos y endoscópicos intraoperatorios en la intervención quirúrgica practicada la noche del 7 de mayo de 2019, señalando que:

«El mecanismo de lesión más plausible que explique estas lesiones podría ser el del barotrauma gástrico, un fenómeno documentado ampliamente en la literatura médica, como el trabajo de Eisen et al. (2002) y Silvis (1976), quienes describen la distensión súbita de la pared gástrica como resultado de una insuflación excesiva de gas durante procedimientos endoscópicos. La curvatura menor del estómago es especialmente susceptible debido a su menor elasticidad y limitada cantidad de pliegues mucosos. Este mecanismo es coherente con

la perforación observada intraoperatoriamente, que confirma la relación entre la hiperinsuflación de gas y la lesión.

Por otra parte, las laceraciones esplénicas, aunque infrecuentes durante procedimientos endoscópicos, pueden explicarse por un aumento brusco de la presión intrabdominal secundario al neumoperitoneo. Esto puede generar tensión mecánica indirecta sobre el bazo, particularmente en pacientes con comorbilidades que puedan fragilizar la integridad de las vísceras macizas. Además, Rogalski (2015) destaca la relevancia de estas complicaciones durante maniobras diagnósticas y terapéuticas endoscópicas, sugiriendo un posible mecanismo compartido entre la perforación gástrica y las lesiones esplénicas.

La coexistencia de estas lesiones refuerza la hipótesis de un mecanismo conjunto de hiperinsuflación de gas y posibles maniobras quirúrgicas asociadas como factores determinantes».

En el informe pericial se concluye, en consonancia con lo manifestado por el SIP, que:

«Tanto la Perforación/Desgarro en la curvatura menor del Estómago como las laceraciones objetivadas en el Bazo, se produjeron durante la realización de la Esofagogastroduodenoscopia de control llevada a cabo el 07/05/19, siendo el mecanismo de producción de ambos tipos de lesiones síncrono y, en mi opinión, relacionado, de manera más plausible, con una hiperinsuflación o insuflación excesiva de gas durante la realización de la prueba, si bien tampoco podemos descartar un traumatismo directo».

Por su parte el Servicio de Digestivo manifiesta en su informe: «si bien la perforación se pudiera deber a un posible daño durante el procedimiento por contacto directo de la punta del endoscopio o durante la maniobra de retroversión o por insuflación sobre un estómago dañado microscópicamente; no se puede descartar totalmente que la insuflación rutinaria durante el procedimiento fuera la que pusiera en evidencia una perforación contenida por vísceras vecinas asintomática previa al procedimiento y no advertida durante la exploración».

Es decir, no descarta que el paciente previo al procedimiento tuviera alguna lesión microscópica en el estómago que fuera asintomática, de modo que pudo provocar la perforación.

Por tanto, la perforación gástrica que se produjo durante la realización de la gastroscopia constituye un riesgo inherente a la realización de la técnica, descrito en el documento de consentimiento informado al ser un riesgo es inherente a la naturaleza del procedimiento y está reconocido ampliamente en la literatura médica como una complicación grave pero poco frecuente. Sin que haya quedado acreditado

que las lesiones en el estómago y en el bazo se hayan ocasionado por una mala praxis médica en relación con la técnica empleada para la realización de la gastroscopia diagnóstica.

C) Sobre la supuesta demora terapéutica para tratar la Perforación/Desgarro en el estómago y las laceraciones en el Bazo.

En el informe pericial que aportan los reclamantes se concluye que se produjo una demora terapéutica pues transcurrieron casi 11 horas desde que había finalizado la exploración endoscópica y el tratamiento quirúrgico de tales complicaciones, y 4 horas desde que se solicitó la colaboración al Servicio de Cirugía y se procedió a aplicar el tratamiento oportuno al paciente.

Según el SIP, «*Tras la realización del procedimiento, que finalizó alrededor de las 09:50 horas, el paciente permaneció durante algunos minutos en observación en la sala de endoscopia bajo monitorización constante por parte del personal sanitario. A las 10:15 horas, aproximadamente, comenzó a manifestar síntomas de dolor abdominal intenso, malestar general y episodios de hipotensión, los cuales fueron identificados y atendidos de manera inmediata por el equipo médico.*

Ante estos signos de alarma, el paciente fue trasladado al Servicio de Urgencias a las 16:11 horas, donde fue evaluado por un facultativo a las 17:13 horas. Allí se iniciaron estudios diagnósticos, incluyendo radiografías y un TAC abdominal con contraste realizado a las 22:01 horas, los cuales revelaron signos de perforación de víscera hueca, destacando un hidroneumoperitoneo significativo de hasta 69 mm de espesor. Estos hallazgos llevaron a la decisión de realizar una intervención quirúrgica urgente esa misma noche, tras la valoración preanestésica y la firma del consentimiento informado. La cirugía, que comenzó a las 23:55 horas».

En el informe complementario el SIP añade: «*No existe constancia clínica de que el paciente manifestara síntomas inmediatamente tras la sedación ni que se omitiera su vigilancia. De hecho, se respetó el protocolo habitual de observación pos-endoscópica».*

«El paciente fue valorado en Urgencias dentro de los márgenes temporales razonables ante clínica inicialmente inespecífica, teniendo la primera nota médica a 17:13 h y diagnosticado tras la realización de pruebas complementarias —RX y TAC— que confirmaron la sospecha de perforación gástrica, indicándose acto seguido la intervención quirúrgica.

No puede calificarse como inadecuado un manejo clínico que respondió de forma progresiva y proporcional a la evolución de la sintomatología, en donde se ofrecieron pruebas diagnósticas y terapéutica oportuna».

Teniendo en cuenta la necesidad de llevar a cabo determinadas pruebas diagnósticas durante su estancia en urgencias y una necesaria valoración, para confirmar la sospecha de perforación gástrica, indicándose acto seguido la intervención quirúrgica urgente, no se puede concluir la existencia de demora asistencial en este caso.

D) Sobre la asistencia dispensada tras la intervención quirúrgica de urgencia del 7 de mayo de 2019.

En el informe pericial se concluye: *«Que tras la intervención quirúrgica realizada el 07/05/19 el paciente mostraba alteraciones analíticas propias de una infección, así como síntomas y signos abdominales, incluido un episodio de deposiciones melénicas, compatibles con dicho diagnóstico infeccioso y con el origen que pudo haberlo causado. En el TAC del 16/05/19 se observan signos indirectos de Perforación Intestinal y hay sospechas de que el paciente ha sufrido una Hipoperfusión/Isquemia en el ángulo hepático del colon. Por lo que considera que en ese momento de debió proceder a suturar el orificio que se había creado en el colon que hubiera evitado la evolución nefasta con la que se desarrolló el cuadro clínico».*

Tal y como informa el SIP, el paciente ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en un estado crítico. Inicialmente, el manejo en la UCI permitió estabilizar sus parámetros termodinámicos y respiratorios, logrando una mejoría progresiva. El 14 de mayo de 2019, esta estabilización permitió su traslado a la planta de Cirugía General, donde continuó bajo vigilancia médica estrecha.

El 16 de mayo de 2019 se realizó un TAC de tórax y abdomen de control, el cual evidenció una resolución del neumoperitoneo y la ausencia de fugas extraluminales del medio de contraste oral, indicando una adecuada reparación quirúrgica de la perforación gástrica.

Desde el punto de vista infeccioso, desde su ingreso en la UCI, se implementó un protocolo de vigilancia microbiológica y tratamiento antimicrobiano intensivo, adaptado a la evolución clínica y los resultados de los cultivos realizados. Se tomaron cultivos microbiológicos. En el cultivo peritoneal se aisló *Staphylococcus epidermidis*, interpretado como contaminación probable debido a la naturaleza del microorganismo, mientras que los cultivos de exudado faríngeo y rectal resultaron negativos. Estos hallazgos permitieron dirigir el tratamiento de forma más específica y evitar el uso innecesario de antibióticos adicionales.

Con los hallazgos del TAC del 16 de mayo de 2019, se sospechó la presencia de una neumonía adquirida en el hospital, lo que llevo a una intensificación de la

terapia antimicrobiana con meropenem y linezolid para cubrir microorganismos multirresistentes, incluyendo *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (MRSA). Además, se realizaron ajustes en la antibioterapia bajo la supervisión del Servicio de Infecciosos y Farmacología Clínica, quienes recomendaron añadir cobertura antifúngica con anidulafungina, considerando el riesgo elevado de infecciones fúngicas invasivas en un paciente crítico.

Tal y como afirma el SIP, no se omitió el diagnóstico de sepsis abdominal, sino que se recoge fielmente la evolución clínica documentada, diferenciando entre la causa inmediata del ingreso —perforación gástrica con hemoperitoneo— y las complicaciones sobrevenidas, entre ellas, la sepsis secundaria, que fue debidamente registrada y tratada conforme a los protocolos clínicos vigentes. En ningún caso se niega la existencia de una sepsis de origen abdominal, la cual aparece reflejada en el informe de alta de la UVI y en la evolución clínica posterior. Sin embargo, conviene señalar que dicho diagnóstico fue una consecuencia del cuadro abdominal agudo ya intervenido, no un hallazgo primario omitido por este Servicio, sino una complicación evolutiva prevista y abordada terapéuticamente desde el postoperatorio inmediato.

En cuanto a la actuación sanitaria tras los hallazgos del TAC de 16 de mayo de 2019, en el informe pericial presentado por parte reclamante se señala que el TAC del 16 de mayo de 2019 evidenció sospechas definitivas de hipoperfusión/isquemia en el ángulo hepático del colon y perforación en la misma localización. En cambio el SIP señala que *«Si bien es cierto que el informe del TAC mostró hallazgos que podrían sugerir alteraciones isquémicas o perforativas, estos fueron clasificados como "signos indirectos" y, en ningún momento, se reportó perforación evidente ni extravasación activa de contenido intestinal. Esta falta de evidencia definitiva justificó el manejo conservador inicial, especialmente en un paciente hemodinámicamente frágil y con múltiples comorbilidades».*

«Por otro lado, la hipótesis de que una intervención quirúrgica inmediata habría evitado el desenlace fatal es difícil de sostener, considerando que el cuadro clínico global del paciente ya estaba gravemente comprometido por su estado crítico, antecedentes vasculares, y la elevada fragilidad asociada a su edad y comorbilidades. Las decisiones clínicas tomadas en ese momento estuvieron orientadas por los datos disponibles, priorizando minimizar los riesgos quirúrgicos en un paciente cuya capacidad de recuperación estaba severamente limitada.

Finalmente, la evolución del cuadro hasta el diagnóstico de perforación colónica el 28/05/2019 se desarrolló dentro de un contexto clínico progresivo y complejo. La evidencia disponible en el TAC del 16/05/2019 no indicaba una perforación colónica activa que justificara una intervención inmediata».

5. Pues bien, analizadas objetivamente las circunstancias acaecidas, y la documentación que obra en el expediente remitido a este Consejo, no se detecta acción que sea contraria a la *lex artis.* De los informes obrantes en el expediente, se debe inferir que no se han vulnerado las buenas prácticas médicas, en el curso de la atención otorgada y, por lo tanto, la actuación dispensada fue conforme a *lex artis*. Por tanto, el desgraciado resultado final del proceso no está relacionado causalmente con la asistencia sanitaria dispensada por el Servicio Canario de Salud.

Los reclamantes entienden que se ha producido en este caso un daño desproporcionado, pero debe considerarse que esta referencia se hace ante la gravedad que quieren expresar respecto del resultado lesivo que fundamenta su reclamación, y no, en rigor, a la aplicación de la doctrina del daño desproporcionado, que según nuestro criterio no tiene cabida en este caso.

Para que resulte aplicable esta doctrina jurisprudencial con todas sus consecuencias favorables para los reclamantes, el supuesto de hecho ha de identificarse con lo que la doctrina ha denominado *resultado clamoroso* y la jurisprudencia, daño de *consecuencias desmesuradas*, debiendo excluirse la aplicabilidad de esta doctrina jurisprudencial a cualquier consecuencia del acto médico, por nociva que esta sea, cuando del mismo no se desprendan tan desfavorables efectos (STS de 8 de julio de 2009).

El daño, pues, para ser calificado jurídicamente como desproporcionado, ha de haber generado un resultado lesivo que exceda de lo previsible y normal, que no guarde relación o proporción con la entidad de la actuación médica, y que resulte inasumible por su desproporción ante lo que cabe esperar de la intervención médica.

El daño desproporcionado no equivale a que sea grave, desorbitado, enorme, indeseable, insatisfactorio o de extraordinarias consecuencias para el paciente. Como afirma la STS de 31 de enero de 2003, en contra del error común en el que frecuentemente se incurre al identificarlo con el daño grave o de consecuencias extraordinarias para el paciente, el daño desproporcionado es —conforme a las máximas de la experiencia— un daño caracterizado por su *carácter insólito* en relación con los riesgos propios de una determinada intervención quirúrgica.

Los riesgos atípicos, pese a su infrecuencia, son riesgos conocidos para el tipo de actuación médica realizada, lo que les excluye de la categoría del daño desproporcionado (STS de 6 de octubre de 2015). Para constatar si existe desproporción deben compararse los riesgos inherentes a la intervención con el

riesgo efectivamente materializado, de tal suerte que, si el resultado producido no figura entre los conocidos para la misma, en mayor o menor frecuencia estadística, el daño será desproporcionado. Si, por el contrario, estamos en presencia de un daño previsible, ya sea típico o atípico, frecuente o no, el daño no será desproporcionado.

En estos casos, donde el resultado se presenta como una opción posible, aunque la posibilidad de acaecimiento se presente como lejana o poco probable, no procede aplicar la doctrina del daño desproporcionado, ya que el resultado insatisfactorio aparece tan claramente relacionado con la intervención y tratamiento aplicado que se encuentra entre los riesgos que deben ser informados (SSTS de 2 de enero y 17 de septiembre de 2012.

De este modo, la jurisprudencia entiende el daño desproporcionado como aquel daño *inexplicable* en la esfera de la actuación profesional médica, dada su desproporción con lo que es usual comparativamente, atendiendo a las reglas de la experiencia y el sentido común, al estado de la ciencia, a las circunstancias de tiempo y lugar y a la entidad de la intervención (SSTS de 29 de junio de 1999 y de 19 de julio de 2013). Por tanto, es aquel provocado por un acto médico que produce un resultado *anormal, insólito e inusualmente grave en relación con los riesgos que comporta e incompatible con las consecuencias de una terapia normal* (STS de 2 de noviembre de 2012).

Por otra parte, tampoco se evidencia mala praxis en la atención dispensada con posterioridad a la producción de las lesiones derivadas de la gastroscopia, por cuanto el paciente fue atendido sin demoras injustificadas, ni se advierte falta de medios al alcance del servicio puestos a su disposición. La atención médica brindada al Sr. (...) fue adecuada a la gravedad de su estado clínico y en conformidad con los estándares de la ciencia médica vigente.

Ha de tenerse en cuenta que no existe otra exigencia de comportamiento a los facultativos que la de prestar la asistencia sanitaria aconsejable en cada caso, con los medios adecuados que estén a su alcance, pero no la de garantizar un resultado, por lo que la obligación de indemnizar solo surgirá cuando se demuestre que la actuación de los servicios sanitarios fue defectuosa o negligente, ya sea en el diagnóstico de la enfermedad o en su tratamiento.

En este caso se materializó un riesgo inherente, aunque infrecuente, de la esofagogastroduodenoscopia, y las complicaciones fueron manejadas conforme a la *lex artis*. El desenlace estuvo determinado por la complejidad del cuadro clínico y sus múltiples comorbilidades.

La perforación gástrica y la laceración esplénica pueden ser complicaciones derivadas del procedimiento, encuadrándolas dentro del marco de complicaciones excepcionales pero conocidas de la endoscopia digestiva alta.

Tal y como consta en el informe complementario del SIP, reconocer la existencia de una complicación no equivale a asumir mala praxis. Tal como se detalla en el informe, el barotrauma es una complicación descrita en la literatura médica, especialmente en pacientes con factores predisponentes anatómicos o funcionales. La aparición sincrónica de lesiones en estómago y bazo, aunque infrecuente, está documentada y no implica per se una actuación negligente.

Estimamos que no concurren los requisitos para apreciar la responsabilidad patrimonial de la Administración en materia sanitaria, al ser la medicina una obligación de medios y no de resultado.

La evolución tórpida del caso no puede atribuirse a una mala praxis médica, sino que debe entenderse en el marco de una complicación grave y multifactorial, en un paciente frágil, con múltiples factores de riesgo, y que fue atendido con medidas proporcionales a la gravedad del cuadro y conforme a la *lex artis*.

El hecho de que el resultado final tras un proceso asistencial sea desfavorable o no sea el esperado, no supone *per se* la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria. Para que el daño sea indemnizable, es preciso que se produzca una lesión, en el sentido de daño al que se añade la nota de la antijuridicidad. Como bien afirma la SAN de 24 de mayo de 2000, «*la lesión se define como daño ilegítimo, pues no todo perjuicio es constitutivo de una lesión en el sentido ténico-jurídico del término, porque si bien toda lesión es integrante de un daño y perjuicio, no todo daño y perjuicio es constitutivo de una lesión*».

En definitiva, esa adecuación de la asistencia sanitaria prestada a la *lex artis* supone la inexistencia del necesario nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y los daños por los que se reclama, y, por ende, impide, al ser un requisito esencial para ello, el surgimiento de la responsabilidad de la Administración prestadora del servicio, por lo que se ha de concluir que la Propuesta de Resolución, que desestima la pretensión resarcitoria de la reclamante, es conforme a Derecho.

C O N C L U S I Ó N

Se dictamina conforme a Derecho la Propuesta de Resolución, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial sanitaria, tal como se razona en el Fundamento IV de este Dictamen.