



Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 10 de febrero de 2021.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero 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 (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 570/2020 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. El presente dictamen tiene por objeto examinar la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, como consecuencia de la presentación de una reclamación en materia de responsabilidad patrimonial extracontractual derivada del funcionamiento del servicio público sanitario. La solicitud de dictamen, de 22 de diciembre de 2020, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo 29 de diciembre de 2020.

2. La solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva dada la cuantía reclamada, superior a 6.000 euros, 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 legitimado para solicitarlo el Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 de la citada ley.

3. Se cumple el requisito de legitimación activa, teniendo el reclamante la condición de interesado, por haber sufrido en su esfera moral el daño por el que se reclama, que es el fallecimiento de su padre [art. 4.1.a) LPACAP].

* Ponente: Sra. de Haro Brito.

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

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

7. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1, apartado n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

No obstante, en virtud de la Resolución de 23 de diciembre de 2014 (B.O.C., 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.

8. Asimismo, se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación, al haberse presentado dentro del plazo de un año para reclamar establecido en el art. 67.1 LPACAP. Y es que la reclamación se interpuso el 8 de noviembre de 2018, respecto de un daño consistente en fallecimiento del padre del reclamante, producido el 5 de diciembre de 2017.

II

El interesado expone, como fundamento de su pretensión los siguientes hechos:

«PRIMERO.- SECUENCIA DE ACONTECIMIENTOS.

En fecha de 20 de noviembre de 2017, se traslada al paciente (...) al centro de salud de Arucas, concretamente a urgencias debido a un cuadro de evolución de gripe y catarro, encontrándose con tos y dificultad para expectorar la flema y fiebre de hasta 38,5 grados, diagnosticándose una infección de las vías respiratorias bajas. Recetándole como tratamiento Salbutamol y paracetamol.

En fecha de 22 de noviembre de 2017, el paciente tuvo que ser trasladado al Hospital Universitario Dr. Negrín, a la unidad de urgencias con el siguiente cuadro médico: Aumento

de las secreciones por traqueotomía de aspecto verdoso, debilidad general, pérdida de apetito y fiebre de hasta 38,5 grados.

Cuyo diagnóstico es infección respiratoria y urinaria. Y recetando el mismo tratamiento que el día 20 de noviembre.

En fecha de 22 noviembre de 2017, el paciente vuelve a ir nuevamente al centro de salud donde indica que no se ha producido mejoría alguna incluso presentado los últimos 3 días diarreas de 4 ocasiones e intolerancia a la ingesta.

El diagnóstico en esta ocasión fue de deterioro cognitivo. Achacándose al deterioro general progresivo debido a su edad.

Sin embargo, en el mismo día se entrega a la familia del paciente otro informe clínico, en el que el diagnóstico principal es la negativa a ingerir alimentos y se indica como tratamiento continuar con el tratamiento habitual en el domicilio.

Posteriormente en fecha de 5 de diciembre de 2017, el paciente es llevado por su hijo nuevamente al servicio de urgencias del Hospital Dr. Negrín debido a fiebre por saturación en domicilio y negativa a la ingesta de 5 días de evolución. Refiriendo los familiares tos con movilización de secreciones espesas junto a orinas olorosas en el pañal y deposiciones malolientes de 2-3 días.

Cuyo diagnóstico fue Sepsis de origen respiratorio y deshidratación hipernatremia.

Finalmente, (...) falleció en el hospital a las 23:56 del día 5 de diciembre de 2017 debido a sepsis respiratoria, hipernatremia y deshidratación.

SEGUNDO.- HISTORIAL CLÍNICO.

Si bien (...) tiene una historia entre cuyos antecedentes principales destacan la enfermedad del Alzheimer con índice de barthel 55/100. También fue estudiado por un cuadro de hemocromatosis hereditaria de carácter homocigoto con mutación C282Y para el gen HFE.

El paciente estuvo bien controlado con sangrías periódicas en esos años y con función hepática normal hasta su fallecimiento.

En febrero de 2012 y tras una disfonía de larga duración, se le detecta en la nasofibrobroncoscopia una lesión neoplasia blanquecina en la cuerda vocal derecha. Tras la realización de una microcirugía endolaríngea con toma de biopsia, la anatomía patológica informa de un carcinoma epidermoide (cáncer). Motivo por el que se procede a realizar laringectomía supracricoide con vaciamiento cervical funcional bilateral y tratamiento radioterápico externo adyuvante sobre el lecho tumoral y las áreas ganglionares, con una buena tolerancia al tratamiento.

Quedando como secuela orificio de traqueotomía, con voz ronca y aspirada pero con buena comunicación oral y sin dificultades en la comprensión, tras entrenamiento.

El paciente había presentado varios cuadros respiratorios de repetición por aumento de secreciones con tos y fiebre, por lo que acudió en diversas ocasiones al servicio de urgencias del Hospital Dr. Negrín según se recoge en el propio historial médico.

- 19-12-14: *Se presenta con sangrado por traqueotomía con tos y expectoración verdosa y molestias en la zona de inserción de la cánula. Finalmente, se le aspiran las secreciones y se le indica tratamiento antibiótico. EVOLUCION SIN COMPLICACIONES.*

- 20-08-16: *Se presenta con aumento de secreciones y tos con BUENA EVOLUCIÓN TRAS TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO.*

- 17-4-17: *Infección respiratoria y tratamiento antibiótico. BUENA EVOLUCIÓN.*

En esta ocasión, el paciente acude la primera vez el 20-11-17 al Servicio de Urgencias de su Centro de Salud por el cuadro de infección respiratoria con tos y fiebre de 38,5°C.

Tras recomendación de tratamiento antibiótico se remite a su domicilio y a los dos días vuelve a acudir al Servicio de Urgencias, esta vez del Hospital Negrín pues continuaba con el cuadro de aumento de secreciones respiratorias con aspecto verdoso y que se acompañaba de debilidad general, pérdida del apetito y fiebre de 38,5°C. La analítica y la prueba radiológica no mostraron ninguna alteración y se envía al domicilio.

Sin embargo, seis días después el paciente es nuevamente llevado al servicio hospitalario de urgencias por deterioro del estado general a pesar de haber recibido tratamiento antibiótico para su infección respiratoria.

El médico de urgencias que explora al paciente lo encuentra desconectado el medio y con leve deshidratación, y aunque presentaba varios datos que indicaban un mal pronóstico erróneamente se concluye que presentaba era un deterioro cognitivo propio de la edad y es enviado a su domicilio, a pesar de que el paciente presentaba suficientes indicios analíticos, exploratorios y de imágenes, compatibles con aquellos que se han utilizado y están internacionalmente aceptados para la detección temprana de los cuadros de sepsis y que han sido detallados en puntos anteriores del presente estudio.

Desafortunadamente, el mal estado general que presentaba el paciente no dio ápice para que el inicio de la terapia para el cuadro de septicemia y choque séptico tuviera efecto y el paciente falleció inmediatamente después ese mismo día.

El clínico creyó equivocadamente que era producto de su deterioro cognitivo, pero debía haber incluido en su análisis para llegar a esta conclusión diagnóstica equivocada, al menos otros datos de un posible indicio de un cuadro de sepsis como, los detallados en puntos anteriores del presente estudio.

El que no existieran una alteración de otras variables como la tensión arterial, el pulso, la frecuencia respiratoria o la saturación de oxígeno no permite descartar el inicio sutil del cuadro de sepsis p1es la sola existencia de una variable de las descritas anteriormente, alterada y la presencia documentada o sospechada. de infección, obligan a pensar en dicho cuadro y mantener al paciente al menos en observación, además de solicitar determinados parámetros analíticos como los mencionados en apartados anteriores del presente estudio.

La sola ausencia de alteración de algunos de los parámetros no implica descartar el cuadro séptico sino que la presencia de alguna otra variable alterada, según se cita en los consensos internacionales sobre la práctica médica para la detección precoz de los cuadros de sepsis, ayudan a u n diagnóstico precoz.

TERCERO.- CONCLUSIONES

El paciente no fue suficientemente estudiado y tratado cuando acude a urgencias con fecha de 28-11-17, seis días antes del fatal desenlace.

La sola presencia de algunas de las variables citadas en los documentos clínicos que existen sobre el diagnóstico de la sepsis debió haber hecho pensar al médico tratante que se encontraba ante un caso de posible inicio de un cuadro de sepsis.

La ausencia de la alteración de otras variables no permite descartar la presencia de dicho cuadro, y ante cualquier variable alterada y la presencia o sospecha de infección se debe profundizar en el estudio de las condiciones clínicas de la paciente e incrementar el esfuerzo diagnóstico de otros marcadores de sepsis.

Se debe descartar que existe otro desenlace que el que pudiera existir por fuerza mayor pues ante una detección temprana los diversos estudios indican que la implementación del tratamiento antibiótico lo más precoz posible cambia el curso pronóstico de la enfermedad, así como con otras medidas de apoyo de la función cardiovascular, respiratoria y renal.

Se debe incidir en que existe un claro fallo en la Lex Artis de la actuación médica ese día 27-11-17, pues el conocimiento médico actual basado en los múltiples consensos internacionales sobre la patología de la sepsis, indican que se debió implementar un esfuerzo diagnóstico y terapéutico mayor del que se realizó por diversos motivos.

A modo de conclusión, se debieron estudiar otros factores clínicos ante la sospecha, que en este caso era alta, que presentaba tras un cuadro de infección respiratoria insuficientemente tratada con antibióticos, a pesar y, es más, teniendo en cuenta, en suma, las patologías previas del paciente como su edad avanzada y la comorbilidad que presentaba».

Se reclama por todo ello una indemnización que se cuantifica en 20.000 euros.

III

1. En cuanto a la tramitación del procedimiento, no se han producido irregularidades que obsten la emisión de un dictamen de fondo.

No obstante, se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme al art. 91.3 LPACAP. Sin embargo, aun fuera de plazo, y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, la Administración debe resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

2. Constan las siguientes actuaciones:

- El 28 de noviembre de 2018 se identifica el procedimiento y se insta al interesado a mejorar su solicitud mediante la aportación de determinada documentación, de lo que éste recibe notificación el 3 de diciembre de 2018, aportando lo solicitado el 4 de diciembre de 2018.

- Por Resolución de 19 de diciembre de 2018, del Director del Servicio Canario de la Salud se acuerda la admisión a trámite de la reclamación con la suspensión del procedimiento hasta la emisión del preceptivo informe del Servicio, lo que se notifica al reclamante el 2 de enero de 2019.

- El 26 de diciembre de 2018 se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), que, tras recabar la documentación necesaria (copia del Historial de Salud del paciente, que obra en poder de la Gerencia de Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria, copia de la Historia Clínica del paciente custodiada por el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, en adelante HUGCDN, copia del informe del Coordinador del Servicio de Urgencias del HUGCDN, de 2 de enero de 2019, copia de los informes de Urgencias, de fechas: 17 de abril de 2017; 20, 22 y 29 de noviembre de 2017; y 6 de diciembre de 2017), lo emite el 11 de febrero de 2019.

- A efectos de dictar acuerdo probatorio, el 19 de febrero de 2019 se insta al interesado a que aporte los medios probatorios que estime pertinentes. Tras recibir notificación de ello el reclamante el 21 de febrero de 2019, viene a aportar el informe pericial así como documentación clínica adjunta, el 26 de febrero de 2019.

- El 6 de marzo de 2019 se insta al reclamante a subsanar el medio probatorio aportado consistente en pericial, a fin de que aporte el informe con los datos del perito debidamente rubricado por aquél, lo que aporta el 10 de mayo de 2019.

- El 6 de agosto de 2019 se remite al SIP el informe pericial aportado por el interesado a fin de que se pronuncie respecto al mismo, lo que se reitera el 26 de

noviembre de 2019, emitiéndose el respectivo informe complementario del SIP el 13 de marzo de 2020.

- Mediante comparecencia personal del interesado el 17 de septiembre de 2019 facilita nueva dirección postal a efectos de notificaciones.

- Asimismo, en nueva comparecencia el 20 de septiembre de 2019 solicita copia de determinada documentación que se le entrega en el acto tal y como consta en la diligencia de comparecencia que consta en el expediente.

- El 25 de junio de 2020 se confiere al interesado trámite de vista y audiencia, de lo que recibe notificación el 3 de julio de 2020, sin que conste la presentación de alegaciones.

- El 19 de agosto de 2020 se dicta acuerdo probatorio en el que se declara la pertinencia de las pruebas propuestas por el interesado y se incorpora la documentación clínica recabada durante la instrucción y los informes del SIP, declarándose concluso este trámite por obrar todas las pruebas documentadas en el expediente. De ello recibe notificación el reclamante el 26 de agosto de 2020.

- El 19 de agosto de 2020 se acuerda nuevamente la apertura del trámite de vista y audiencia, de lo que recibe notificación el reclamante el 25 de agosto de 2020, sin que se aporte alegación alguna.

- El 30 de enero de 2020 se dicta Propuesta de Resolución desestimatoria de la pretensión del interesado, lo que es informado favorablemente por el Servicio Jurídico el 16 de diciembre de 2020, elevándose a definitiva la Propuesta de Resolución el 22 de diciembre de 2020.

IV

1. Como se ha indicado, la Propuesta de Resolución desestima, adecuadamente, como se analizará, la pretensión del reclamante en virtud de la historia clínica del fallecido, padre de aquél, y de los informes recabados en la tramitación del procedimiento.

2. Pues bien, debe ser desestimada la reclamación interpuesta, a cuyo efecto es preciso señalar los antecedentes de relevancia en relación con el presente procedimiento que obran en la historia clínica de (...), tal y como se recoge en el informe del SIP de 11 de febrero de 2019 y se transcribe en la Propuesta de Resolución, donde consta:

«1.- Paciente portador de traqueostomía y antecedentes personales de: Enfermedad del Alzheimer y Hemocromatosis hereditaria de carácter homocigoto.

En fecha de 20 de noviembre de 2017, el paciente de 82 años es trasladado al Centro de Salud de Arucas, concretamente a Urgencias debido a un cuadro de evolución de gripe y catarro, presentando tos y dificultad para expectorar la flema y fiebre de hasta 38,5 grados; diagnosticándole: Infección de las vías respiratorias bajas y recetándole tratamiento de: Salbutamol y Paracetamol.

2.- En fecha de 22 de noviembre de 2017. el paciente tuvo que ser trasladado al Hospital Universitario Dr. Negrín, al Servicio de Urgencias con aumento de las secreciones por traqueostomía de aspecto verdoso, debilidad general, pérdida de apetito y fiebre hasta 38,5 grados. La analítica y las pruebas no mostraron ninguna alteración. Diagnóstico infección primaria, sin datos de sepsis ni complicaciones. Tratamiento antibiótico para su infección respiratoria.

3.- En fecha de 29 de noviembre de 2017. el paciente vuelve a ir nuevamente al centro de salud donde indica que no se ha producido mejoría alguna incluso presentado los últimos 3 días diarreas de 4 ocasiones e intolerancia a la ingesta, a pesar de haber recibido tratamiento antibiótico para su infección respiratoria. Se objetiva regular estado general y leve deshidratación con constantes vitales normales, sin datos de sepsis. Se realiza Analítica completa, así como estudio radiológico de Tórax y Abdomen. El paciente inicia tolerancia sin incidencias y es dado de alta. Se le indican los signos de alarma y las normas de evolución.

El diagnóstico en esta ocasión fue de deterioro cognitivo, achacándose al deterioro general progresivo debido a su edad.

4.- En fecha de 5 de diciembre de 2017, el paciente es trasladado nuevamente al Servicio de Urgencias del Hospital Dr. Negrín debido a fiebre por saturación en domicilio y negativa a la ingesta de días de evolución e hipoxemia. Refiriendo los familiares que el paciente tenía tos con movilización de secreciones espesas junto a orinas olorosas en el pañal y deposiciones malolientes de 2-3 días.

Cuyo diagnóstico fue: Sepsis de origen respiratorio y deshidratación hipernatremia.

Se realizan: analítica y radiología, presentando, en esta ocasión, claros signos de gravedad con deterioro de la función renal, hipernatremia moderada, elevación de marcadores inflamatorios (procalcitonina y elevación del ácido láctico).

5.- Finalmente el paciente fallece en el hospital el día 5 de diciembre de 2017, debido a sepsis respiratoria, hipernatremia y deshidratación».

3. A la vista de tales antecedentes, y dados los términos de la reclamación del interesado es preciso señalar lo siguiente.

El reclamante, en virtud de informe pericial que aporta, fundamenta su reclamación en que desde el día 28 de noviembre de 2017 *«el médico de urgencias que explora al paciente lo encuentra desconectado del medio y con leve deshidratación y aunque presentaba varios datos que indicaban un mal pronóstico erróneamente se concluye que presentaba un deterioro cognitivo propio de la edad y es enviado a su domicilio, a pesar de que el paciente presentaba suficiente indicios analíticos, exploratorios y de imágenes, compatibles con aquellos que se han utilizado y están internacionalmente aceptados para la detección de los cuadros de sepsis»*.

Así pues, debe analizarse qué sintomatología presentaba en cada momento el paciente y si, efectivamente, desde aquella fecha debió diagnosticarse sepsis o el diagnóstico fue acorde a la sintomatología que presentaba en cada momento.

Pues bien, frente a la aseveración realizada en el informe pericial de parte, que afirma que existían elementos más que suficientes para sospechar de la septicemia con ocasión de la asistencia prestada el día 28 de noviembre, el informe del SIP refiere que para el diagnóstico de septicemia el paciente (adultos mayores/edad avanzada) debe presentar por lo menos dos de los síntomas siguientes, además de una infección probable o confirmada:

- Temperatura corporal mayor de 101° F (38.3° C) o menor de 96.8° F (36° C).
- Ritmo cardíaco de más de 90 latidos por minuto.
- Frecuencia respiratoria mayor de 20 respiraciones por minuto.

Sin embargo, en el caso de (...) no existía alteración de la frecuencia respiratoria y el pulso (ritmo cardíaco) era normal/no alterado.

Además, el día 28 de noviembre no presentaba fiebre, tal y como consta en el informe de urgencias.

Por su parte, el informe del coordinador de urgencias del HUGCDN señala que en la valoración médica realizada el día 28 de noviembre por el Servicio de Urgencias, el paciente es traído por familiar refiriendo deterioro general asociado a 3 días de diarreas e intolerancia oral, clínica que se presentaba tras la toma de antibióticos por cuadro de infección respiratoria tratado desde el 20 de noviembre (8 días antes). El paciente, el día del ingreso, presentaba unas constantes dentro de la normalidad, sin fiebre, no refería clínica infecciosa respiratoria ni urinaria y en la exploración física realizado tampoco había datos que sugiriesen sepsis o inicio de cuadro séptico.

El paciente el día 28 de noviembre según el familiar presentaba deterioro general, diarreas e intolerancia oral, síntomas que pueden explicarse claramente tras el tratamiento con levofloxacino.

En este momento, a la vista de las pruebas realizadas sólo hay un dato compatible con el día 28, con SRISS, que era la presencia de 14090 leucos, es decir, >12.000, sin embargo, como se señaló anteriormente, la literatura médica señala que no es suficiente un criterio, sino que para considerarse SRISS deben cumplirse dos o más criterios de SRISS.

Por su parte, además, el informe del Coordinador de Urgencias refiere que en el año 2016 se establecieron las nuevas definiciones de sepsis y se establece una escala para valorar la disfunción orgánica:

«Sepsis: Disfunción orgánica que amenaza la vida causada por una respuesta desregulada a la infección o a la infección. Existe también activación temprana de mediadores pro y antiinflamatorios dañando así sus propios órganos y tejidos dando alteraciones no inmunológicas (cardiovascular, neuronal, hormonal, metabólica, y coagulación). Disfunción orgánica no se relaciona con muerte celular.

Escala SOFA valora los siguientes items: Respiración SaT o/FIO2, Coagulación (plaquetas), Br total, tensión arterial (PAM), escala de GCS, Función renal (creatina o flujo urinario)».

Y concluye aquel informe que, en función de estas guías, el paciente, tanto el día 22 como el 29 presentaba según datos analíticos y constantes un SOFA de 0. Mientras que es sólo a partir del día 5 de diciembre cuando su SOFA era >2, por tanto, indicativo de disfunción orgánica causado por infección respiratoria.

De lo expuesto se extrae que tanto el informe del SIP como el informe del Coordinador de Urgencias del HUGCDN, justifican que en las fechas del 20-11-2017, 22-11-2017 y 29-11-2017 el paciente no presentó ni signos (radiológicos y analíticos), ni síntomas de sepsis, conforme a los protocolos vigentes, por lo que no fue posible su diagnóstico, y, por tanto, no se indicó la terapia antisepticemia arriba precitada. Por ello, correctamente, en aquellas fechas únicamente se pautó tratamiento antiinfección respiratoria.

De hecho, antes del alta se le da al paciente tolerancia oral en dos ocasiones siendo efectiva, por tanto, ingirió alimentación oral antes del alta, el paciente no estaba ni inconsciente, ni dormido, podía tragar y beber. Con todo lo expuesto no

había datos para diagnosticar sepsis. Además, se indica si empeoramiento volver y seguimiento por médico de cabecera.

Ha de advertirse que una infección no es una sepsis y el paciente tenía tratamiento antibiótico adecuado para ello.

Por tanto, el diagnóstico y el tratamiento ha sido correcto, acorde a la sintomatología presentada en cada momento, y, por ende, conforme a la *lex artis* el funcionamiento del Servicio.

Cabe añadir, como señala el informe del SIP, que el paciente acude a su médico de cabecera el 30 de noviembre de 2017 y éste remite de nuevo al paciente al servicio de urgencias hospitalario, anotando en historial médico que el paciente le indica que *«ya está terminando el tratamiento para la infección, que parece mejor ostensiblemente, pero el decaimiento general del paciente que le ha llevado a encamarse sigue igual»*. Así: *«Esta es la razón fundamental por la que se le deriva, para estudio del abandono en que ha caído el paciente (casi no come, no puede ponerse en pie, no quiere hablar con nadie)»*. Sin embargo, el paciente no acude al hospital en esta fecha, sino que acude a los 5 días, el 5 de diciembre.

Pues bien, es en esta fecha cuando ya hay un cambio en la sintomatología del paciente.

En esta fecha el hijo del paciente sí refiere que en domicilio presenta fiebre (...) y desde hace 5 días (sin embargo, no lo había llevado al Hospital, tal y como le indicó la médica de cabecera en esos cinco días) negativa a la ingesta, tos secreciones espesas (...) por tanto esto ocurre tras el día 30, fecha en la que no había datos de infección y sí de decaimiento.

En esta fecha al llegar al Servicio de Urgencias, tras anamnesis, analíticas, exploración del paciente se diagnostica sepsis. Y es que en este momento sí cumple los criterios de sepsis: presentaba fiebre, desaturación de oxígeno, hipoxemia, alteración de la función renal, palidez mucocutánea con lividices (...). en la exploración clínica claros signos y síntomas de sepsis que se corresponden con el estudio analítico. Se actúa según momento analítico y clínico dado en el caso, no se reconoce mala praxis.

Con anterioridad a ese momento, no había signos de sepsis, en contra de lo que sostiene el informe pericial aportado por el reclamante, a lo que debe añadirse,

como señala el informe complementario del SIP, emitido el 13 de marzo de 2020, que no pueden obviarse en el estudio del paciente sus antecedentes, donde consta:

«1.- Se observa en la historia clínica que el paciente había tenido varios cuadros respiratorios previos hasta abril de 2017, y que requirieron visitas a su médico de Centro de Salud como al Servicio de Urgencias hospitalarios motivados y recomendados por ser un paciente traqueotomizado con cánula traqueal presente, igualmente por la edad, más de 80 años, y por las patologías crónicas padecidas.

El 29 de agosto de 2016 en historia clínica de A.P. se refiere: “acude con informe del hospital donde fue atendido por una infección respiratoria no condensante, está muy flaco, ha perdido mucho peso y está débil, hasta el punto de que casi no camina, quiere estar acostado (...) se trata con Ciprofloxacino respondiendo bien “Esto ocurre en 2016 un año antes de los hechos que estudiamos.

O sea que en agosto de 2016 ya se encuentra muy débil debido a una infección respiratoria en esos momentos no llegó a tener una sepsis ni neumonía, pero estaba en muy mal estado. El hecho de tener 80 años enfermedades de base influye fundamentalmente en la respuesta a la infección.

Estos procesos previos a noviembre de 2017, sus enfermedades crónicas, el padecimiento de Alzheimer, creemos están en la base de la evolución del paciente.

El paciente afecto de esta enfermedad mental con el tiempo es incapaz de velar por sus necesidades básicas (aseo, comida, vestido), siendo incontinente.

La capacidad de movimiento, que se mantiene relativamente indemne hasta etapas avanzadas, se ve igualmente afectada, mostrando lentitud y rigidez. Llegado a este punto, el enfermo suele fallecer debido a complicaciones infecciosas, generalmente del aparato respiratorio. En promedio, las personas con enfermedad de Alzheimer viven entre tres y 11 años después del diagnóstico.

La enfermedad de Alzheimer presenta demencia, pero el resto de demencias no son equiparables al Alzheimer. Esta enfermedad tiene su propia idiosincracia y evolución.

Todo ello hay que tenerlo en cuenta para valorar la evolución del paciente».

Por todo lo expuesto, debemos concluir que la asistencia sanitaria prestada al paciente ha sido conforme a la *lex artis* en todo momento, pues el día 28 de noviembre, el paciente no presentaba signos de sepsis tras la realización de todas las pruebas precisas realizadas en el Servicio de Urgencias del HUGCDN, prueba de ello es lo indicado en cuanto a la escala objetiva utilizada para la valoración de la existencia de sepsis, ese día el paciente presenta según datos analíticos y constantes un SOFÁ de 0. Mientras que el día 5 de diciembre su SOFA era > 2, por tanto, ya sí indicativo de disfunción orgánica causado por infección respiratoria.

4. Además, hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictamen 87/2019, de 13 de marzo), que según el art. 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, requisito 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 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).

En este caso, el reclamante no ha logrado demostrar el deficiente funcionamiento del servicio sanitario alegado y, por el contrario, del expediente remitido y fundamentalmente de la documental obrante en el mismo, sí que cabe concluir, como hemos expuesto, que consta acreditado el correcto funcionamiento del servicio sanitario.

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

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta Resolución es conforme a Derecho, debiendo desestimarse la reclamación interpuesta.