



Consejo Consultivo de Canarias

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

### (Sección 2.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 21 de abril de 2022.

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 (...), en representación de (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 107/2022 IDS)\*.***

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

### I

1. Se dictamina sobre la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución, formulada por el Secretario General del Servicio Canario de la Salud (SCS) tras la presentación y tramitación de una reclamación de indemnización por los daños que se alegan producidos por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. Se solicita una indemnización que asciende a 50.652,32 euros. Esta cuantía determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo, y la legitimación del Sr. Consejero para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación con el art. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPACAP).

3. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada resultan de aplicación, además de la citada LPACAP, la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias y la Ley 41/2002,

---

\* Ponente: Sr. Belda Quintana.

de 14 de noviembre, Reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.

4. 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.

5. 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.n) de la citada Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias.

A la Secretaría General del SCS le corresponde la incoación y tramitación de los procedimientos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario, conforme a la Resolución de 23 de diciembre de 2014, de la Directora, por la que se deja sin efecto la Resolución de 22 de abril de 2004, y se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos de este Servicio.

6. Se cumple el requisito de legitimación activa, teniendo la reclamante la condición de interesada debido al fallecimiento de su madre, pérdida que imputa a la deficiente asistencia sanitaria recibida del SCS [art. 4.1, letra a) LPACAP].

En cuanto a la legitimación activa, resulta necesario traer a colación lo ya manifestado por este Consejo Consultivo en el Dictamen 66/2020, de 3 de marzo, reiterado, entre otros, en el reciente Dictamen 73/2022, de 24 de febrero:

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

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

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

*En nuestro ordenamiento jurídico, el criterio de que el perjudicado por la muerte no es quien muere, sino los parientes allegados, se recoge en el baremo previsto para las indemnizaciones que se deriven de accidentes de tráfico. En consecuencia, la privación de la*

*vida no es indemnizable a quien fallece, y, por tanto, nada se puede transmitir a los herederos del que muere.*

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

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

A la luz de la doctrina anteriormente expuesta, se entiende cumplido el requisito de legitimación activa de la interesada para reclamar por derecho propio la indemnización de los daños derivados del óbito de su madre. Legitimación activa que no es puesta en entredicho por la propia Administración Pública sanitaria.

Tal y como se cita en el Dictamen 292/2021, de 24 de mayo, de este Organismo consultivo «sólo podrán reclamar por el daño moral derivado del fallecimiento de (...) aquellos que posean: “vínculos próximos de familia, afectos, relaciones de convivencia real, dependencia económica u otras situaciones de recíproca asistencia y amparo que determinen

*real y efectivamente perjuicios causados directamente de la muerte producida” (STS, de 4 de noviembre de 1999; STSJ de Navarra n.º 1089/2003, de 17 de octubre de 2003).*

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

*1.- Los miembros de la familia nuclear, que en este caso se desconocen, si bien parece desprenderse de la reclamación que (...) estaba casada y tenía un hijo, que no se identifican (?). El dolor de la familia nuclear, es decir, marido e hijos, se presume, no requiere prueba (STS de 15 de abril de 1988). No obstante, estos, los más allegados, no formulan reclamación en este caso.*

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

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

Además, y según consta en el expediente administrativo, la reclamante actúa mediante representación, debidamente acreditada (art. 5.1 LPACAP).

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, mediante el SCS.

7. Asimismo, se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación (art. 67 LPACAP), pues la reclamación se presentó el 22 de abril de 2019, respecto a un daño producido supuestamente como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida por la paciente en distintas fechas (25, 26 y 29 de julio de 2018), figurando en el expediente como fecha de alta médica el 5 de septiembre de 2018, constando

nuevo ingreso en fechas 15 de septiembre y 6 de octubre de 2018, produciéndose el exitus en fecha 10 de octubre de 2018.

## II

1. La interesada expone en su reclamación, como fundamento de su pretensión resarcitoria, lo siguiente:

*«PRIMERO (...), acude el pasado día 25 de julio de 2018 al servicio de urgencia por una crisis convulsiva, pérdida de conciencia y debilidad de extremidad superior izquierda. Permanece en observación en el citado servicio, con inhaladores por hipoxemia y reagudización de EPOC, sin especificar si existió mejoría de la debilidad de miembro. Se adjunta a efectos probatorios, informe clínico de urgencias, como Documento Número Uno.*

*Tras darle de alta el día 26 de julio de 2018, acude nuevamente a urgencia por la persistencia de la debilidad en el brazo izquierdo, dificultad para caminar e inatención visual izquierda, presentando incluso dificultades respiratorias. Se decide remitirla a la Unidad de Neurología, diagnosticándole una crisis focal secundaria, ictus de ACM derecha posible, EPOC reagudizado e hiponatremia hipoosmolar.*

*En el curso de su ingreso, se le realizan varias pruebas médicas en las que cabe reseñar la prueba del Uricu1tivo con resultado positivo en ECOLI, así como resonancia magnética craneal donde se observó lesión en región temporoparietal no pudiendo descartar encefalitis límbica o herpética. Ante la sospecha de dicho diagnóstico, se decide iniciar tratamiento antivírico y megabolos de corticoides, respondiendo favorablemente la paciente aunque de forma lenta. En el estudio etiológico se realiza TAC total body que descarta origen paraneoplástico de la encefalitis y diversas analíticas, así como estudio de LCR, que no arrojó hallazgos patológicos. Dada la presunta mejoría tras el tratamiento con Aciclovir, se ha postulado probable relación con encefalitis vírica sin que se pueda descartar una encefalitis límbica/ autoinmune, resultando como diagnóstico principal una posible encefalitis vírica.*

*No obstante, lo anterior, se acuerda dar de alta a la paciente en fecha 5 de septiembre de 2019, sin esperar el resultado de los cultivos realizados. En fecha 15 de septiembre vuelve a ingresar de urgencia, por una sepsis urinaria. (...) es trasladada durante el ingreso a la planta primera y segunda del ala norte. En ambas plantas existe un desconocimiento de las pautas establecidas por (...), facultativa del MIR2 de Medicina Interna, así como una evidente negligencia a la hora de realizar los traslados, al no adoptar las medidas preventivas y protocolos existentes para este tipo de casos.*

*Así, la especialista del Área de Neurología, (...) observa que la paciente tiene una bacteria contagiosa, reflejada en los cultivos realizados, manifestando que “cómo se le había dada de alta a la paciente sin antes haber analizado los cultivos pendientes”. Tras realizarle*

nuevas pruebas de urocultivo deciden darle nuevamente de alta en fecha 4 de octubre de 2018, tras recetarles determinados antibióticos.

El desconocimiento por parte de los familiares, así como por la propia paciente de las pruebas realizadas y de su resultado, refuerza la temeridad con la que han actuado los profesionales del centro hospitalario. Con el paso de los días, la preocupación por la salud de (...) iba creciendo, dado que sufrió un evidente deterioro físico por cuanto los medicamentos recetados no frenaban la expansión de la enfermedad vírica que padecía realmente, lo que conllevó a recurrentes ingresos con carácter urgente.

Sólo dos días después, en fecha 6 de octubre de 2018, ingresa nuevamente de urgencia por un gran malestar general, con gran sensación de dificultad respiratoria y temblor generalizado. Tras 4 días de agonía y sufrimiento, en la que la familia comenta la posibilidad de administrarle algún antibiótico, recibiendo la negativa por parte del facultativo, se procede a su sedación, falleciendo el pasado 10 de octubre de 2018.

Se acompaña a efectos probatorios, historial clínico como Documento Número Dos. Igualmente, se acompaña como Documento Número Tres, Certificado de defunción.

#### SEGUNDO (...)

(...), convivía en su domicilio con sus cuatro hijos, entre los que se encontraba mi representada, según se acredita mediante el certificado de nacimiento que se acompaña como Documento Número Cuatro. Como consecuencia del fuerte vínculo que existía en la unidad familiar, la muerte de (...) ha ocasionado un grave estrés postraumático a la familia y en concreto a mi representada, dada la angustia que presenta el recordar como su madre, quien acudió en reiteradas ocasiones al centro hospitalario, empeoraba y sufría hasta su fallecimiento el pasado día 10 de octubre de 2018, todo ello a causa de la mala praxis de los profesionales médicos que la atendieron. (...)

#### TERCERO (...)

Los daños producidos a consecuencia de los sucesivos errores cometidos por el personal sanitario favorecieron el fallecimiento de (...) y por ende de la situación de angustia, sufrimiento e inquietud de mi representada, pueden ser englobados en daños psicológicos, presentes, pasados y futuros; Asimismo, el daño moral sufrido por Encarna puede extrapolarse tanto a la esfera personal como laboral (...) ».

**2.** A efectos de completar lo alegado por la interesada, en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) del SCS, de fecha 20 de febrero de 2020, consta la siguiente relación de hechos:

« (...) 1.- La paciente (...) de 79 años acude el día 25 de julio de 2018 al servicio de urgencias del CHUNSC a las 23:46 horas. Antecedentes patológicos de la señora: HTA,

*aislipemia, adenocarcinoma de vesícula biliar, colecistectomía, pancreatitis aguda postcolecistectomía, fumadora activa con EPOC.*

*El motivo de consulta por el que acude es haber sufrido un síncope tras discusión familiar. según su familia de lo cual informa la historia clínica.*

*Luego en el Servicio de Urgencias del CHNSC se anotan los antecedentes, la historia actual, la exploración física, el resumen de pruebas complementarias, y el tratamiento y recomendaciones al alta.*

*Tras presenciar la discusión según refieren los familiares, la señora se pone muy nerviosa y comienza con una clínica similar a una crisis de ansiedad con pérdida de consciencia y ausencia de respuesta a estímulos, ante ello la familia le da un Trankimazín 1 mg.*

*Cuando llega al Servicio de Urgencias exploran a la paciente: exploración neurológica que refiere disminución del nivel de conciencia con apertura de ojos ante estímulos verbales pero tendente al sueño. exploración cardiológica normal, EKG sin patrones agudos, pulmonar con abundantes sibilantes y roncus en ambos campos pulmonares, abdomen normal, sin edemas, las ctes normales, salvo la saturación de oxígeno basal que es baja, al 89%. No fiebre.*

*Se realiza analítica general con factores de coagulación, bioquímica y hemograma, analítica con troponinas, Rx de tórax, gasometría arterial, y como le duele un hombro se le realiza también Rx del hombro doloroso el izquierdo.*

*El diagnóstico principal es de reacción adversa al Alprazolam. EPOC (hipoxemia normocápnica en paciente con EPOC) y hombro doloroso iz.*

*Ponen tratamiento adecuado en el Servicio, dejan en observación unas 12 horas. vigilando a la paciente.*

*Alta a domicilio a las 11:55 del día 26 de julio, con recomendaciones de acudir al médico de Atención Primaria y si empeoramiento volver al Servicio de Urgencias.*

*2.- El 28 de julio de 2018 es activada ambulancia del SUC a las 18:10 horas, y trasladan al Servicio de Urgencias hospitalaria a la señora (...), en observaciones del informe del técnico de ambulancia anota: "paciente mujer, consciente y desorientada que refiere mareos, presenta debilidad en MMII, no se puede poner de pie".*

*Cuando llega al Servicio es valorada y anotan en la anamnesis de la enfermedad actual como motivo de consulta "dificultad respiratoria y debilidad". Anotan a su vez: "acude al Servicio por mayor dificultad respiratoria desde esta mañana y debilidad generalizada. refieren los familiares que en la mañana se quedó ausente varios minutos e imposibilidad para caminar. esputos amarillentos. diagnóstico de sospecha es de infección respiratoria y posible*

crisis de ausencia. Este proceso es distinto totalmente al primero. En esta fecha se observa clínica neurológica, y solicitan IC al Servicio de Neurología.

Es valorada por Neurología, el juicio diagnóstico previo es de crisis focal secundariamente generalizada. Ictus de ACM derecha posible, EPOC reagudizado, hiponantremia hipoosmolar tras analítica y demás pruebas.

Observan inatención visual izquierda, debilidad hemicorporal izquierda de predominio en brazo izquierdo, resto dudoso.

Tras analítica general que es normal, solicitan TAC craneal. En el mismo se observa una atrofia cerebral-cortical discreta y generalizada, el 29 de julio de 2018 la paciente ingresa en el Servicio de Neurología, valoración Neurólogo, enfermera de Neurología. Estado de encefalopatía justificable por hiponantremia hipoosmolar, hipoxemia, y la infección urinaria que se demuestra tras analítica.

Se realiza punción lumbar indicado por el Servicio de Neurología, firma de consentimiento informado, esta es normal.

Le realizan Rx de tórax y del hombro, dentro de límites normales para edad.

Eco-Doppler de MSD, sin datos de patología, sin signos de trombosis venosa profunda desde la yugular y subclavia hasta flexura del codo.

Eco-Doppler trascraneal arterial normal.

Además, se le indican variadas pruebas analíticas, a lo largo del ingreso de la paciente.

TAC total de Body que descarta origen paraneoplásico.

El 31 de julio durante el ingreso en planta la analítica urinaria simple ya refiere infección urinaria. los resultados del cultivo llegarán dos días más tarde.

El cultivo de dicha orina recogida asegura infección por *Escherichia Colli*. se trata y se recupera de la misma.

Se consideró infección de origen comunitario al estimar por los tiempos que la paciente estaba con la infección previo al ingreso.

Cuando el Servicio de Medicina Preventiva tiene constancia de dicho resultado o sea cuando llega el cultivo. se adoptan medidas de precaución de contacto, el día 2 de agosto.

Estas medidas se mantuvieron hasta el alta de la paciente.

Se realizan: Ecocardiograma, Electroencefalograma de repetición que sugiere datos de encefalopatía. En RMN cerebral que se repite tras ingreso en planta se observan lesiones de probable origen encefalítico límbica o herpética.

Se halla derrame pleural bilateral el 7 de agosto de 2018.

Desde el día 18 de agosto se mantiene colaboradora y conversadora, consciente y orientada en las tres esferas, espacio, tiempo y persona, atenta.

Tras realización de PET el 23 de agosto de 2018 se refieren datos de alteraciones metabólicas probable secundarias a encefalitis.

El ingreso previo en el Servicio de Neurología es por supuesta crisis focal secundariamente generalizada.

Tras las distintas pruebas realizadas y el diagnóstico de encefalitis en estudio se trata con Aciclovir y la paciente mejora, por lo cual se postula probable origen encefalitis vírica sin que se pueda descartar encefalitis límbica /autoinmune.

Hemocultivos del 1 de agosto negativos.

Se realizaron varios cultivos urinarios siendo negativos a Escherichia Colli u otro germen último del 29 de agosto. se conoce que el resultado de dicho cultivo urinario el 31 de agosto, resultó negativo.

Diagnóstico principal: posible encefalitis vírica, infección urinaria, EPOC, hiponantremia (...) al alta al tratamiento habitual se instaura otro específico, como antidepresivos por encontrarse la paciente con ánimo deprimido. Se controlará al alta con médico de familia y fisioterapia respiratoria.

Hay un tercer cultivo pendiente, tras analítica de fecha 4 de septiembre previo al alta que reflejará con posterioridad positivo al Enterococo Faecium.

En estos momentos la paciente no tenía clínica, no fiebre, buen estado general, no algias ni molestias, y la analítica general del mismo día del alta es normal, por lo que estiman alta.

Desde el punto de vista funcional la paciente requiere ayuda para la bipedestación y deambulación debido al encarnamiento prolongado. Alta hospitalaria el 5 de septiembre de 2018.

3.- El 13 de septiembre y según informes e historial clínico la paciente acude al Servicio de Urgencias hospitalario por malestar general, hipotensión y mareos, a las 15:57 horas.

El hijo de la paciente refiere que esta mañana “la encuentra intranquila como si estuviera ida, no desorientación”. Ayer por la noche sensación distérmica, la paciente refiere que estos síntomas no le recuerdan a los de la encefalitis.

Además, refiere mal olor en la orina pero no síntomas urinarios. Exploración general dentro de lo normal, dolor a la palpación en zona suprapúbica, masa que impresiona de globo vesical, varices, taquipneica. Consciente, desorientada parcialmente en tiempo.

El mismo día de su ingreso se solicita urinocultivo. La paciente presenta urinocultivo positivo previamente al Enterococcus Faecium con antibiograma, por tanto se añade

antibióticos adecuados al caso dado que la analítica de orina presenta leucocitosis y bacteriuria intensa, pendiente urocultivo para mañana día 14, ingreso pendiente.

Afebril a su llegada, durante su estancia 37,3 grados.

Añaden al diagnóstico hiponatremia e hipopotasemia leves.

También se realizan EKG y Rx de tórax, sin patología manifiesta o nueva.

Sepsis grave de probable etiología nosocomial de origen urinario por *E. Faecium* sensible al Linezolid, diagnosticado por antibiograma previo.

Se coloca sonda urinaria el 14 de septiembre en urgencias. Es valorada por Medicina Interna. Pendiente de ingreso por posible sepsis urinaria tras la valoración del Servicio de Geriátría, sección del Servicio de Medicina Interna.

Ingreso en Medicina Interna el 15 de septiembre por desorientación, inquietud y molestias urinarias.

El día 15 de septiembre la paciente está en aislamiento de contacto por el Servicio de Geriátría hospitalario.

En el Servicio de Medicina Interna permanece desde el 15 de septiembre al 4 de octubre de 2018. Ingreso por posible sepsis urinaria, mal estado general, postrada en cama, insuficiencia respiratoria. El 17 de septiembre de 2018 presenta resultado de cultivo con crecimiento bacteriano de *E. Coli* BLEE con tratamiento antibiótico según el antibiograma realizado de la muestra recogida a su ingreso, se instauran medidas de precaución de contacto. Se cambia el tratamiento previo y se instaura uno adecuado a la *E. Colli*, que es el antibiótico Meropenem. Se realiza interconsulta con Neumología que valora a la paciente

Sufre a su vez varios episodios de broncoespasmo con buena respuesta al tratamiento, la paciente se descompensa cardiológicamente, durante el ingreso por lo que se instaura tratamiento y mejora.

Presencia de cuadro ansioso depresivo en tratamiento que se trata igualmente. Al alta la paciente está estable y cuenta con apoyo de los hijos, vive con ellos.

Se instaura tratamiento domiciliario con oxigenoterapia domiciliaria y aerosolterapia en nebulización, se procede al alta hospitalaria el día 4 de octubre de 2018, la paciente esta hemodinámicamente estable, buen estado general, no fiebre, no dolor, con buenas constantes, buena saturación oxígeno con gafas nasales.

4.- El día 6 de octubre de 2018, acude la señora de nuevo, en ambulancia al Servicio de Urgencias del CHUNSC. La paciente está consciente y algo desorientada desde esta mañana. Un familiar refiere el olor fuerte de la orina a pesar del color claro de la misma. Se anota: acude por empeoramiento del estado general y disnea.

La hija de la paciente refiere que la madre estaba asintomática en su domicilio, durmiendo toda la noche, pero que en la mañana del día 6 comienza a referir gran malestar, con gran sensación de dificultad respiratoria y temblores generalizados, cuando llega al Servicio de Urgencia la paciente está en estado de confusión aunque consciente, orientada en espacio.

Al llegar la paciente el diagnóstico principal es la infección urinaria, más FA ( Fibrilación Auricular) y EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica).

Se realiza analítica de urgencias, tras analítica urinaria y general datos de infección urinaria en espera de cultivo. Se valora sepsis de origen urinario, alcalosis metabólica, hipopotasemia leve, pauta de medicación, muestras para urinocultivo. EKG, gasometría arterial (...) Estado mental deterioro cognitivo moderado secundario a encefalitis.

Se inicia tratamiento antibiótico, sueroterapia.

Posteriormente, se avisa a Medicina Preventiva por urinocultivo B.LEE positivo en septiembre, previamente, precauciones de contacto al ingreso. Solicitud valoración por Realizan Rx de tórax, la Rx de tórax no valora patología. Se pauta ingreso (...) Medicina Interna para ingreso.

Es valorada por especialistas en Medicina Interna en el Servicio de Urgencias, en espera de ingreso en planta. Ingreso en Medicina Interna. Tratamiento antibiótico mientras tanto con Fosfomicina.

La paciente está estable, afebril, consciente pero algo desorientada.

El 8 de octubre de 2018 escriben en historia clínica: reingresa en Medicina Interna por deterioro del estado general diagnóstico al ingreso:

1. Infección del tracto urinario, ap de E.Coli BLEE.
2. Sdr confusional agudo hiperdinámico .
3. Fibrilación auricular de recién diagnóstico.
4. Hipopotasemia leve.
5. Insuficiencia Respiratoria Crónica.
6. Deterioro cognitivo grave.

El 9 de octubre reingresada en Medicina Interna, el médico internista escribe en historia clínica: “mejora del estado general, hay respuesta verbal espontánea, orientada en persona y espacio, no en tiempo. Colaboradora. Mejoría respecto al día de ayer, tranquila”.

El 9 de octubre resultado de urincultivo: PARM: Pseudomona Aeuruginosa multirresistente, infección del tracto urinario de origen nosocomial, en aislamiento de contacto.

*El día 10 de octubre la paciente empeora, escriben en historial clínico: “franco deterioro respecto a ayer”. Estupurosa. Deterioro de la función renal, apertura ocular leve. Deshidratación mucocutánea (...) Se habla con familiares.*

*Se desencadena fase agónica, control exclusivo de los síntomas. Sedación paliativa terminal, contacto con los familiares para establecer limitaciones al esfuerzo terapéutico.*

*Escriben en historial médico del servicio de Medicina Interna: “paciente con franco deterioro cognitivo-conducta progresivo en últimos meses, múltiples ingresos y apreciación de signos de sufrimiento”. Se adoptan medidas de confortante gravedad del cuadro y apreciación de signos de sufrimiento.*

*La señora paciente fallece a las 20.05 horas del día 10 de octubre de 2018. Juicio diagnóstico tras exitus:*

- 1. Deterioro del estado general.*
- 2. Sepsis por Pseudomona Aeruginosa.*
- 3. Infección del tracto urinario de origen nosocomial.*
- 4. Alcalosis metabólica.*
- 5. Insuficiencia renal aguda.*
- 6. Fibrilación auricular de novo.*
- 7. Hipopotasemia leve.*
- 8. SDr. Confusional secundario.*
- 9. Deterioro cognitivo grave.*
- 10. Exitus letalis (...) ».*

### III

**1.** En cuanto a la tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial constan las siguientes actuaciones, tras la presentación de la reclamación el 22 de abril de 2019:

**1.1.** El 26 de abril de 2019, se identifica el procedimiento y se insta a la interesada a mejorar su solicitud mediante la aportación de determinada documentación, en concordancia con lo dispuesto en los arts. 66, 67 y 68 LPACAP. Por lo que la reclamante realiza debida respuesta al referido requerimiento (páginas 55 y siguientes del expediente).

**1.2.** Por Resolución de 28 de junio de 2019, del Director del SCS, se acuerda la admisión a trámite de la reclamación, indicando la realización de cuantos actos

fueran necesarios para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales deba pronunciarse la Resolución.

**1.3.** El 20 de febrero de 2020, el SIP emite informe (páginas 72 y siguientes del expediente), de acuerdo con los informes preceptivos de los servicios implicados en la producción del daño por el que se reclama (entre otros, Servicio de Medicina Interna -pág.90-, Servicio de Neurología -pág.92-, Servicio de Medicina Preventiva -pág.94-, del Coordinador de Urgencias -pág.96-).

**1.4.** El 27 de febrero de 2020, se dicta acuerdo probatorio en el que se incorporan las pruebas aportadas por la Administración y se admiten las propuestas por la interesada, tanto documental como testifical (páginas 488 y siguientes del expediente). Sin perjuicio de que no se haya podido practicar la totalidad de las testificales propuestas por diferentes razones, la interesada aportó efectivamente el pliego de preguntas al expediente (páginas 534 y siguientes del expediente). Practicándose la testifical determinada (páginas 540 y siguientes del expediente).

**1.5.** El 1 de febrero de 2021, se confiere a los interesados el preceptivo trámite de vista y audiencia del expediente, notificándose efectivamente, tras lo cual se presenta escrito de alegaciones en fecha 26 de mayo de 2021.

En consecuencia, el SIP presenta nuevo informe complementario en fecha 1 de febrero de 2022, indicando al respecto:

*« (...) la paciente con infección del tracto urinario (ITU) por Escherichia Coli (bacteria que forma parte de la microbiota del tracto gastrointestinal), tuvo el tratamiento antibiótico idóneo para dicha infección, y seguimiento sistemático evolutivo, con control posterior al tratamiento mediante cultivo de orina, iniciado el 29 de agosto/2018, donde el 31 de agosto no había crecimiento bacteriano alguno, es decir, la infección estaba resuelta. La paciente evoluciona sin clínica infecciosa (no fiebre, buen estado general, no algias ni molestias), y la analítica general previa al alta es normal, sin criterios de infección, si bien, para control evolutivo se le tomó nueva muestra de orina para cultivo (resultado que se obtendría varios días después). Con todos estos datos se decide el alta de la paciente, para seguir controles en Consultas Externas, además de en Atención Primaria, y desde luego, en caso de requerimiento siempre estaba la opción de acudir al Servicio de Urgencias.*

*2.- Está claro que el seguimiento evolutivo de la paciente, tanto de la clínica, como de las pruebas analíticas, cultivos, realizadas o por realizar, se haría en consultas, tal como consta en el informe de alta; no habían criterios clínicos ni analíticos ni microbiológicos para sospechar infección activa, ni para dejar a la paciente hospitalizada, ni para tratarla con antibióticos; se trataba de una paciente anciana con comorbilidades significativas, ya tratada*

*de forma prolongada con antibióticos y corticoides, condiciones todas ellas que la hacían muy susceptible a infecciones nosocomiales, lo que implicaba más complicaciones e incremento de la mortalidad.*

*3.- Respecto a la infección de orina por Pseudomona Aeruginosa multirresistente que se calificó como nosocomial el 9 de octubre de 2018, se adjunta informe complementario del Servicio de Medicina Preventiva, sobre procedimientos en relación a las medidas preventivas ante infección por dicha bacteria, así como el protocolo de actuación en esos casos (...) ».*

**1.6.** Asimismo, consta en el expediente informe del Jefe de Servicio de Medicina Preventiva de 17 de septiembre de 2019, e informe del Servicio de Medicina Preventiva de fecha 22 de junio de 2021.

**1.7.** La interesada presenta nuevo escrito de alegaciones reiterando sus pretensiones iniciales, en fecha 17 de febrero de 2022.

**1.8.** El 16 de marzo de 2022, se emite Propuesta de Resolución, desestimatoria de la pretensión de la interesada.

**2.** Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, aun expirado éste, y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

## IV

**1.** La Propuesta de Resolución es de sentido desestimatorio, pues el órgano instructor considera que, tras la instrucción del expediente, no concurre el nexo causal necesario para declarar la responsabilidad patrimonial del SCS por los hechos que se reclaman.

**2.** El objeto de la reclamación planteada por la interesada se centra en la deficiente asistencia médica dispensada a la paciente. En resumen, porque tras los distintos ingresos hospitalarios en los que se realizaron varias pruebas médicas, dada la mejoría y sin descartar otros posibles cuadros, se emitió como diagnóstico principal encefalitis vírica. Concretamente, alega la interesada que su madre recibió el alta hospitalaria indebidamente el día 5 de septiembre de 2018, por no esperar a los resultados de los cultivos realizados, lo que entiende que fue determinante para que el día 15 de septiembre volviera a ingresar de urgencia por sepsis urinaria, considerando que no se adoptaron las medidas preventivas y protocolos existentes en función del estado de salud de la paciente.

En los cultivos realizados, se observa que la paciente era portadora de una bacteria contagiosa. No obstante, tras realizarle nuevos urocultivos, igualmente recibió el alta hospitalaria con fecha 4 de octubre de 2018 con tratamiento antibiótico.

Con el paso de los días la salud de la afectada se iba deteriorando, sin que los tratamientos frenaran la expansión de la enfermedad vírica. Por lo que, con fecha 6 de octubre de 2018 ingresa de nuevo por malestar general con dificultad respiratoria y temblor generalizado. Tras cuatro días de agonía se procedió a su sedación, falleciendo el 10 de octubre de 2018.

Concretamente, el objeto de la reclamación son los daños psicológicos producidos a consecuencia de los sucesivos errores cometidos por el personal sanitario.

**3.** A los efectos de analizar la adecuación a Derecho de la Propuesta de Resolución, en relación con la obligación de medios que le corresponde a la Administración sanitaria y el criterio de la *lex artis* como delimitador de los supuestos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario, tal y como la doctrina de este Consejo ha venido manteniendo de manera reiterada y constante (por todos, Dictámenes 534/2018, de 27 de noviembre, 69/2019, de 28 de febrero, 341/2019, de 3 de octubre y 442/2019, de 28 de noviembre), procede tener en cuenta que a la Administración no le es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente. Se hace preciso por consiguiente determinar un parámetro que permita valorar el funcionamiento del servicio y, por tanto, la procedencia o no de la actuación médica causante o conectada a la lesión existente; es decir, que permita diferenciar aquellos supuestos en que los resultados dañosos se pueden imputar a la actividad administrativa, incluyendo el tratamiento o asistencia efectuada o la falta de uno u otra, y aquellos otros en los que se ha debido a la evolución natural de la enfermedad y al hecho de la imposibilidad de que los medios de exigible disponibilidad, en función del nivel técnico y científico alcanzado, garanticen la cura en todos los casos o completamente.

Este criterio básico, utilizado comúnmente por la jurisprudencia contencioso-administrativa, es el de la *lex artis*, sin perjuicio de la aplicabilidad de las normas reguladoras de la prestación del servicio público sanitario, incluyendo los derechos de los pacientes. Así, lo esencial, básicamente, desde una perspectiva asistencial y para la Administración gestora, es la obligación de prestar la debida asistencia médica, con el uso de los medios pertinentes en la forma y momento adecuados, con las limitaciones y riesgos inherentes a ellos, conocidos por los pacientes (SSTS de 16 de marzo de 2005, 7 y 20 de marzo de 2007, 12 de julio de 2007, y 25 de septiembre de 2007, entre otras).

Por lo tanto, el criterio de la *lex artis* determina la normalidad de los actos médicos e impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, de modo que la existencia de responsabilidad exige tanto la producción de la lesión como la infracción de la *lex artis*, en relación, en particular, con el estado de los conocimientos y de la técnica sanitaria (art. 34.1 LRJSP).

4. En relación con la asistencia médica que la paciente recibió, el SIP, después de aportar un análisis detallado del tipo de enfermedad que ésta padecía, realiza las siguientes consideraciones -por las que finalmente concluye que no existe responsabilidad sanitaria, tanto en el primer informe como en el informe complementario, emitido posteriormente-:

*« (...) El síncope, definido como una pérdida transitoria de conciencia que cursa con recuperación espontánea y sin secuelas, se debe a una hipoperfusión cerebral general y transitoria, es causa frecuente de consulta médica, tanto en Atención Primaria como en los Servicios de Urgencias.*

*Si bien en la mayoría de los casos se debe a un mecanismo reflejo, que tiene buen pronóstico, en determinados pacientes se puede presentar en forma de crisis muy recurrentes que afectan gravemente a su calidad de vida.*

*Estos pacientes pueden ser valorados de entrada tanto en Atención Primaria como en Servicios de Urgencias y pueden ser remitidos a Servicios de Neurología, de Medicina Interna o de Cardiología.*

*Una de las primeras definiciones sobre qué es el síncope se publicó en las guías de la Sociedad Europea de Cardiología de 2001. En esa definición se incluían los conceptos fundamentales del síncope, es decir, que hubiera pérdida de conciencia, que dicha pérdida de conciencia fuera transitoria y que el paciente se recuperara de ella espontáneamente, sin necesidad de una intervención terapéutica y sin secuelas. Asimismo, en esa definición se establecía que, para que un episodio de pérdida transitoria de conciencia se pudiera etiquetar de síncope, el mecanismo tenía que ser una hipoperfusión cerebral transitoria. La*

*evaluación inicial de cualquier paciente atendido por un primer episodio de pérdida transitoria de conciencia consiste en una historia clínica detallada, especialmente centrada en determinados aspectos del propio episodio sincopal, una exploración física, básicamente enfocada a valorar la presencia de datos de cardiopatía que puedan tener relación causal con el síncope y la realización de un ECG.*

*Es importante destacar que, dado que el síncope es un fenómeno transitorio que no deja secuelas, no hay ninguna prueba objetiva que nos permita confirmar si el paciente ha sufrido o no un síncope, y en la mayoría de las ocasiones, establecer su causa. La única información que podemos obtener proviene de la historia clínica con una descripción detallada de los desencadenantes, los síntomas previos, lo que ha ocurrido durante el episodio sincopal y la forma de recuperación.*

*Se debe realizar ECG a todos los pacientes que consultan por un episodio sincopal al menos la primera vez, incluso a los pacientes en que por la historia clínica parezca evidente que tienen un síncope de causa refleja. Esto es importante porque, si bien el desencadenante emocional es precisamente una de las características del síncope vasovagal, hay algunas afecciones cardiogénicas que se desencadenan por un estímulo adrenérgico que en ocasiones puede confundirse con el desencadenante emocional de un síncope reflejo.*

*Se debería descartar la presencia de alteraciones del ECG en todos estos pacientes. La exploración física es asimismo importante, pero suele dar poca información referente a la etiología, a excepción de que se descubra la presencia de un soplo sugestivo de estenosis aórtica, signos de insuficiencia cardíaca o una respuesta claramente patológica al ortostatismo activo (...) Sólo en caso de que presenten episodios recurrentes e inesperados que afecten a su calidad de vida se deberá plantear la realización de otras exploraciones con la finalidad de diagnosticar posibles etiologías no esperadas o evaluar con detalle los mecanismos finales del síncope para individualizar el tratamiento.*

*Tras una valoración completa inicial, si no se confirma claramente la presencia de una arritmia como causa del síncope y se descarta una cardiopatía grave, la evaluación de estos pacientes puede seguirse de manera ambulatoria.*

*Presíncope: trastorno grave de la conciencia, pero que no alcanza a la pérdida completa de ésta, ¡con pérdida de la lucidez y del tono postural! con rápida recuperación espontánea. La no pérdida completa de la conciencia es lo que lo diferencia del síncope.*

*Las medidas de prevención de la transmisión de los microorganismos hospitalarios, de control de infecciones. pueden agruparse en 4 grandes áreas: precauciones estándar, precauciones específicas (incluyendo, cuando procede, las medidas de aislamiento), medidas de limpieza y desinfección ambiental, y actividades de vigilancia, (incluyendo los datos de incidencia y la monitorización de procedimientos). Las medidas de prevención y control deben contemplar la cadena de transmisión en todos sus aspectos. La comprensión e*

*interpretación de los mecanismos de transmisión de cada patógeno permiten dilucidar los mecanismos de control con mayores posibilidades de ser eficaces en cada caso. La cadena de transmisión se compone de los reservorios o fuentes del patógeno, del mecanismo o mecanismos de transmisión y de la existencia de un huésped susceptible.*

*a. Las precauciones estándar son medidas que deben aplicarse a todos los pacientes en todas las circunstancias, y persiguen evitar la transmisión de microorganismos entre pacientes, entre el ambiente y los pacientes, y a los sanitarios. Son sencillas y de fácil aprendizaje y realización. Se componen del lavado o descontaminación de manos (que llamaremos higiene de manos) y la utilización de dispositivos de barrera (batas, guantes, mascarilla y gafas de protección ocular) cuando son precisos. La higiene de manos se considera la principal medida para prevenir las IRAS y evitar la diseminación de microorganismos multirresistentes*

*b. Es frecuente confundir las precauciones específicas con el aislamiento. El aislamiento de un paciente en una habitación individual es una medida de segregación o separación de pacientes, que eventualmente puede sustituirse por otras como el establecimiento de cohortes en unidades abiertas o ante la ausencia de habitaciones individuales, etc.; de hecho, aunque somos partidarios del aislamiento en habitación individual siempre que sea posible, es un tema controvertido.*

*c. Medidas ambientales. Limpieza y desinfección En cualquier caso, la importancia de la contaminación ambiental está siendo reconocida en los últimos años como un factor importante en la diseminación de las BMR en los hospitales.*

*Encefalitis viral aguda: Síndrome caracterizado por alteración del estado mental y distintas combinaciones de fiebre aguda, convulsiones, deficiencias neurológicas, pleocitosis en el LCR y alteraciones en el EEG y los estudios por imágenes. La encefalitis es una inflamación del encéfalo que aparece cuando un virus infecta directamente el encéfalo o cuando un virus, una vacuna o algún otro agente provoca inflamación, aparecen síntomas como fiebre, cefalea o convulsiones, y también sueño, adormecimiento o confusión, por lo general, se procede a obtener una imagen por resonancia magnética nuclear y se lleva a cabo una punción lumbar, el tratamiento consiste en aliviar los síntomas y, a veces, en el uso de antivíricos. La encefalitis viral es una causa importante de enfermedad y muerte. Se caracteriza por alteración del estado mental y fiebre aguda, convulsiones, deficiencias neurológicas, pleocitosis en el líquido cefalorraquídeo (LCR) y alteraciones en el electroencefalograma (EEG) y los estudios por imágenes. La causa más frecuente es el virus del herpes simple Los pacientes con encefalitis necesitan un control muy estricto, oxigenoterapia, protección de las vías respiratorias, apoyo circulatorio y tratamiento de la fiebre, de las arritmias cardíacas y de la inestabilidad neurovegetativa. Algunas guías aconsejan Aciclovir para el VHS y otras lo aconsejan como tratamiento empírico para toda encefalitis (...) ».*

5. Igualmente, los distintos informes preceptivos de los Servicios que asistieron a la paciente, esto es, Medicina Interna, Neurología, Medicina Preventiva y el Coordinador de Urgencias, coinciden en sus estudios sobre la evolución de la enfermedad de la paciente, considerando que la actuación médica dispensada por el SCS estuvo dentro de los estándares de los criterios asistenciales y que se ha realizado una praxis sanitaria adecuada de acuerdo con los protocolos de actuación médica según los síntomas que la paciente iba presentando, principalmente en lo referido a su diagnóstico, determinado mediante las distintas pruebas, entre otras, analíticas practicadas, así como la sintomatología manifestada.

6. En resumen, a la vista de la asistencia médica recibida por la paciente en sus distintos ingresos hospitalarios, del expediente se extrae que el 25 de julio de 2018 fue tratada correctamente por el Servicio de Urgencias del CHUNSC, pues sufría al parecer de un presíncope, que según el informe del Jefe del Servicio de Urgencias, es el trastorno importante de la consciencia, pero sin la pérdida completa de ésta. No obstante, en ese momento fue diagnosticada de: *«síncope, EPOC y efectos secundarios del Alprazolam»*, recibiendo el alta seguidamente.

En el ingreso hospitalario siguiente en el Servicio de Urgencias estudian hombro doloroso y realizan R.x. del mismo, detectándose la presencia de patología degenerativa. En todo caso, se ha llegado a constatar que se realizaron las pruebas pertinentes, el EKG, la exploración cardiológica y general, y analíticas varias adaptadas a la clínica existente. Se observa en el historial clínico de la paciente que no había causa de cardiopatía que necesitara ingreso. Aun así, estuvo en observación en el Servicio de Urgencias del CHUNSC, sin que se observara alteración neurológica sino tendencia al sueño que se achaca a la toma del Trankimazin, porque no tenía otra sintomatología. A su vez, presentaba EPOC y se trata a la paciente convenientemente, y, al observar mejoría, sin clínica, la remiten a su domicilio, no sin aconsejar el volver al Servicio si persistiera la problemática y acudir a su médico de familia. Por tanto, se evidencia que los facultativos actuaron correctamente según la clínica presentada por la paciente.

El 28 de julio de 2018, la clínica presentada por la paciente consistía en afectación neurológica clara, debilidad en miembros inferiores, crisis de ausencia a estudio, inatención visual etc. Por lo que se diagnostica probable encefalitis sin filiar, y de *«probable»* origen vírico; realizándose controles pertinentes por los distintos servicios determinándose el ingreso hospitalario de la paciente.

El 2 de agosto de 2018, el Servicio de Medicina Preventiva tras comprobar cultivo positivo de la orina y germen causante -Escherichia Colli-, instauran medidas de precaución de contacto hasta que la paciente el día 5 de septiembre recibe el alta hospitalaria, ya que considera que esta infección es comunitaria, puesto que la paciente, habiendo ingresado el día 30 de julio y habiéndose solicitado el cultivo el día 31, se determinó que la infección la traía la paciente desde su domicilio. No obstante, antes de la citada alta se realizan cultivos de orina varios, de los cuales uno resulta muestra contaminada, el siguiente el 29 de agosto recogen la orina y el resultado del cultivo se tiene el 31 de agosto y resulta negativo.

Todo ello determina que el tratamiento de la infección urinaria recibido por la paciente desde su ingreso puede calificarse de correcto, habiendo recibido diferentes controles médicos por los distintos servicios implicados.

Concretamente, en cuanto al diagnóstico de la infección urinaria por Escherichia Colli, se adoptaron medidas de precaución de contacto, consistentes en higiene de manos, bata, mascarilla, guantes, visitas restringidas, pero no incluye habitación individual. A su vez, la paciente recibe tratamiento antibiótico. Además, la bacteria Escherichia Colli, se erradicó en este ingreso como así lo demuestran los cultivos posteriores.

Cierto es que cuando la paciente recibe el alta hospitalaria, el 5 de septiembre, se solicitó un cultivo el día 4 de septiembre como precaución última. No obstante, la paciente estaba afebril, con mejoría neurológica, sin clínica urinaria, comiendo bien, sin problemas, asintomática al alta y el cultivo anterior tres días previos había dado negativo a la Escherichia Colli. Además, el análisis general de sangre previo al alta hospitalaria fue correcto. Por lo que, aunque el cultivo del 4 de septiembre resultase positivo lo fue por otro germen, el Enterococo Faecium, y tanto la encefalitis como la infección de orina por Escherichia Colli, motivos de su ingreso en ese momento se curaron, sin perjuicio del deterioro neurológico padecido como consecuencia o secuela de la encefalitis.

En cuanto a la asistencia recibida por la paciente a partir del día 13 de septiembre, también la podemos calificar de correcta, pues se solicitaron nuevos cultivos de orina, se comprobó el resultado positivo al Enterococo Faecium, instauran tratamiento con antibiótico según antibiograma para dicho germen. Sin embargo, el resultado del análisis realizado a la llegada determinó una nueva infección por Escherichia Colli, considerando los facultativos que la paciente traía de casa esta bacteria Escherichia Colli y no el Enterococo. Tras dicho diagnóstico la bacteria fue

tratada pertinentemente según estudiamos en la historia clínica hospitalaria y se aplicaron las medidas para evitar los contactos según establece Medicina Preventiva como se indica en la historia clínica y como explica en su informe el Jefe de dicho Servicio.

Como se observa en la documental médica obrante en el expediente, la paciente recibe el alta nuevamente el día 4 de octubre de 2018, al estar estable con deterioro cognitivo moderado, sin fiebre, sin algias, buenas constantes, saturación de oxígeno buena con gafas nasales, recibiendo el tratamiento de oxigenoterapia y aerosolterapia domiciliaria para su EPOC.

El día 6 de octubre la paciente presenta un empeoramiento refiriendo dificultad respiratoria, malestar general, olor fuerte en la orina, sin algias o molestias al orinar, por lo que acude de nuevo al Servicio de Urgencias hospitalario en estado de confusión mental. Se realizan las pruebas pertinentes y variadas entre las que se encuentra un cultivo urinario. El resultado de éste es una infección por *Pseudomona Aeruginosa* multirresistente, que se considera infección nosocomial. Se adoptan las medidas de tratamiento al caso y las medidas de aislamiento estandarizadas, controladas por el Servicio de Medicina Preventiva del CHUNSC.

Finalmente, y debido al empeoramiento generalizado en el estado de salud de la paciente, dada su edad y sus dolencias en general, se comentó con los familiares el tratamiento paliativo, actuando en consecuencia, produciéndose el éxitus final.

7. Por tanto, de acuerdo con la Propuesta de Resolución, se considera que todos los Servicios implicados que asistieron a la paciente actuaron en cada uno de sus ingresos hospitalarios de conformidad con la *lex artis ad hoc*.

En este sentido, como indica el Tribunal Supremo (STS 25 de abril/2002): *«Prestada la asistencia sanitaria con arreglo a la regla de la buena praxis desde el punto de vista científico, la consecuencia de la enfermedad o el padecimiento objeto de la atención sanitaria no son imputables a la actuación administrativa y por tanto no pueden tener la consideración de lesiones antijurídicas». Así, la adopción de los medios al alcance del servicio, en cuanto supone la acomodación de la prestación sanitaria al estado del saber en cada momento y su aplicación al caso concreto atendiendo a las circunstancias del mismo, trasladan el deber de soportar el riesgo al afectado y determina que el resultado dañoso que pueda producirse no sea antijurídico (SSTS 11/abril/2006, 14 de marzo, 25/abril, 3 y 13 de julio 2007).*

*En los casos de infección intrahospitalaria, la obligación de medios que recae sobre la Administración Sanitaria se traduce en la adopción de las prevenciones necesarias para evitarla, con arreglo, por supuesto, al estado de la ciencia en cada momento. La carga de la prueba de este hecho recae necesariamente sobre la parte demandada, única que dispone de los elementos probatorios para justificar que la unidad sanitaria donde se produjo el brote infeccioso se hallaba sometida a los controles y reglas profilácticas ajustadas a los estándares de seguridad exigibles (...) También ha afirmado el Tribunal Supremo que en orden a las enfermedades nosocomiales resulta aplicable el principio de presunción o probabilidad de culpa en los supuestos de infecciones contraídas o reactivadas en el propio medio hospitalario, cuando de las distintas circunstancias concurrentes cabe llegar razonadamente a la conclusión de que la causa eficiente de la producción del daño era el contagio hospitalario y justificado tal proceder por la Administración Sanitaria, corresponde a la parte reclamante desvirtuarlo.*

*En aplicación de dicha doctrina este TSJ entendió en Sentencia 297/07 de 21 de marzo que obrando informes médicos de los que se desprendía que en el establecimiento sanitario estaba prevista la adopción de todas las medidas disponibles a fin de evitar infecciones como la padecida por el paciente fallecido, debía haberse aportado por la actora prueba en contrario suficiente, de la que concluir que en el caso concreto de aquel no se adoptaron las medidas exigidas por los expresados protocolos, y al no haberse actuado así, debía concluirse que la infección que padeció constituyó un caso de fuerza mayor que excluía la responsabilidad que se exigía a la Administración demanda (...) ».*

**8.** Como ha reiterado en múltiples ocasiones este Consejo Consultivo, entre ellos en su Dictamen 283/2021, de 20 de mayo, el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es que exista daño efectivo y que éste sea consecuencia 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, sin perjuicio 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, de los documentos obrantes en el expediente se constata que, de acuerdo con el historial clínico de la paciente, la interesada no ha llegado a trasladar al procedimiento la deficiente asistencia sanitaria alegada, pues de las actuaciones

médicas practicadas se observa que fueron correctas, habiéndose practicado por los facultativos que asistieron a la enferma las pruebas médicas pertinentes, empleándose los medios diagnósticos y tratamientos acordes al caso clínico determinado en cada momento.

Por tanto, podemos concluir que la reclamante no ha aportado prueba suficiente de que la actuación sanitaria se haya apartado de la *lex artis ad hoc*, que desvirtúe el informe del SIP o los distintos informes médicos preceptivos recabados ni las anotaciones de la historia clínica, por lo que no concurren los requisitos para apreciar la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

En definitiva, una vez acreditado por los documentos obrantes en el expediente que la paciente fue atendida correctamente en todo momento, sin que el fallecimiento de la paciente pueda ser achacable a la asistencia médica que la enferma recibió, se considera que la actuación recibida por el SCS fue ajustada a la *lex artis ad hoc*.

## CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución, desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial, resulta conforme a Derecho.