Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 15 de junio de 2023.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad el Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), en nombre y representación de (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 231/2023 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud, iniciado el 22 de octubre de 2021, a instancias de la representación de (...), como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida en dependencias del Servicio Canario de la Salud (SCS).

2. La interesada cuantifica inicialmente la indemnización en 130.150,29 euros, cantidad que determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del titular de la Consejería 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 carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

También son de aplicación la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP); la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias (LOSC); la Ley 41/2002,

[*] **Ponente: Sr. Fajardo Spínola.**

de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica; así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

3. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo y, por ende, del derecho a reclamar de la interesada (art. 4.3 LPACAP).

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

La reclamación no es extemporánea al haberse presentado dentro del año que prescribe el art. 67. LPACAP.

4. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) LOSC.

A la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud 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.

5. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, aún 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).

Consta en el expediente que se ha interpuesto recurso contencioso administrativo, aunque ello tampoco impide a la Administración resolver.

6. No se aprecia la existencia de deficiencias en la tramitación del procedimiento que, por producir indefensión, impidan un pronunciamiento sobre el fondo de la reclamación planteada.

II

1. La interesada basa su pretensión resarcitoria en el siguiente relato factico:

- El día 21 de marzo de 2020 la reclamante acude por dolor muscular de dos días de evolución al Centro de Salud de Guanarteme. Es atendida por facultativo que le administra tratamiento intramuscular por inyección en la zona de glúteos.

Ese mismo día, a las 19:52 h, comienza a aparecer en la cara interna del brazo manchas pequeñas rojas, por lo que acude de nuevo ese mismo día, y se le administra otra inyección.

- El día 22 de marzo de 2020 aparece en los brazos manchas de color amarillas hinchadas; acude a Centro de Salud de Guanarteme, la ve una doctora a quien le explica que el día anterior acudió dos veces. Le diagnostican que «*presenta cuadro de lesiones urticariformes pruriginosas en relación a posible medicación pautada el día anterior*».

Le vuelven a administrar inyecciones.

El día 24 de marzo de 2020 acude al Centro de Salud nuevamente, muestra sus lesiones pues ya comienzan a picarle, y le diagnostican:

«Lesiones eritematosas con habones en brazos, piernas, y tronco. Tras tratamiento con actocortina empeoramiento de las lesiones, sobre todo las cercanas a la vía periférica en brazo derecho».

Le vuelven a administrar inyecciones subcutáneas en el brazo e intravenosa.

- El día 25 de marzo acude nuevamente al CS de Guanarteme, donde le diagnostican: «*Lesiones eritematosas localizadas en tórax, compatibles con LES*». Erróneamente, a juicio de la reclamante, le diagnostican como LUPUS ERITEMATOSO.

- El 26 de marzo de 2020, la dicente acude a realizarse análisis de sangre en laboratorio (...), apareciendo una serie de índices que reflejan la existencia de un cuadro infeccioso grave. Si bien recoge dichos análisis el día 2 de abril de 2020, y el mismo 2 de abril acude de urgencias por el citado cuadro infeccioso, en el Centro de Salud le emiten informe clínico donde recogen que del resultado de la analítica que le realizan en dicho centro, muestra infección y alteración hepática.

* Se adjunta prueba analítica como doc. N.º 5.

* Se adjunta informe de fecha de 2 de abril como DO N.º 6

- El día 27 de marzo, aparece hinchazón en los glúteos por infección hepática bilateral que impide sedestación, con alteración.

- El día 3 de abril es intervenida para retirarle la pus de los glúteos en el Hospital Dr. Negrín.

Comprobando igualmente que la paciente presentaba, a raíz de todo esto, absceso hepático en cúpula segmento VI, VII del LHD complicado con Trombosis porta intrahepatíca/trombosis de VCI, realizan drenajes de absceso hepático y de glúteos siendo cultivo positivo +++ a KLEBSIELLA PNEUMONIAE.

- Tras esto se le desencadena una Trombocitosis probablemente reactiva, anemia NN hiporregenerativa con patrón de hierro inflamatorio donde el cuadro de Abscesos glúteos como probable foco inicial. Presentando igualmente Dilatación de VBE. Dilatación de VIE SIN datos de colangitis.

La paciente como consecuencia de infección y trombosis tiene Tratamiento indefinido con anticoagulantes subcutáneos- heparina 100 mg/ día-.

Debido a la persistencia de trombosis igualmente proceden a estudio de posible inmunodeficiencia y trastorno de coagulabilidad por parte del servicio de hematología. Dicho servicio en julio de 2021 manifiesta que la paciente tiene enfermedad tromboembólica por trombofilia por resistencia a vitamina c activada por positividad heterocigota para la presencia de facto v leyden + positividad de los ac anti be - glicoproteina 1 igm, probablemente desencadenada por abscesos glúteos.

Debido a problemas de salud y todo lo pasado desde marzo de 2020 la paciente ha empeorado de su patología ansiosa depresiva, presenta tristeza, llanto o pesadillas, temor a ir a centro de salud, irascible, debilidad, trastornos del sueño, lapsus de memoria, etc.

- De lo anterior entiende que la administración de una inyección en el mes de marzo de 2020 fue defectuosa, desencadenando una sepsis, provocando abscesos infecciosos en ambos glúteos. Dicha infección, dio positivo a la batería KLEBSIELLA PNEUMONIAE.

Todo ello tuvo como consecuencia también un absceso hepático complicado con trombosis portal intrahepática y trombosis de la vena cava inferior de la que aún se encuentra en tratamiento y seguimiento especializado.

Aporta distintos informes y documentos en apoyo de sus pretensiones.

2. Admitida la solicitud, el Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), a la vista de la historia clínica y los informes de los servicios implicados, emite informe que acredita la siguiente sucesión cronológica de hechos:

«- Según se describe en el historial clínico, la paciente, con fecha de nacimiento 03/12/1974 (45 años), tiene antecedentes de trastorno depresivo (2003), trastorno depresivo ansioso desde 2012, con tratamiento de crónicos con ansiolíticos, hipnóticos (para dormir) y antidepresivos.

Colecistectomizada (extirpada la vesícula biliar) en 2006 por cálculos biliares.

Coledocolitiasis residual resuelta con esfinterotomía y extracción del cálculos (2008).

Enzimas hepáticas (transaminasas) ligeramente elevadas de forma continuada (analíticas 2006, 2009, 2014, 2017, 2018, 2019). Es fumadora.

- Había consultado con anterioridad en Atención Primaria por lesiones eritematosas con habones en brazos y tronco -urticaria (13/09/2018), lesiones eritematosas en cuello dermatitis (16/11/2019)-, para lo que había seguido tratamiento antihistamínico. Se recogen antecedentes de alergia al látex e intolerancia a la penicilina. Según notas de Alergología en historia clínica hospitalaria está diagnosticada de Urticaria Crónica.

- En fecha 21/03/20, fue atendida en Atención Primaria por dolores musculares de días de evolución. Para dichos dolores se le trató con tratamiento analgésico y relajante muscular (dexketoprofeno-metamizol-diazepam) intramuscular. El tratamiento inyectable fue prescrito por el médico (en la consulta) y realizado por enfermería a las 16:51 horas en la zona habilitada para ello. Se le pautó para domicilio analgésico y antiinflamatorio vía oral. No hay constancia de ninguna otra consulta durante ese día, ni hay descrita ninguna incidencia ni durante la consulta ni durante la realización del tratamiento intramuscular.

- En fecha 22/03/20, la paciente acude a Urgencias de Atención Primaria por presentar lesiones urticariformes pruriginosas en forma de ronchas o habones (objetivables a la exploración), refiriendo su posible relación con la medicación pautada el día anterior. Para el cuadro urticariano se le prescribe en consulta, de forma adecuada y como es habitual medicación intramuscular con corticoide (metilprednisolona)+ antihistamínico (dexclorfeniramina) para reducir el edema y el prurito lo más inmediatamente posible, además de tratamiento antihistamínico para casa. El tratamiento intramuscular fue prescrito en la consulta y realizado por enfermería a las 16:13 horas, en la sala de enfermería. No se describe ninguna incidencia ni durante la consulta ni durante la inoculación intramuscular.

- En la madrugada del 23/03/20, vuelve a ser valorada en Urgencias de Atención Primaria por el mismo cuadro urticariano. Adecuadamente se le pauta por el médico de guardia medicación intramuscular con corticoide y antihistamínica (metilprednisolona + dexclorfeniramina), para aliviar la sintomatología de la paciente. El tratamiento intramuscular fue prescrito en la consulta y realizado por enfermería a las 0:57 horas, en la sala de enfermería. No se describe ninguna incidencia ni durante la consulta ni durante la inoculación intramuscular.

- En fecha 24/03/20, vuelve a consultar dado que las lesiones urticarianas no mejoran con el tratamiento pautado. Se describen lesiones urticarianas en brazos, piernas y tronco. Se le trata con corticoide intravenoso (actocortina), con empeoramiento de las lesiones, sobre todo las cercanas a la vía intravenosa en el brazo derecho, lo cual queda descrito por la médico interviniente. Se le pauta medicación subcutánea con adrenalina (no se administra en glúteos), y tras su administración por enfermería, y constatada la mejoría por la médico se le dan recomendaciones sobre el tratamiento y el seguimiento. No hay ninguna incidencia y el tratamiento realizado no fue intramuscular, ni tampoco en glúteos.

- En fecha 25/03/20, consulta en Atención Primaria, refiriendo en su domicilio había tenido fiebre. En las notas tomadas en la anamnesis (lo que cuenta la paciente), se describe ha estado en los últimos días con reacción urticariforme de la cual se encuentra mejor y recientemente ha sido diagnosticada de lupus y que el día 27/03/20, tiene cita con el Dermatólogo que le diagnosticó dicho lupus. En la exploración se describe presenta buen estado general, presentando lesiones eritematosas en tórax. La temperatura y resto de signos vitales se describen normales. Dado las lesiones eritematosas en tórax, y el diagnóstico reciente de lupus, referido por la propia paciente, la médico decidió ante proximidad de la consulta con el Dermatólogo que la ha referido, mantener el mismo tratamiento que ya tenía pautado.

- De la información anterior puede extraerse que, de haber algún error en la información/diagnóstico, es achacable a la propia paciente, que fue la que manifestó haber sido diagnosticada de lupus. En cualquier caso, no se constató fiebre, ni dicha paciente manifestó ninguna otra clínica, no se le cambió el tratamiento que ya seguía para el cuadro urticariforme que había presentado y del cual había mejorado. Cuadro urticariforme del que no se conoce si fue una reacción secundaria a alguno de los fármacos administrados para los dolores musculares o sencillamente fue causado por la propia sensibilidad de la paciente diagnosticada de urticaria crónica (ya había manifestado cuadros similares, al menos en fecha 13/09/18: lesiones eritematosas con habones en brazos y tronco -urticaria, y 16/11/19: lesiones eritematosas en cuello dermatitis), para los que había requerido tratamiento antihistamínico, tratamiento solo o combinado con corticoides, que es el adecuado, para este tipo de trastorno. En cualquier caso, la propia paciente, en historia clínica hospitalaria (consulta de Hematología de fecha 26/05/20, hace referencia a que el estudio realizado con carácter privado había descartado el lupus).

- En fecha 30/03/20, un familiar de la paciente contacta con médico de familia (de Centro de Salud ajeno a la paciente). Describe que la paciente presenta fiebre desde hace 12 días (se conoce que la fiebre pudo iniciarse el día 25, antes no hay referencias a fiebre), asociado a mialgias (dolores musculares) y que desde ayer asocia tos seca y rinorrea con congestión nasal. Se describe la paciente está vacunada contra la gripe. Al ser una consulta telefónica (en la que no se hace referencia a ninguna afectación o infección en glúteos o cualquier otra) se dan recomendaciones generales para tratamiento antipirético

(paracetamol para la fiebre) con seguimiento por su médico de familia, para control de su evolución y filiar el origen de la fiebre.

- No hay otras consultas en el S.C.S hasta el 02/04/20, fecha en la que consulta en Atención Primaria por infección en glúteos bilateral, con mala evolución tras 72 horas con ciprofloxacino (antibiótico de amplio espectro). La analítica aportada por la paciente e indicada por Dermatólogo privado (no muestra datos que sugieran enfermedad autoinmune como lupus), pero muestra datos de infección y de alteración (leve y presente en sus antecedentes) de la función hepática. Dado el cuadro actual, de forma adecuada, se le remite al Hospital de referencia (HUGCDN) para su valoración.

- Ese día, es ingresada en el HUGCDN a través del Servicio de Urgencias, a cargo del Servicio de Digestivo motivado por vómitos, fiebre y dolor abdominal.

- En anamnesis recogido por Digestivo, la paciente cuenta historia de algias articulares y musculares, y que está en estudio por médico privado por posible lupus (no confirmado, no tratamiento específico). Tiene tratamiento con antidepresivos deprax y bilastina (antidepresivos y antihistamínico respectivamente). Además, hace referencia al reciente tratamiento intramuscular en ambos glúteos (hace 2 semanas en centro de salud), y que comienza 24 horas después con febrícula y luego fiebre alta de 39ºC diaria, asociando a los pocos días dolor en hipocondrio derecho irradiado a zona dorsal, vómitos y malestar general, desde el inicio del dolor en ambos glúteos que dificultan la sedestación.

- En exploración, la temperatura es de 37.6 ºC. El abdomen se describe blando, compresible, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho con hepatomegalia de 2-3 cm bajo el reborde costal, no otras masas, no signos de irritación peritoneal. Glúteos: se palpan abscesos en ambos glúteos. No se describen otros hallazgos de interés.

- En analítica al ingreso, se constata anemia severa, factores reactantes de fase aguda (leucocitosis con predominio neutrófilos y PCR) elevados. Trombocitosis (incremento de plaquetas). Enzimas hepáticas ligeramente elevadas.

- En TAC abdominal realizado urgente al ingreso, se objetiva lesión ocupante de espacio de 10 cm en lóbulo hepático derecho (LHD) compatible con absceso. Trombosis de ramas portales segmentarias a nivel del segmento VI. Vía biliar intrahepática ectásica con un colédoco dilatado que alcanza un calibre de 1,6 cm, con aparente contenido endoluminal en su desembocadura. Colecistectomizada. Defecto de repleción parcial de 2 cm de extensión a nivel de la vena cava inferior, craneal a la confluencia de las venas suprahepáticas. En informe de TAC se describe que los hallazgos previamente descritos son compatibles con absceso hepático, a valorar el origen biliar del mismo (colangitis ascendente). Otros hallazgos: Adenopatía de 0,7 cm en el hilio hepático, probablemente de carácter reactivo. Lesión hipodensa en el aspecto posterior del cuerpo uterino de aproximadamente 3,4 x 3,5*

cm, en probable relación con mioma uterino. Varias lesiones con densidad partes blandas en el tejido celular subcutáneo de la región glútea.

- Es diagnosticada de Absceso hepático. Complicación con trombosis porta intrahepática/trombosis de VCI (trombosis parcial de vena cava inferior). Abscesos glúteos como probable foco inicial. Dilatación de la vía biliar intrahepática con dudosa coledocolitiasis, sin datos de colangitis.

- En el caso de esta paciente, al no existir datos de colangitis, se consideró los abscesos glúteos (con identificación del mismo microorganismo que en absceso hepático) como probable foco inicial.

- Está tratada con cobertura antibiótica con pipera-tazobactam. Tiene HBPM como tratamiento anticoagulante. Se le realiza ECO-Drenaje (se toma muestra para estudio), dejando drenaje del absceso hepático.

- Se solicita valoración por Cirugía General y Digestiva (en adelante Cirugía) para valorar drenaje abscesos glúteos. Se aplaza CPRE (procedimiento para revisar la vía biliar y extraer cálculos, de existir), tras considerar que no aporta beneficios terapéuticos, dada la baja probabilidad de colangitis.

- En valoración realizada por Cirugía General y Digestiva (03/04/20), se describe dos lesiones inflamadas, eritematosas, fluctuantes a nivel de ambos glúteos en cuadrante superoexternos, sugestivas de abscesos glúteos.

- Ese mismo día se le realiza por parte de Cirugía incisiones y drenaje de los abscesos, tomando muestra de los abscesos para cultivo, se añade metronidazol (a la antibioterapia que ya sigue), y se dan las recomendaciones sobre cuidados y curas de glúteos.

- La paciente continúa hospitalizada realizándose tratamiento, curas, cuidados, vigilancia y pruebas complementarias, adecuadas a su estado y evolución.

- En control evolutivo por Digestivo de fecha 06/04/20, se describe buena evolución. En Exploración física se describe está afebril, estable hemodinámicamente y tiene mejor aspecto general. Las incisiones en glúteos tienen buen aspecto, con desaparición de los signos inflamatorios. El drenaje del absceso hepático se constata permeable con salida escasa (< 15 cc. serohemático diario).

- En cultivo de absceso hepático se aísla Klebsiella pneumoniae (multisensible, es decir, sensible a los antibióticos utilizados). En cultivo de abscesos glúteos también se aísla Klebsiella pneumoniae.

- Se ajusta el tratamiento antibiótico y se solicita ECO de control del absceso hepático para su realización durante esa semana.

- Los controles de enfermería de ese día también anotan buena evolución. La paciente deambula por la habitación.

- En control evolutivo de Digestivo de fecha 07/04/20, se describe continúa con mejoría evolutiva. El estudio de anemia (2/04) tiene resultado de Trombocitosis probablemente reactiva. Anemia normocítica normocrómica hiporregenerativa con patrón de hierro inflamatorio. Cultivos de abscesos negativo para microorganismos anaerobios. Se ajusta el tratamiento.

- Continúa con buena evolución. En ECO control del drenaje (8/04): se observa disminución del tamaño del absceso (7 x 4 cm). Ese mismo día dado que no hay drenaje espontáneo ni con los lavados, y que hay mejoría clínica-analítica y ecográfica se retira el drenaje.

- En evolutivos sucesivos se observa buena evolución. Estable asintomática y afebril. Se siguen realizando curas en glúteos, que presentan buen aspecto. En fecha 10/04/20, al notar zonas duras en cicatrización de ambos glúteos, se realiza cura más profunda y lavados, aspirando contenido purulento. Se continúa con las curas adecuadas y la cobertura antibiótica.

- En fecha 13/04/20, en evolutivos de Digestivo, se describe continúa con buena evolución tras la retirada del drenaje percutáneo (drenaje hepático retirado el 8/04). Buen aspecto general, sin fiebre. Sin odinofagia. Curas de abscesos glúteos con persistencia de salida de pus y alguna zona endurecida circundante a las incisiones, lo que motiva solicitud al Servicio de Cirugía para revisión de abscesos glúteos. También se solicita TAC abdominal de control para decidir cuándo pasar los antibióticos a vía oral y el control evolutivo de la trombosis VCI/porta.

- En valoración evolutiva por Servicio de Cirugía, se describe: paciente mujer de 45 años, fumadora, que el día 3/4/20 se le realizó drenaje de abscesos glúteos bilaterales en contexto de inyecciones intramusculares. Dichos abscesos presentaron complicación en forma de absceso hepático con trombosis parcial de la VCI tratado mediante drenaje percutáneo.

- En exploración presenta una incisión transversa en cada glúteo con buen aspecto, sin eritema ni calor asociado, levemente indurados a su alrededor. Se están haciendo curas con SSF y Betadine. Con el juicio clínico de: Abscesos glúteos en resolución. Buena evolución de las curas locales, se plantea seguir con las curas tal como se están haciendo.

- En fecha 14/04/20, en evolutivo de Digestivo, se describe: es muy sospechoso el hecho de que haya tenido infecciones circunscritas en varios puntos, siendo necesario descartar inmunodepresión de fondo (estudios posteriores no han diagnosticado enfermedad autoinmune). La mejoría clínica y analítica (PCR normal) permite pasar a antibioterapia oral.

- En fecha 15/04/20, en evolutivo de Digestivo, dada buena evolución, se prevé alta próxima.

- En evolutivo de enfermería, de 15 y 16 de abril, la paciente está asintomática, con buena evolución de la cicatrización en glúteos.

- En evolutivo de Digestivo de 16/04/20, se describe buena evolución clínica. Está pendiente de TAC abdominal de control evolutivo. Se solicita también estudio de ecocardiograma para descartar datos de cardiopatía. Se prevé alta próxima. Permanece con tratamiento anticoagulante.

- Continúa con buena evolución, mientras se le realizan los estudios solicitados. Se le realizan curas de ambos glúteos. Las serologías para VIH y distintos tipos de hepatitis resultaron negativos.

- En fecha 20/04/20, en evolutivo de Digestivo, se describe Ecocardio con Función Biventricular sistólica conservada, sin datos de cardiopatía estructural relevante, sin datos sugestivos de endocarditis infecciosa. TAC abdominal de control con absceso hepático en resolución, persiste dilatación de la vía biliar intra y extrahepática sin que se identifique causa de la dilatación. Permeabilidad de ramas portales. Mejoría de los abscesos glúteos.

- Ese mismo día dada evolución satisfactoria, se decide alta, realizando contacto previo con Atención primaria para coordinación e instrucciones sobre curas de glúteos. Al alta los diagnósticos son Absceso hepático. Complicación con trombosis porta intrahepática/trombosis de VCI. Abscesos glúteos como probable foco inicial. Dilatación de VBE (vía biliar extrahepática) sin datos de colangitis. Mioma uterino (con sangrados que le causan anemia).

Se dan las recomendaciones sobre tratamiento, cuidados, curas de glúteos, revisiones por Cirugía, además de control ambulatorio por Digestivo.

- En fecha 22/06/20, se describe en consulta de Cirugía, no signos inflamatorios en glúteos y cicatriz con buen aspecto, por lo que es alta de cirugía en relación con los abscesos glúteos.

- Sigue controles de su evolución en Consultas Externas de Digestivo.

- Tras acudir al Servicio de Urgencias del HUGCDN el 12/08/20, por dolor abdominal tipo cólico persistente, sin fiebre, sin náuseas / vómitos ni ictericia. Se cursa ingreso a cargo del Servicio de Digestivo (12 al 14/8/2020).

- En los antecedentes patológicos descritos en Informe del Servicio de Digestivo (14/08/20), se describe: Ingreso reciente (abril/2020) en Digestivo por absceso hepático complicado (trombosis vasculares locales de ramas portales segmentarias y parcial de vena cava inferior) atribuida inicialmente a abscesos glúteos. En seguimiento ambulatorio por Digestivo se realizó USE -ecoendoscopia 03/08/20 (por síntomas de colestasis: dolor en hipocondrio derecho y náuseas), apreciándose coledocolitiasis.

- Dado coledocolitiasis sintomática, se realiza CPRE el 14/08 apreciando dilatación significativa de la vía biliar extrahepática. Se realiza esfinteroplastia, se extrae coledocolitiasis milimétrica, comprobándose el correcto drenaje biliar. Tras comprobar ausencia de complicaciones tras CPRE se decide alta y continuar con seguimiento ambulatorio.

- Los juicios diagnósticos son: Coledocolitiasis sintomática en paciente Colecistectomizada. Realización de CPRE con esfinteroplastia y extracción de litiasis milimétrica. Dilatación de vía biliar indeterminada. Trombosis vasculares portales segmentarias y trombosis parcial de vena cava inferior en seguimiento y estudio por Digestivo. Absceso hepático previo de probable origen ascendente. Mioma uterino y Anemia ferropénica en relación con pérdidas menstruales.

- Al alta (14/08/20), se dan las recomendaciones sobre tratamiento, cuidados y controles a seguir.

- En consulta de Digestivo de fecha 19/08/20, se describe, la semana pasada se hizo la CPRE con esfinteroplastia y extracción de una litiasis, sin complicaciones. Debe continuar con tratamiento anticoagulante (de momento tiene HBPM, subcutáneo). La propia paciente rechazó anticoagulante oral en consulta de Hematología de julio/2020, dado las interacciones alimentarias.

- En consulta de Digestivo de fecha 25/11/20, se describe mujer de 45 años con absceso hepático de origen no bien aclarado. Ingreso en abril 2020, por absceso hepático enorme asociado a TVPNC (trombosis porta intrahepática y vena cava inferior). Relacionado en principio con absceso glúteo postinyección im, se ha planteado que pueda ser secundario a colangitis obstructiva por coledocolitiasis. De hecho en agosto se ha realizado CPRE terapéutica. Actualmente se sigue su evolución, estando pendiente de TAC de control de la resolución del absceso y de confirmar que la TVPNC (trombosis) también está resulta. Se describe que tiene problemas de accesos vasculares (presenta problemas para poder realizar las analíticas o cualquier prueba que implique acceso venoso).

- Dado imposibilidad de acceso venoso, el 16/03/21, se canaliza PICC (catéter central de inserción periférica) por Radiología Vascular Intervencionista (RAVI), realizándose analíticas de control solicitadas por Servicios de Digestivo, Alergología y Hematología, TAC de control. En consulta de Digestivo de 17/03/21, se describe mejoría del perfil hepático. La hemoglobina es de 10,3 g/dl con ferritina normal.

- En TAC de control (16/03/21) se describe pequeño defecto de repleción (tromboflebitis segmentaria en una rama del segmento VI del lóbulo hepático derecho), atrofiándose parcialmente el paréquima hepático dependiente de la misma respecto al estudio previo. En notas evolutivas de Digestivo de fecha 25/04/21, tras evolución y estudios hasta el momento, se plantea el juicio clínico de Absceso hepático favorecido por coledocolitiasis y trombofilia

(según estudios de Hematología de marzo/21). Buena evolución, quedando secuela sobre segmento VI que justifica la HAP (atrofia del parénquima hepático). Se continúa con su seguimiento.

- En informe de Hematología (15/09/21) e historial de consultas, se describe un primer estudio de trombofilia adquirida (junio/2020) con resultado negativo. Se repiten estudios y se amplían a lo largo de su evolución concluyéndose en consulta de julio/21 con el juicio clínico de Enfermedad tromboembólica en paciente con Trombofilia por resistencia a la Proteína C activada por positividad heterocigota para la presencia de Factor V Leiden (rPCAFVL) + positividad de los Ac.Anti B2-Glicoproteína I IgM (presencia de anticuerpos antifosfolipídicos lo que hace sospechar Síndrome antifosfolipídico, es decir, enfermedad autoinmune). Enfermedad tromboembólica probablemente desencadenada por abscesos glúteos.

- Por parte de Hematología en septiembre/21, tiene planteado anticoagulación indefinida.

- En consulta de Digestivo de 29/11/21, se observa que en Eco abdominal-doppler, realizada ese mes, la trombosis (TVP) se ha resuelto (eje esplenoportal permeable y de calibre normal, sin trombosis portal. Mínima ectasia de la vía biliar intra/extrahepática. Se interconsulta a Hematología para valorar la continuidad de anticoagulación.

- En informe de Hematología de fecha 08/08/22, se describe, tras resultados analíticos realizados en muestra obtenida el 27/01/22: hemoglobina 12,4 g/dL (normal). Normalidad de los inhibidores de la coagulación previamente alterados. Anticoagulante lúpico negativo. Estudio de trombofilias (FII y FV Leiden) negativos (estudio de 23/07/21). Tras ello y resto de estudios analíticos se concluye con el juicio clínico de elevación inespecífica de Anticuerpos anti-b2 glicoproteína I y Anticardiolipina (IgM a título bajo) con anticoagulante lúpico negativo no concluyente para diagnóstico de SAF (no se confirma Síndrome antifosfolípido, es decir, enfermedad autoinmune). Se descarta neoplasias mieloproliferativas (NMP), se descarta trombofilia congénita. Concluyéndose que la enfermedad tromboembólica de la paciente es secundaria (probablemente desencadenada por los abscesos glúteos).

- En consulta de Digestivo de 4/10/22, la paciente refiere astenia desde hace dos años. Ha aumentado de peso: en 2020 su peso es de 66 kg y ahora 74 kg (sugiere que no tiene pérdida de apetito y se conoce que su hemoglobina está normalizada).

- Sigue tratamiento de crónicos con anticoagulantes orales desde 04/03/22 dado antecedente de enfermedad tromboembólica y la presencia de anticuerpos antifosfolípidos (si bien a títulos bajos y no diagnósticos de enfermedad autoinmune), con seguimiento por Hematología».

A partir de esta detallada descripción de datos clínicos el SIP alcanza las siguientes

«CONCLUSIONES

1.- La paciente había consultado en Atención Primaria el día 21/03/20 por dolores musculares de días de evolución. Para dichos dolores se le pautó adecuadamente tratamiento analgésico antiinflamatorio y relajante muscular, administrado a las 16:51 horas. Posteriormente en fecha 22/03/20 (16:13 horas), dado cuadro urticariforme pruriginoso (fuera reacción secundaria a la medicación ante la cual no ha mostrado alergias previas o por su propia sensibilidad dado que padece de urticaria crónica) se le pautó adecuadamente medicación intramuscular glútea con corticoide y antihistamínico, al igual que en la madrugada del 22 al 23/03/20 (0:57 horas). En ninguna de las consultas, ni durante la administración de los fármacos se describe ninguna incidencia, ni la paciente manifestó ninguna otra clínica que no fuera los dolores musculares (el primer día), y el cuadro urticariforme en las dos consultas posteriores.

2.- Tampoco el día 24/03/20 manifiesta sintomatología referida a glúteos, ni ninguna otra que no fuera las lesiones urticarianas en brazos, piernas y tronco. Esa vez tratadas con medicación intravenosa y subcutánea, con mejoría, es decir, no se administró medicación intramuscular glútea.

3.- Es a partir del 25/03/20, cuando ya la paciente manifiesta haber tenido en su domicilio fiebre, si bien en la consulta, la temperatura es normal. También en la consulta telefónica realizada por un familiar, el día 30/03/20, se describe la presencia de fiebre, si bien asociada a otros síntomas (dolores musculares y tos seca + congestión nasal desde el día anterior, si bien no se hace referencia a dolor/alteración en glúteos.

4.- No hay otras consultas en el S.C.S hasta el 02/04/20, fecha en la que consulta en Atención Primaria por infección en glúteos bilateral, con mala evolución tras 72 horas con ciprofloxacino (antibiótico de amplio espectro), y mostrando analítica indicada (por Dermatólogo privado) y realizada (el 26/03/20) en el ámbito privado. La analítica muestra datos de infección (leucocitosis con neutrofilia) y de alteración de la función hepática (enzimas hepáticas ligeramente elevadas, lo cual era frecuente en ella). La actuación del médico ante la clínica de la paciente fue la adecuada, derivando a la paciente para su valoración a hospital de 3er nivel, el HUGCDN.

5.- De la información anterior extraemos que, en todo momento a la paciente se le examinó y trató en correspondencia con la clínica que presentaba. Se constata en historia clínica el inicio de la fiebre (manifestada por la propia paciente el día 25/03/20), y la presencia de infección en glúteos bilateral el 02/04/20, tratada con antibioterapia desde 72 horas antes (infiero que inició tratamiento indicado por médico privado), es decir, la infección en glúteos, al menos era evidente desde el 31/03/20, si bien los síntomas referidos a ambos glúteos no fueron referidos en ningún momento en consultas realizadas al SCS.

6.- Ya ingresada en el hospital, a cargo del Servicio de Digestivo, por vómitos, fiebre y dolor abdominal, la paciente hace referencia al reciente tratamiento intramuscular en ambos glúteos (hace 2 semanas en centro de salud), y que comienza 24 horas después con febrícula y luego fiebre alta de 39ºC diaria, asociando a los pocos días dolor en hipocondrio derecho irradiado a zona dorsal, vómitos y malestar general, y desde el inicio dolor en ambos glúteos que dificultan la sedestación.

7.- Se inician los estudios desde su llegada al hospital, las lesiones en ambos glúteos son valoradas por Cirugía, diagnosticándose la presencia de abscesos bilateral, que se drenan. Las muestras obtenidas del drenaje se estudiaron y resultaron positivas a Klebsiella pneumoniae.

8.- La Klebsiella es una bacteria que puede estar presente colonizando el tracto intestinal (formando parte de la flora habitual) de personas sanas, sin causar enfermedad, pero también es un microorganismo que puede causar infecciones entre otras, en pulmones, hígado, vías urinarias, piel (heridas, pinchazos), incluso sistémicas, teniendo más riesgo de infección o de contagio las personas inmunocomprometidas (diabéticos, alcohólicos, enfermedades autoinmunes (...)). La variedad más conocida y de mayor relevancia clínica es la Klebsiella pneumoniae y en su mayoría se vincula a infecciones nosocomiales o asociadas a la atención médica, siendo una bacteria que suele transmitirse por contacto directo con la piel o las mucosas del infectado, sus heces, heridas u orina, o bien a través de materiales (catéteres, sondas (...)) o superficies contaminadas, bien por otros pacientes, o durante los cuidados, procedimientos invasivos, quirúrgicos, etc.

9.- Los centros sanitarios y hospitales aplican medidas de prevención y control para asegurar de que sus actuaciones no causan infecciones nosocomiales o asociadas a la atención sanitaria a los pacientes, pero ninguna actividad médica tiene riesgo cero.

10.- En el caso de esta paciente, según la cronología de los datos, se conoce que desarrolla absceso en ambos glúteos, luego de recibir inyecciones intrasmuculares en ambos glúteos, con un microorganismo no habitual en la piel. La paciente no es diabética, ni se le conocen inmunodeficiencias (diabetes, desnutrición, sida, cáncer, tampoco se ha demostrado enfermedades autoinmunes).

11.- En informe de Atención Primaria, se identifican los equipos de enfermería que prestaron sus servicios en el Centro de Salud de Guanarteme en los días que fueron administrados los inyectables intramusculares. Si bien no se identifican a los profesionales concretos que administraron los inyectables, el director de enfermería del Área de Salud de Gran Canaria, describe en su informe que todos los profesionales identificados cuentan con la titulación universitaria que les habilita para ejercer la profesión enfermera, es decir, cuentan con las habilidades técnicas que comprenden el conjunto de destrezas propias de su profesión (la aplicación de inyectables intramuscular es una técnica enfermera para los que se sigue un procedimiento que se encuentra dentro de esas destrezas propias de la profesión

y que incluye entre otras higiene de manos, uso de guantes no estériles, agujas estériles, etc.), a lo que se añade que, para seguir criterios unificados con información actualizada, se cuenta con un manual de procedimientos y técnicas de enfermería en Atención Primaria, elaborado por la Gerencia de Atención Primaria.

12.- Tal como recoge en su informe el director de enfermería, dentro de las complicaciones que pueden ocurrir, siendo las mismas inherentes al procedimiento del inyectable, están entre otras, el absceso cutáneo, la celulitis, e incluso necrosis y gangrena del tejido, es decir, la infección del tejido está contemplada como tal.

13.- Al igual que para tomar la tensión arterial o poner una medicación común intravenosa, para la inoculación de un medicamento vía intramuscular sólo es necesario el consentimiento tácito del paciente. En este caso vemos, que la medicación pautada era la adecuada a la clínica de la paciente, existía el consentimiento tácito, y que durante la administración de los inyectables no se describió ninguna incidencia (ni del procedimiento, ni por parte de la paciente), siendo los inyectables administrados en diferentes momentos, si bien, no tenemos la certeza de en qué momento se inoculó cada glúteo, ni que enfermera/o lo hizo; pero es un hecho que posterior a la inoculación de dichos inyectables en la zona superoexterna de ambos glúteos, la paciente desarrolló abscesos en las zonas inoculadas, como también lo es, sin existir una justificación para ello, que el microorganismo encontrado en dichos abscesos, no siendo un microorganismo habitual de la piel, estaba presente allí.

14.- Al ingreso en el HUGCDN, se le realizó también de forma urgente un TAC abdominal, donde se objetiva lesión ocupante de espacio de 10 cm en lóbulo hepático derecho (LHD) compatible con absceso. Trombosis de ramas portales segmentarias a nivel del segmento VI. Vía biliar intrahepática ectásica con un colédoco dilatado que alcanza un calibre de 1,6 cm, con aparente contenido endoluminal en su desembocadura. Defecto de repleción parcial de 2 cm de extensión a nivel de la vena cava inferior, craneal a la confluencia de las venas suprahepáticas. En informe de TAC se describe que los hallazgos previamente descritos son compatibles con absceso hepático, a valorar el origen biliar del mismo (colangitis ascendente).

15.- La paciente es diagnosticada de Absceso hepático (por Klebsiella pneumoniae, misma bacteria que la encontrada en abscesos glúteos). Complicación con trombosis porta intrahepática/ trombosis de VCI (trombosis parcial de vena cava inferior). Abscesos glúteos como probable foco inicial. Dilatación de la vía biliar intrahepática con dudosa coledocolitiasis, sin datos de colangitis -infección de conductos biliares (no hallazgos significativos de parámetros analíticos hepatobiliares).

16.- En el caso de esta paciente, al no existir datos de colangitis, se consideró los abscesos glúteos (con identificación del mismo microorganismo que en absceso hepático) como probable foco inicial.

17.- Tal como consta en la historia clínica, la paciente recibió antibioterapia apropiada y los abscesos fueron adecuadamente drenados, Recibe, las actuaciones tanto diagnósticas, terapéuticas como cuidados que corresponden a su situación en cada momento, cursándose alta hospitalaria el 20/04/20, dado evolución satisfactoria desde el punto de vista clínico e imagenológico.

18.- Asimismo, al alta con los diagnósticos de Absceso hepático. Complicación con trombosis porta intrahepática/trombosis de VCI. Abscesos glúteos como probable foco inicial. Dilatación de VBE (vía biliar extrahepática) sin datos de colangitis, se le dan adecuadamente las recomendaciones sobre tratamiento, cuidados, curas de glúteos, revisiones, además del seguimiento en consultas de Digestivo.

19.- Tras el alta hospitalaria sigue controles adecuados de su evolución en Consultas Externas de Digestivo.

20.- Tras acudir al Servicio de Urgencias del HUGCDN el 12/08/20, por dolor abdominal tipo cólico persistente, sin fiebre, sin náuseas / vómitos ni ictericia. Se cursa ingreso a cargo del Servicio de Digestivo (12 al 14/8/2020).

21.- En los antecedentes patológicos descritos en Informe del Servicio de Digestivo (14/08/20), se describe: Ingreso reciente (abril/2020) en Digestivo por absceso hepático complicado (trombosis vasculares locales de ramas portales segmentarias y parcial de vena cava inferior) atribuida inicialmente a abscesos glúteos. En seguimiento ambulatorio por Digestivo (trombosis portal y absceso hepático), se realizó USE (ecoendoscopia 03/08/20) por colestasis, apreciándose coledocolitiasis.

22.- Dado coledocolitiasis sintomática (proceso diferente que no tiene relación con los abscesos), se realiza CPRE el 14/08 apreciando dilatación significativa de la vía biliar y extrayéndose coledocolitiasis milimétrica. Tras comprobar ausencia de complicaciones tras CPRE se decide alta y continuar con seguimiento ambulatorio.

23.- Al alta hospitalaria los juicios diagnósticos son: Coledocolitiasis sintomática en paciente Colecistectomizada. Realización de CPRE con esfinteroplastia y extracción de litiasis milimétrica. Dilatación de vía biliar indeterminada. Trombosis vasculares portales segmentarias y trombosis parcial de vena cava inferior en seguimiento y estudio por Digestivo. Absceso hepático previo de probable origen ascendente. Es decir, el absceso hepático que inicialmente se había considerado con origen en abscesos glúteos no está claro.

24.- En consulta de Digestivo de fecha 25/11/20, se describe mujer de 45 años con absceso hepático de origen no bien aclarado. Ingreso en abril 2020, por absceso hepático enorme asociado a TVPNC (trombosis porta intrahepática y vena cava inferior). Relacionado en principio con absceso glúteo postinyección intramuscular, se ha planteado que pueda ser secundario a colangitis obstructiva por coledocolitiasis. De hecho en agosto se ha realizado

CPRE terapéutica. Actualmente se sigue su evolución, estando pendiente de TAC de control de la resolución del abs ceso y de confirmar que la TVPNC (trombosis) también está resulta.

25.- La colangitis es la infección de los conductos biliares (los conductos que transportan la bilis desde el hígado hasta la vesícula biliar y los intestinos), causada generalmente por una infección bacteriana. Esto puede ocurrir cuando el conducto biliar está bloqueado (colestasis), lo que puede suceder por cálculos biliares, tumores (...) . La infección causante de esta afección (colangitis) también puede extenderse (ascender) al hígado.

26.- Es decir, el absceso hepático que inicialmente se había considerado con origen en abscesos glúteos postinyectables, no estaba claro, pudiendo ser su origen ascendente, es decir, secundario a colangitis obstructiva (pudo pasar de la F. intestinal, al conducto biliar - colédoco y, debido a su obstrucción por cálculo, ascender al hígado causando el absceso hepático). No existe la certeza de que el absceso hepático haya tenido su origen en los abscesos glúteos, es más probable (ya se anunciaba en el primer TAC de fecha 02/04/20, la probabilidad, aunque sin confirmarse, de que los hallazgos tuvieran origen biliar) dado la secuencia de los hechos posteriores, que el absceso tenga un origen ascendente, no relacionado con los abscesos glúteos.

27.- Dado la enfermedad tromboembólica asociada al evento infeccioso, se le realizaron diferentes estudios por Digestivo y Hematología a lo largo del tiempo y de su evolución, concluyéndose por parte de Hematología que la enfermedad tromboembólica de la paciente es secundaria (probablemente desencadenada por los abscesos glúteos).

28.- Concluimos que, si bien no hay constancia de ningún incidente durante las consultas y administración de inyectables intramusculares glúteos, es un hecho que. posterior a la inoculación de dichos inyectables en la zona superoexterna de ambos glúteos, la paciente desarrolló abscesos en las zonas inoculadas, como también lo es, sin existir una justificación para ello, que el microorganismo encontrado en dichos abscesos, no siendo un microorganismo de la flora habitual de la piel, estaba presente allí. Microorganismo que también estaba presente en el absceso hepático, si bien no queda demostrado que su origen estuviera en la infección glútea, aunque si queda razonado por parte de los estudios de Hematología, no encontrando otras causas, que la enfermedad tromboembólica fue secundaria, y que ello fue probablemente desencadenado por los abscesos glúteos.

29.- Se emite informe favorable».

- El SIP realiza valoración de cuantía indemnizatoria, conforme a La Ley 35/2015 de 22 de septiembre de Reforma del Sistema para Valoración de los Daños y Perjuicios causados a las Personas en Accidente de Circulación, y su cuantías para el año 2020, teniendo en cuenta lo siguiente:

«Edad de reclamante en el momento de los hechos por los que se reclama: 45 años.

En respuesta a baremo expuesto por reclamante: Indemnizaciones por lesiones temporales. Tabla III:

Por perjuicio personal particular: Por días de estancia hospitalaria, al igual que en baremo presentado: del 2 al 20/04: 19 días. 19 x 78,31 (tabla 2020) = 1.487,89 €

Por perjuicio personal moderado, por días impeditivos, del 21/04/20 (día siguiente al alta hospitalaria, y sin contabilizar días de forma duplicada) al 16/03/21 (de acuerdo con baremo presentado y fecha en la que se observa mejoría radiológica a nivel hepático y portal): 330 días

330 x 54,30 (tabla 2020) = 17.919 €.

Perjuicio personal básico, coincidente con baremo presentado, del 17/03/21 al 22/07/21: 128 días. 128 x 31,32 = 4.008,10 €

Por intervenciones quirúrgicas:

Drenajes de abscesos glúteos en el mismo acto quirúrgico. Grupo quirúrgico I. Entre 501-600 € (...) (...) 600 €

No consideramos la intervención de drenaje de absceso hepático, dado las consideraciones realizadas por Digestivos en la historia clínica, donde existe una probabilidad fundada de que su origen estuviera en la colangitis ascendente presentada por la paciente que fue originada por coledocolitiasis y no por abscesos glúteos como se pensó inicialmente.

Secuelas psicofísicas y su daño moral inherente (Secuelas):

Hígado y vías biliares: Alteración moderada: alteración ligera de la coagulación y/o mínimos signos de citólisis.

Tromboflebitis segmentaria en una rama del segmento VI del lóbulo hepático derecho, con atrofia parcial del paréquima hepático dependiente de la misma (secuela sobre segmento VI que justifica la HAP (atrofia del parénquima hepático). Mínima ectasia de vía biliar intra y extrahepática. Anticoagulación indefinida. En un rango de 16-30 puntos, coincidente con baremo presentado: 25 puntos 35.649,81 €

No consideramos alteración ansioso-depresiva, dado que es una dolencia que la paciente ha arrastrado a lo largo de los años, tal como consta en los antecedentes y por las que ha seguido iguales tratamientos (ansiolíticos, hipnóticos, antidepresivos). Además, existe constancia en consulta de Atención Primaria de 05/08/21, que ha abandonado el tratamiento con priscal (fármaco antidepresivo), lo cual no es congruente con un empeoramiento de su estado de base.

Secuelas por perjuicio estético (cicatrices): por pequeñas cicatrices (derivado de pequeñas incisiones de drenado) en ambos glúteos, consideramos un perjuicio estético ligero (entre 1-6 puntos), al igual que en baremo presentado: 3 puntos. Serían: 2.524,54 €

En cuanto al perjuicio moral por pérdida de calidad en contestación a criterios de dicho baremo, alegamos que todos los abscesos, así como la enfermedad tromboembólica, constan resueltos, así como la anemia (secundaria a los sangrados por miomas uterinos) y la trombofilia reactiva, según estudios de hematología, por lo que no consideramos indemnización por este concepto.

El SIP considera que la indemnización debe ascender a 62.189,34 €».

3. A la vista del informe del SIP, mediante la Resolución n.º 119/23, de 6 de marzo de 2023, se suspende el procedimiento general de responsabilidad patrimonial seguido bajo el expediente n.º 186/21 y se acuerda su continuación por los trámites del procedimiento simplificado, proponiéndose la terminación convencional del procedimiento mediante la suscripción de un acuerdo indemnizatorio por importe total de 62.189,34 €.

4. Con fecha de registro de entrada de 10 de marzo de 2023, por la reclamante se presenta escrito en el que propone, acompañado de informe pericial, una propuesta de acuerdo indemnizatorio por importe de 95.000 euros.

5. Con fecha de 15 de marzo de 2023, por el Servicio de Inspección y Prestaciones, a la vista de las alegaciones y documentación aportada por la reclamante, efectúa una nueva valoración de las secuelas psicofísicas y su daño moral inherente, ascendiendo, el importe de los daños ocasionados a un total de 68.910,7 €.

6. Con fecha de 22 de marzo de 2023, se procede a la apertura del periodo probatorio y al trámite de audiencia, confiriendo a la reclamante un plazo de 10 días para formular alegaciones, aportar documentos y justificaciones que tuviese por conveniente, habiéndose recibido nueva propuesta de terminación convencional por importe de 80.000 euros.

7. Con fecha de 5 de abril de 2023, se solicita, a la vista de dichas alegaciones, nuevo informe al Servicio de Inspección y Prestaciones, el cual, con fecha de 14 de abril de 2023, emite nuevo informe en el que mantiene la cuantificación por importe total de 68.910,7 €.

8. La Propuesta de Resolución estima parcialmente la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por la interesada, reconociendo su derecho a ser indemnizada por concurrir los requisitos que determinan la responsabilidad patrimonial de la Administración, por importe total de 68.910,7 €.

III

1. Como hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, el reciente Dictamen 255/2021, de 18 de mayo), según el actual art. 32.1 LRJSP requisito esencial 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).

Por otro lado, la Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007 afirma que «*la responsabilidad de la Administración sanitaria no deriva, sin más, de la producción del daño, ya que los servicios médicos públicos están solamente obligados a la aportación de los medios sanitarios en la lucha contra la enfermedad, mas no a conseguir en todos los supuestos un fin reparador, que no resulta en ningún caso exigible, puesto que lo contrario convertiría a la Administración sanitaria en una especie de asegurador universal de toda clase de enfermedades. Es por ello que, en cualquier caso, es preciso que quien solicita el reconocimiento de responsabilidad de la Administración acredite ante todo la existencia de una mala praxis por cuanto que, en otro caso, está obligado a soportar el daño, ya que en la actividad sanitaria no cabe exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, pues la función de la Administración sanitaria pública ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria con empleo de las artes que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, más sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir, en todo caso, una curación*».

2. En el presente procedimiento la pretensión resarcitoria de la reclamante se fundamenta en una deficiente asistencia sanitaria prestada, ya que se le administró de manera defectuosa, en marzo de 2020, una inyección que desencadenó en una

sepsis, abscesos infecciosos en ambos glúteos, absceso hepático complicado con trombosis portal intrahepática y trombosis de la vena cava por falta de higiene durante la administración de los inyectables.

El SIP concluye que es un hecho que posterior a la inoculación de dichos inyectables en la zona super o externa de ambos glúteos, la paciente desarrolló abscesos en las zonas inoculadas, como también lo es, sin existir una justificación para ello, que el microorganismo encontrado en dichos abscesos, no siendo un microorganismo habitual de la piel, estaba presente allí, por lo que la Propuesta de Resolución admite la responsabilidad de la Administración, que es consecuencia de la vulneración de la *lex artis ad hoc*, al no seguir las pautas higiénicas en la administración de los inyectables, que exigen una total sepsis en la zona del cuerpo donde se ha de administrar, pues está probado que se encontró un microorganismo en dichos abscesos que no es habitual en la piel, por lo que existe nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y los daños por los que se reclama, surgiendo, en consecuencia, la responsabilidad de la Administración prestadora del servicio, por lo que se ha de concluir que la Propuesta de Resolución, que estima parcialmente la pretensión resarcitoria de las reclamantes, es conforme a Derecho.

3. En relación con la cuantía de la indemnización, se considera adecuada ya que se basa en la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de Reforma del Sistema para Valoración de los Daños y Perjuicios causados a las Personas en Accidente de Circulación, y su cuantía para el año 2020, que se aplica orientativamente en estos casos.

Además, se considera fundada la no aceptación de la solicitud de indemnización por:

- La presencia de miomas uterinos (con sangrados vaginales episódicos, sin presencia de anemia significativa en último control realizado en marzo de 2023), que no tiene relación con el daño reclamado, y está siendo tratado de forma conservadora, sin que la toma profiláctica de anticoagulación sea una contraindicación para que dichos miomas puedan ser intervenidos, si así se precisa.

- La intervención de drenaje de absceso hepático, dado las consideraciones realizadas por Digestivos en la historia clínica, donde existe una probabilidad fundada de que su origen estuviera en la colangitis ascendente presentada por la paciente que fue originada por coledocolitiasis y no por abscesos glúteos como se pensó inicialmente.

- La alteración ansioso-depresiva es una dolencia que la paciente ha arrastrado a lo largo de los años, tal como consta en los antecedentes y por las que ha seguido iguales tratamientos (ansiolíticos, hipnóticos, antidepresivos). Además, existe constancia en consulta de Atención Primaria de 05/08/21, que ha abandonado el tratamiento con priscal (fármaco antidepresivo), lo cual no es congruente.

- En cuanto al perjuicio moral por pérdida de calidad, se entiende que todos los abscesos así como la enfermedad tromboembólica, se han resuelto favorablemente, así como la anemia (secundaria a los sangrados por miomas uterinos) y la trombofilia reactiva, según estudios de hematología, por lo que no cabe indemnización por este concepto.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, por la que se estima parcialmente la reclamación de la interesada, al concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración, reconociéndole una indemnización de 68.910,7 €, se considera conforme a Derecho.