Dictamen Núm. 216/2022

V O C A L E S :

Sesma Sánchez, Begoña,
Presidenta
González Cachero, María Isabel
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
García García, Dorinda
Baquero Sánchez, Pablo

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 15 de septiembre de 2022, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

Fuente: Consejo Consultivo del Principado de Asturias
http://www.ccasturias.es

"El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 18 de mayo de 2022 -registrada de entrada el día 23 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ……, por el deficiente tratamiento de una bacteriemia que limitó las posibilidades de supervivencia de su padre y esposo, respectivamente, positivo en COVID-19.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 18 de noviembre de 2021, las interesadas -viuda e hija de un paciente fallecido- presentan una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos como consecuencia de "la deficiente prestación sanitaria del Servicio de Salud del Principado de Asturias, con resultado de fallecimiento".

Señalan que el 30 de octubre de 2020 su familiar ingresa en la Fundación Hospital "X", donde al día siguiente se le practica "una PCR SARS-CoV-2 con resultado positivo a COVID", y que "durante la permanencia en dicho

centro hospitalario se le detectó bacteriemia en un hemocultivo, con presencia de *Staphylococcus hominis* y *Staphylococcus epidermidis*". Precisan que el 8 de noviembre de 2020 se le traslada a la UCI del Hospital "Y" "por un empeoramiento respiratorio progresivo", añadiendo que "se objetiva a las 48 horas un `discreto deterioro de la función renal´, y no es hasta el quinto día (en) que, ante la sospecha de `sobreinfección respiratoria´, se le pauta un tratamiento antibiótico".

Refieren que el difunto, de 81 años, falleció el día 22 de noviembre de 2020 en el Hospital "Y", constando en el informe de exitus, "como diagnóstico principal de la muerte, `insuficiencia respiratoria aguda secundaria a neumonía grave bilateral COVID+´ y, como otros diagnósticos, `shock séptico por sobreinfección respiratoria, probable neumonía fúngica y fallo multiorgánico´".

Entienden que "se ha producido una infracción de la *lex artis* por el retraso inicial" de la Fundación Hospital "X" "en la aplicación del tratamiento antibiótico pautado para *Staphylococcus hominis* y *Staphylococcus epidermidis,* y por la suspensión injustificada de dicho tratamiento tras el traslado" al Hospital "Y", así como la aplicación tardía de nueva pauta antibiótica", toda vez que "no se corresponde lo expuesto en evolución y comentarios" del informe de alta para traslado emitido por la Fundación Hospital "X" "respecto del tratamiento antibiótico seguido durante la estancia hospitalaria con los registros del tratamiento farmacológico reflejados en el propio informe. De tal manera que este último apartado contradice los comentarios médicos y pone de manifiesto que no fue hasta el día 4 de noviembre que se inició el tratamiento con Ceftriaxona, y no fue hasta el 6 de noviembre que se le aplicó Linezolid. Este retraso (…) incidió necesariamente en la progresión de la infección que culminó en el fallecimiento". Asimismo, afirman que tras el traslado del paciente al Hospital "Y" el 8 de noviembre "no se mantuvo la pauta antibiótica", reseñando que "no consta en el informe de exitus que se realizase" en este último centro una "nueva toma de muestras para cultivos", y que en el apartado relativo a "historia actual se hace referencia a nuevos hemocultivos del día 7 de noviembre con resultado negativo, lo cual resulta cuanto menos extraño puesto que el tratamiento antibiótico con Linezolid se había iniciado

Fuente: Consejo Consultivo del Principado de Asturias
http://www.ccasturias.es

apenas el día anterior". Finalmente, ponen de relieve que en la UCI del Hospital "Y" "tardaron cinco días desde el traslado en iniciar un tratamiento antibiótico, y lo hicieron ante las `sospechas´ de sobreinfección respiratoria (…). Estas sospechas hubiesen podido confirmarse a tiempo si se hubiese empleado el medio diagnóstico universal adecuado (…): un simple hemocultivo".

Concluyen que "si bien es cierta la presencia de una neumonía bilateral con los efectos conocidos de COVID, no es menos cierto que la infección mal controlada de las bacterias *Staphylococcus hominis* y *Staphylococcus epidermidis* anuló las posibilidades de supervivencia y se perdió la oportunidad de curación, por muy limitada que fuese".

Respecto al *quantum* indemnizatorio, señalan que el fallecimiento ha producido a la esposa un daño moral que cifran en 85.000 €, además de un perjuicio patrimonial que evalúan en 5.000 €, y a la hija un daño moral que asciende a 50.000 €.

Proponen, como medio de prueba, que se tome declaración a la hija del fallecido "sobre comunicaciones que mantuvo con el personal médico y sanitario".

Acompañan copia de los documentos nacionales de identidad de las reclamantes, del Libro de Familia, del certificado de defunción y de diversa documentación clínica. En el informe de alta de la Fundación Hospital "X" se refleja que el paciente acude por presentar desde el día 24 de octubre cuadro de febrícula y tos seca, y que el día 30 empezó con fiebre elevada pautándosele "tratamiento con Ceftriaxona y Azitromicina al ingreso. Presentó bacteriemia (…) el día 2-11, por lo que se reajusta tratamiento retirando Azitromicina por Linezolid y manteniendo la Ceftriaxona desde el día 3-11", y figura como diagnóstico principal "neumonía bilateral COVID+". El informe de exitus del Hospital "Y" refiere que el paciente ingresa el día 9 de noviembre de 2020 por "IRA secundaria a neumonía COVID-19", dejando constancia de que "ha presentado bacteriemia por *S. hominis* y *epidermidis* el 02-11 (…). El día 07-11 se extraen nuevos hemocultivos, negativos. Se ha realizado ETT que descartaba endocarditis infecciosa./ A nivel analítico, parámetros específicos de infección por COVID alterados (…). El paciente desarrolla una insuficiencia respiratoria

Fuente: Consejo Consultivo del Principado de Asturias
http://www.ccasturias.es

aguda con necesidades progresivas de oxigenoterapia, por lo que desde el 07-11 se inicia CNAF. Escasa mejoría (…). Se comenta el caso con nuestro Servicio, decidiendo traslado a nuestro cargo tras intubación orotraqueal y conexión a ventilación mecánica". Señala que tras el ingreso en este centro hospitalario "se objetiva en primeras 48 h discreto deterioro de la función renal. En el 5.º día de estancia en UCI aumento de reactantes de fase aguda que hacen sospechar de sobreinfección respiratoria, iniciándose tratamiento antibiótico".

2. Mediante oficio de 29 de noviembre de 2021, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a las interesadas la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios, las normas de procedimiento aplicables, el plazo de resolución del mismo y el sentido del silencio administrativo.

3. El día 20 de diciembre de 2021, el Gerente del Área Sanitaria V remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios un CD que contiene una copia de la historia clínica del paciente y un informe emitido por la Jefa del Servicio de Medicina Intensiva. En este último se explica que se trata de un paciente trasladado desde la Fundación Hospital "X", "donde estaba ingresado desde el 31 de octubre de 2020. Llega intubado y a tratamiento con Ceftriaxona desde el día de ingreso" en dicho centro "y con Linezolid iniciado el día 3 de noviembre de 2020 en relación con bacteriemia por dos estafilococos coagulasa negativo que, según informe del propio S.º de Microbiología, pueden ser contaminantes. Entendemos que el Linezolid se puso pensando en una bacteriemia secundaria a sobreinfección pulmonar. Cuando ingresa en nuestra UCI no tiene datos analíticos sugestivos de infección bacteriana y, dado que llevaba 10 días a tratamiento con Ceftriaxona, antibiótico que cubre estafilococos coagulasa negativos sensibles a Oxacilina, se decide suspender el tratamiento antibiótico por (el) tiempo de tratamiento adecuado para una sobreinfección pulmonar. En las primeras horas en la Unidad con sedación profunda y bloqueo neuromuscular persiste fallo respiratorio grave con

Fuente: Consejo Consultivo del Principado de Asturias
http://www.ccasturias.es

Fuente: Consejo Consultivo del Principado de Asturias
http://www.ccasturias.es

PaO2/FiO2 menor de 100 por lo que se realiza decúbito prono, con aceptable respuesta desde el punto de vista de la oxigenación y con problemas a nivel de la ventilación con acidosis mixta grave en las primeras horas de evolución. A las 48 h el paciente ha mejorado a nivel respiratorio, ya está en supino y se retira el bloqueante neuromuscular ante la clara mejoría de la función respiratoria (…). Evoluciona bien desde el punto de vista respiratorio y se inicia cambio en el perfil de sedación con vistas a despertar y avanzar en la retirada de la ventilación mecánica. Desde el punto de vista infeccioso, se realiza al ingreso chequeo bacteriológico como protocolo del Servicio en el contexto de proyecto Resistencia Zero, con exudado rectal normal y un aspirado traqueal en el que no se aísla ninguna bacteria, solo levaduras de bajo contaje (*Candida albicans*), contaminante habitual en la flora respiratoria (...). En el 6.º día de estancia en la UCI el paciente se encuentra en situación de shock séptico con inestabilidad hemodinámica, precisando soporte vasoactivo con noradrenalina y aumento de reactantes que hacen pensar de sobreinfección bacteriana (...). Se inicia tratamiento antibiótico empírico de alto espectro (...) a la espera de resultado del aspirado traqueal recogido el día previo, y tratamiento con corticoides a dosis de shock (…) séptico. El S.º de Microbiología nos informa que en el aspirado traqueal no se observa crecimiento bacteriano y sí que parece crecer un hongo filamentoso, por lo que se inició tratamiento con Voriconazol. Se produce importante deterioro de la función respiratoria con fallo respiratorio global que obliga a profundizar la sedación (...). En el cultivo de aspirado traqueal se confirma que no hay bacterias y (…) el crecimiento de *Aspergillus fumigatus*, hongo frecuentemente asociado como coinfección a la neumonía por SARS-CoV-2. En el 14 día de evolución el paciente se encuentra en situación de fracaso renal oligoanúrico, de nuevo con drogas vasoactivas en aumento y fallo respiratorio refractario. Se decide en sesión limitación del esfuerzo terapéutico, consensuado con la familia, siendo exitus".

4. Con fecha 20 de diciembre de 2021, la Gerente de la Fundación Hospital "X" remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia de la historia clínica del paciente, un informe del Servicio interviniente y una

certificación de la vinculación de los facultativos actuantes con el Servicio de Salud del Principado de Asturias, indicando que la Fundación Hospital "X" viene prestando asistencia sanitaria a los usuarios del Sistema Nacional de Salud desde el 3 de octubre de 1975 en virtud de los sucesivos convenios suscritos, siendo centro de referencia de Atención Especializada para la población adulta del Distrito I del Área Sanitaria V, y que el personal facultativo de la Sección de Neumología que atendió al paciente pertenece a la plantilla de la Fundación Hospital "X".

El informe suscrito por el Coordinador de Medicina Interna señala que "el paciente recibió tratamiento para los estafilococos desde el momento en que se supo que podían existir, el día 3 de noviembre, y se modifican para hacerlos más eficientes cuando se conoce el nombre y la sensibilidad en los mismos, el día 4 de noviembre. En el informe de alta viene recogido el tratamiento activo y, por defecto, desde la fecha del último cambio en la prescripción. Como estuvo con Daptomicina (desde el día 4 pero el 6 se cambió a Linezolid, ambos antibióticos eficaces contra las bacterias de los hemocultivos), solo aparece reflejada la fecha de inicio de este último. Es cierto que el nombre de este antibiótico no está reflejado en el informe. Por lo mismo, aparece la Ceftriaxona desde el día 4 de noviembre, el día en que se incrementó la dosis y no desde que empezó el tratamiento, el día 3 de noviembre (se puede comprobar en el histórico de líneas de prescripción de sistemas Selene)./ No tengo evidencia de los hemocultivos del 7 de noviembre. Consultado con el Laboratorio de Microbiología no los encuentran pedidos siquiera".

Fuente: Consejo Consultivo del Principado de Asturias
http://www.ccasturias.es

5. El día 14 de enero de 2022 el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas resuelve denegar la solicitud de la toma de declaración a una de las reclamantes por considerar que no queda justificado el motivo y que con la documentación obrante en el expediente existen suficientes elementos de juicio para valorar la praxis médica en el caso objeto de reclamación, lo que se notifica a las interesadas el día 1 de febrero.

6. Con fecha 27 de febrero de 2022, emiten informe pericial a instancia de la compañía aseguradora de la Administración dos especialistas, una de ellas en Medicina Intensiva y el otro en Cirugía General y del Aparato Digestivo. En él concluyen que los profesionales del equipo sanitario actuaron según *lex artis*, empleando todos los medios disponibles de forma adecuada.

Sostienen que "la bacteriemia inicial (…) fue correctamente tratada en tiempo y forma, como se justifica en el informe, y en ningún caso es responsable del fallecimiento del paciente, habiéndose considerado resuelta (…). La interrupción de tratamiento antibiótico al ingreso en la UCI de `Y´ es acorde a las guías de las Sociedades de Microbiología", y afirman que "al paciente no se le privó de ninguna oportunidad ni alternativas de tratamiento".

Fuente: Consejo Consultivo del Principado de Asturias
http://www.ccasturias.es

7. Mediante oficio notificado a las interesadas el 23 de marzo de 2022, la Jefa de la Sección de Apoyo del Servicio instructor les comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándoles una copia de los documentos obrantes en el expediente.

8. El día 11 de mayo de 2022, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio al entender que "la asistencia fue correcta y adecuada a la *lex artis*. No ha existido retraso en el inicio del tratamiento antibiótico, ni retirada prematura del mismo". Explica que una vez que el paciente estaba ingresado en Urgencias "se tomaron dos hemocultivos y se inicia tratamiento con dos antibióticos de forma empírica. Cuando Microbiología informa del crecimiento de bacterias (día 4 de noviembre) que son positivas para cocos Gram+ se cambia el tratamiento antibiótico y se vuelve a cambiar ajustándolo a la sensibilidad de los gérmenes. Consta (…) que desde el día 4 de noviembre estuvo a tratamiento con Leptomicina y Cefatriaxona. Cuando ingresa en la UCI" del Hospital `Y´ "no existen datos analíticos que muestren infección bacteriana, por lo que se suspende el tratamiento antibiótico por haber trascurrido el plazo adecuado para el tratamiento de la infección pulmonar y además en las tomas de muestras realizadas. No se aísla ninguna bacteria (solamente un hongo -

Candida albicans- en bajo contaje, por lo que se inicia tratamiento antifúngico). Cuando (…) entra en shock séptico por la infección por hongos, no bacteriana, se reinicia el tratamiento antibiótico y (con) corticoides, que no tuvo el resultado esperado produciéndose un fallo multiorgánico y el fallecimiento del paciente".

9. En este estado de tramitación, mediante escrito de 18 de mayo de 2022, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm. …… de la Consejería de Salud, adjuntando a tal fin copia autentificada del mismo en soporte digital.

Fuente: Consejo Consultivo del Principado de Asturias
http://www.ccasturias.es

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), están las interesadas activamente legitimadas para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

De lo actuado se deduce que la asistencia sanitaria defectuosa se imputa en parte a un centro asistencial privado con el que se ha suscrito un convenio singular para la atención de usuarios del Sistema Nacional de Salud (Fundación Hospital `X´). En tanto que la atención recibida por el perjudicado en el citado centro lo ha sido como beneficiario del sistema sanitario público, y que los servicios dispensados se encuentran incluidos en el convenio singular aludido, el Principado de Asturias está pasivamente legitimado como titular del servicio público sanitario, tal como este Consejo viene reiterando (por todos, Dictamen Núm. 24/2021), sin perjuicio de la repetición de los costes a los que, en su caso, deba hacer frente ante el titular del centro directamente causante de ellos por el procedimiento y en los términos establecidos en el referido convenio.

Fuente: Consejo Consultivo del Principado de Asturias
http://www.ccasturias.es

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC), dispone que "El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas".

En el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 18 de noviembre de 2021, habiéndose producido el deceso en el que se funda el día 22 de noviembre de 2020, por lo que es claro que ha sido formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común contenidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Sin embargo, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21.1 y 24.3, letra b), de la referida Ley.

QUINTA.- El artículo 106.2 de la Constitución dispone que "Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos".

A su vez, el artículo 32 de la LRJSP establece en su apartado 1 que "Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la ley". Y en su apartado 2 que, "En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas".

Por otra parte, el artículo 34 de la ley citada dispone en su apartado 1 que "Solo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos".

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración

Fuente: Consejo Consultivo del Principado de Asturias
http://www.ccasturias.es

Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurran, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

Fuente: Consejo Consultivo del Principado de Asturias
http://www.ccasturias.es

SEXTA.- Se somete a nuestra consideración un procedimiento de responsabilidad patrimonial en el que la esposa y la hija de un paciente reclaman una indemnización por la pérdida de oportunidad derivada del defectuoso abordaje de una infección por dos tipos de bacterias sufrida por aquel, que "anuló las posibilidades de supervivencia y (...) la oportunidad de curación, por muy limitada que fuese", y que falleció el 22 de noviembre de 2020 a causa de una insuficiencia respiratoria aguda secundaria a neumonía grave bilateral causada por COVID, presentando shock séptico por sobreinfección respiratoria, probable neumonía fúngica y fallo multiorgánico.

Acreditadas las relaciones conyugal y de filiación, respectivamente, que unían al fallecido con las reclamantes, y con independencia de la valoración que deba efectuarse del perjuicio alegado en caso de ser estimatorio el sentido de nuestro dictamen, hemos de reparar en que la mera constatación de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica *per se* la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si el mismo se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio sanitario y si ha de reputarse antijurídico, en el sentido de que se trate de un daño que el interesado no tuviera el deber jurídico de soportar.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo (por todos, Dictamen Núm. 110/2022), al servicio público sanitario le compete una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse sin más a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados concretos.

Fuente: Consejo Consultivo del Principado de Asturias
http://www.ccasturias.es

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por las reclamantes es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

También viene reiterando este órgano consultivo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega, salvo en aquellos casos en que el daño es desproporcionado y denota por sí mismo un componente de culpabilidad *(res ipsa loquitur* o regla de la *faute virtuelle)*. Fuera de estos supuestos, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama, exigencia legal y jurisprudencial que recuerda la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 22 de diciembre de 2021 -ECLI:ES:TSJAS:2021:3949- (Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección 1.ª).

Pese a interesar a quien reclama la prueba de las alegaciones que sostiene, las reclamantes no han desarrollado en vía administrativa actividad probatoria alguna en relación con la supuesta mala praxis asistencial, más allá de aportar dos informes clínicos emitidos por la Fundación Hospital "X" al alta por traslado y por el Hospital "Y" por exitus, y a exponer su personal interpretación de los hechos deduciendo de ellos una mala praxis. Nos enfrentamos aquí a unas imputaciones vagas y desprovistas de cualquier soporte pericial en el seno de un procedimiento al que se han incorporado varias periciales que desechan la mala praxis, tras lo cual las reclamantes ni siquiera comparecen en el trámite de audiencia. En suma, inutilizan el procedimiento administrativo, toda vez que según reiterada jurisprudencia las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica. Tal forma de proceder, como hemos advertido en casos similares (entre otros, Dictamen Núm. 39/2019), resulta reprobable de tratarse de una posposición deliberada de los elementos probatorios, en la medida en que se priva tanto a la Administración frente a la que se reclama como a este Consejo de un análisis contradictorio de los extremos controvertidos. En consecuencia, este Consejo ha de formar su juicio acerca de la posible existencia de una infracción de la *lex artis* y de su relación causal con los daños que se alegan sobre la base de la documentación que obra en el expediente.

Fuente: Consejo Consultivo del Principado de Asturias
http://www.ccasturias.es

También ha subrayado este Consejo (entre otros, Dictamen Núm. 52/2022) que el servicio público sanitario no tiene la obligación de determinar la naturaleza de la enfermedad antes de la manifestación de sus signos clínicos típicos, ciñéndose el deber médico a la aplicación de los medios precisos en función de los síntomas mostrados por los pacientes.

En el asunto analizado, nos encontramos con un paciente de 81 años que, en el contexto derivado de la pandemia por COVID-19, ingresa en la Fundación Hospital "X" el día 30 de octubre de 2020 con el diagnóstico de neumonía bilateral y deterioro leve de la función renal, siendo positivo en una prueba de reacción en cadena de polimerasa (PCR) que diagnostica la infección

por COVID-19, por lo que ingresa en una planta acondicionada para pacientes infectados. Durante el ingreso hospitalario se detecta bacteriemia por presencia de *Staphylococcus hominis* y *Staphylococcus epidermidis*, afirmando las reclamantes que se inicia tratamiento con Ceftriaxona el día 4 de noviembre y con Linezolid el día 6. El enfermo es trasladado a la UCI del Hospital "Y" con fecha 8 de ese mismo mes, donde fallece el día 22 por "insuficiencia respiratoria aguda secundaria a neumonía grave bilateral COVID+". Las interesadas entienden que se ha producido una infracción de la *lex artis* por el retraso inicial en la aplicación del tratamiento antibiótico pautado en el primer centro hospitalario en el que es atendido, así como por la suspensión injustificada del mismo tras el traslado a la UCI del otro hospital, donde también se produciría un retraso en el inicio del tratamiento antibiótico, y concluyen que, al margen de la neumonía bilateral con los efectos conocidos de COVID que concurría, la infección mal controlada de las bacterias de estafilococos anuló las posibilidades de supervivencia y se perdió la oportunidad de curación que pudiera existir.

Planteada en estos términos la reclamación, debe valorarse en primer lugar si existió un retraso inicial en el tratamiento aplicado. Respecto a la asistencia prestada en la Fundación Hospital "X", en el momento del ingreso en el Servicio de Urgencias, confirmada la infección por COVID y en un contexto temporal en el que la incidencia de esta enfermedad volvía a ser especialmente alta, se tomaron dos hemocultivos que fueron negativos, y se pautó un tratamiento inicial en atención a la sintomatología que mostraba y al tiempo de evolución que presentaba, iniciándose tratamiento con corticoides y dos antibióticos. Posteriormente, el día 2 de noviembre, se toman nuevos hemocultivos cuyo resultado se conoce al día siguiente, detectándose crecimiento de bacterias del tipo de cocos GRAM+, por lo que se cambia la pauta del tratamiento antibiótico ese mismo día. El día 4 de noviembre se comienza con bolos de corticoides ante el agravamiento del cuadro respiratorio, y una vez que se conocen los gérmenes detectados en el hemocultivo se adecúa el tratamiento -tipo de antibiótico y dosis-, descartándose la presencia de endocarditis mediante pruebas. A continuación el paciente sufre episodios

Fuente: Consejo Consultivo del Principado de Asturias
http://www.ccasturias.es

intermitentes y, cuando la situación se considera irreversible, se procede a su intubación y traslado a la UCI del Hospital "Y". En definitiva, de la documentación clínica obrante en el expediente resulta que se realizan hemocultivos desde el mismo momento del ingreso, arrojando los primeros un resultado negativo, y constando acreditado que el paciente recibió tratamiento para estafilococos desde el instante en que se sospecha su presencia -el día 3 de noviembre-, modificándose al día siguiente los antibióticos al conocerse el tipo y sensibilidad de aquellos. Además, se solicita ecocardiograma transtorácico que permite descartar la presencia de endocarditis -infección que podría ser causada por la bacteriemia y que supone el cuadro clínico habitual producido por el *S. hominis*-. En el informe del Servicio de Microbiología consta una mención a "flora habitual de la piel, probable contaminante". Por su parte, los informes médicos aportados indican que el crecimiento de bacterias en los hemocultivos exige plantearse si el resultado es compatible con una infección o si se trata de una contaminación; máxime en casos como el que nos ocupa, en los que se trata de bacterias que habitan en la piel, constando que la bacteriemia por *Staphylococcus* coagulasa negativa solo representa infección verdadera en el 15 % de los casos. Ante su sospecha, los protocolos médicos determinan que deben realizarse pruebas diagnósticas para determinar el microorganismo responsable antes de iniciar el tratamiento antibiótico, indicándose en la pericial aportada por la compañía aseguradora de la Administración que el beneficio de los hemocultivos de control no se ha demostrado y que deben llevarse a cabo nuevamente cuando se da una mala evolución.

Por tanto, consta suficientemente acreditada la idoneidad de la asistencia sanitaria prestada desde el momento del ingreso hospitalario, que se produce por síntomas vinculados al COVID, que se confirma, y que causa un cuadro respiratorio agudo que debe ser priorizado por el personal sanitario que atiende al conjunto de síntomas y diagnósticos probables, descartando inicialmente la presencia de bacterias -por lo que no puede justificarse la reclamación de una suerte de tratamiento preventivo-, y que en el instante en que se detectan se procede a su correcto abordaje según los protocolos médicos. Descartado

Fuente: Consejo Consultivo del Principado de Asturias
http://www.ccasturias.es

cualquier retraso en el tratamiento de la bacteriemia por *Staphylococcus hominis* y *Staphylococcus epidermidis,* el empeoramiento y clínica que presenta el paciente se debe al virus SARS-CoV-2, quedando probado que la bacteriemia inicial, correctamente tratada en tiempo y forma, en ningún caso es responsable de su fallecimiento, habiéndose considerado resuelta.

En el Hospital "Y" ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos dado su estado, llega intubado y, en lo que ahora interesa, a tratamiento con Ceftriaxona y Linezolid. El informe suscrito por la Jefa del Servicio de Medicina Intensiva aclara que "cuando ingresa en nuestra UCI no tiene datos analíticos sugestivos de infección bacteriana, y dado que llevaba 10 días a tratamiento con Ceftriaxona, antibiótico que cubre estafilococos coagulasa negativos sensibles a Oxacilina, se decide suspender el tratamiento antibiótico por (el) tiempo de tratamiento adecuado para una sobreinfección pulmonar", lo que contradice la interpretación que hacen las reclamantes, que suponen que el cese en el tratamiento no está justificado desde el punto de vista médico.

Sobre la evolución del paciente en la UCI, el informe del Servicio indica que "a las 48 h (…) ha mejorado a nivel respiratorio, ya está en supino y se retira el bloqueante neuromuscular ante la clara mejoría de la función respiratoria (…). Evoluciona bien desde el punto de vista respiratorio y se inicia cambio en el perfil de sedación con vistas a despertar y avanzar en la retirada de la ventilación mecánica. Desde el punto de vista infeccioso, se realiza al ingreso chequeo bacteriológico como protocolo del Servicio (...), con exudado rectal normal y un aspirado traqueal en el que no se aísla ninguna bacteria, solo levaduras de bajo contaje *(Candida albicans)*, contaminante habitual en la flora respiratoria". Al sexto día de ingreso presenta un cuadro compatible con sobreinfección bacteriana, por lo que se inicia -en ese momento y ante los nuevos hallazgos, y no como continuación del tratamiento anteriormente pautado- "tratamiento antibiótico empírico de alto espectro (...) a la espera de resultado del aspirado traqueal recogido el día previo, y tratamiento con corticoides a dosis de shock (…) séptico. El S.º de Microbiología nos informa que en el aspirado traqueal no se observa crecimiento bacteriano y sí que parece crecer un hongo filamentoso, por lo que se inició tratamiento con

Fuente: Consejo Consultivo del Principado de Asturias
http://www.ccasturias.es

Voriconazol". Se confirma la presencia de "*Aspergillus fumigatus*, hongo frecuentemente asociado como coinfección a la neumonía por SARS-CoV-2". El progresivo deterioro y fallo de las funciones respiratoria y renal determinan el resultado y la limitación del esfuerzo terapéutico ante la situación de irreversibilidad.

De lo expuesto resulta que en la fase final la situación no se agrava por la presencia de aquella primera bacteriemia, sino que aparece una infección por hongo. La neumonía por COVID-19 es una patología de elevada mortalidad cuando precisa ventilación mecánica invasiva, condición que empeora de forma dramática cuando acontece edad avanzada -el paciente tiene 81 años- y existe coinfección por un hongo -*Aspergillus fumigatus*-. La evolución del enfermo y su fallecimiento se producen por insuficiencia respiratoria refractaria a todas las medidas aplicadas, que fueron constantes, adecuadas y conformes a la *lex artis ad hoc*.

En definitiva, el fallecimiento del paciente no puede vincularse en modo alguno, en una relación de causa a efecto, a una mala praxis, sin que pueda advertirse ningún retraso ni en la práctica de hemocultivos -habiéndose realizado los necesarios cuando la situación lo indicaba- u otras pruebas diagnósticas, ni en el tratamiento antibiótico, que no fue interrumpido, sino que el paciente hubo de ser tratado con antibióticos en distintos momentos en atención a las alteraciones del cuadro clínico que presentaba (la actuación sanitaria al ingreso en la UCI de "Y" es acorde a las guías de las Sociedades de Microbiología, según explican los informes médicos incorporados al expediente), todo ello en un estado crítico derivado del contagio por SARS-CoV-2, causante de la insuficiencia respiratoria aguda secundaria a neumonía grave bilateral que provoca su fallecimiento en la Unidad de Cuidados Intensivos. Consta en el expediente que el perjudicado fue atendido con un amplio esfuerzo terapéutico siguiendo los protocolos aplicables en cada momento en un contexto en el que debía extremarse la profilaxis antibiótica a un paciente diagnosticado con COVID, por lo que cabe concluir que la actuación del personal sanitario fue correcta y conforme a la *lex artis*, tal y como se acredita suficientemente en los informes obrantes en el expediente, que no han sido desvirtuados por las

Fuente: Consejo Consultivo del Principado de Asturias
http://www.ccasturias.es

reclamantes, quienes no han acudido al derecho que la ley les confiere para presentar pericias que avalen sus apreciaciones. En consecuencia, el daño ocasionado no puede imputarse causalmente a la asistencia sanitaria dispensada, sin que concurra ninguna pérdida de oportunidad terapéutica, lo que necesariamente debe llevar a la desestimación de la reclamación que nos ocupa.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por ……"

V. E., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Gijón, a ……

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

LA PRESIDENTA,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.

Fuente: Consejo Consultivo del Principado de Asturias
http://www.ccasturias.es