

Dictamen Núm. 124/2023

**V O C A L E S :**

*Sesma Sánchez, Begoña,*  
Presidenta  
*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 1 de junio de 2023, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 20 de febrero de 2023 -registrada de entrada el día 27 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por los daños sufridos como consecuencia del fallecimiento de su esposa y madre, respectivamente, tras una caída durante un ingreso hospitalario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** Con fecha 1 de abril de 2022, los interesados -viudo e hijos de una paciente- presentan en una oficina de correos una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios derivados del óbito de su familiar al sufrir una caída de la cama durante la noche en un centro hospitalario que le provocó diversos traumatismos, falleciendo dos días después.

Exponen que la paciente había ingresado en el Hospital ..... el día 14 de octubre de 2020 para someterse a un trasplante alogénico de PHSP debido a una enfermedad hematológica que padecía, siendo alta hospitalaria el día 20

del mismo mes tras recibir una asistencia sanitaria que la familia entiende como satisfactoria.

Señalan que “estuvo durante cuatro meses aproximadamente con consultas ambulatorias periódicas”, y que el día 5 de marzo de 2021 ingresa “por bacteriemia por *Klebsiella pneumoniae*, contraída (...) en el transcurso de los tratamientos de tipo ambulatorio que venía recibiendo en el referido hospital, entendiendo que existe una deficiente atención por parte de los facultativos y/o personal de enfermería”.

Manifiestan que “estando ingresada, y si bien al parecer la bacteriemia (...) se encontraba controlada y con buena evolución, el día 31 de marzo se refiere una caída de la cama durante la noche a consecuencia de la cual presentó múltiples traumatismos, incluido traumatismo craneoencefálico, y a partir de la cual (...) presentó un empeoramiento súbito, falleciendo dos días después”. Entienden que lo señalado “evidencia una total falta de control y cuidado adecuado por parte del personal facultativo y de enfermería, máxime teniendo en cuenta que la paciente tenía riesgo de caídas, como señala el propio informe clínico de alta”, y que “la atención del personal sanitario debería haber incidido en dicho extremo, debiendo tener la cama en todo momento las vallas subidas, lo que hubiera evitado, sin duda, la caída referida y los consiguientes traumatismos”. Indican que a esto “hay que sumar el hecho de que por la situación de pandemia (...) no estaba acompañada por las noches, por lo que la atención del personal sanitario”, precisamente por su “estado y patologías (...), debería haber sido más diligente”. Sostienen que el fallecimiento es “consecuencia directa del comportamiento negligente del personal sanitario, de una total ausencia de vigilancia y cuidado y del deficiente funcionamiento del servicio público”, y que ello “supuso sin duda una pérdida de oportunidad para la paciente que, si bien nadie pretende silenciar sus patologías previas, presentaba una buena evolución en la (...) que propició su ingreso” en el Hospital .....

Cifran “la cuantía de la indemnización por daños y perjuicios sufridos por el fallecimiento (...) y por todos los conceptos, incluidos daños morales, salvo

error u omisión y sin perjuicio de ulterior concreción”, en la suma total de ciento noventa y dos mil euros (192.000 €), de los cuales 122.000 € corresponderían al cónyuge y 35.000 € a cada uno de los hijos.

Como medios de prueba, solicitan que se incorporen al expediente los informes de enfermería que no obran en poder de los solicitantes.

Acompañan copia, entre otros, de los siguientes documentos: a) Declaración de herederos abintestato en favor de los reclamantes. b) Certificado de defunción, que fecha la muerte el día 2 de abril de 2021. c) Libro de Familia. d) Diversa documentación clínica entre la que figura el informe de alta, en el que consta como fecha de ingreso el 5 de marzo de 2021 y como motivo bacteriemia por *Klebsiella pneumoniae*, reflejando los problemas que presenta la paciente durante su ingreso y la evolución. Se establece como causa de la muerte “shock séptico por *Escherichia coli* BLEE”, y como “otros diagnósticos” bacteriemia por *Klebsiella pneumoniae*./ Colonización rectal por *Escherichia coli* BLEE./ Diabetes esteroidea./ Enfermedad injerto contra receptor aguda G3./ Excreción urinaria de virus BK asintomática. Injerto pobre y mielofibrosis./ Microangiopatía trombótica probable./ Reactivación de citomegalovirus. Riesgo de caídas r/c factores cognitivos/fisiológicos/ambientales./ Trasplante alogénico de DNE por mielofibrosis secundaria./ Traumatismo craneoencefálico.

**2.** Mediante oficio de 22 de abril de 2022, la Jefa de la Sección de Apoyo del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica a los interesados la fecha de recepción de su reclamación en el referido Servicio, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará, el plazo de resolución del mismo y el sentido del silencio administrativo.

**3.** El día 28 de abril de 2022, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto requiere a la Gerencia del Área Sanitaria IV una copia de la historia clínica de la paciente y un informe del Servicio interviniente.

El 10 de junio de 2022 se reitera la solicitud.

4. Con fecha 28 de junio de 2022, la Gerencia del Área Sanitaria IV remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios la documentación solicitada.

En el informe suscrito por el Jefe del Servicio de Hematología y Hemoterapia se describe al proceso asistencial relacionado con el diagnóstico y evolución de la trombocitopenia esencial que padecía la paciente y el trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos, indicando los riesgos de los que se advierte en el documento de consentimiento informado. Señala que las posibles complicaciones de dicho trasplante “no sólo se producen en el momento de la infusión de los PH sino que pueden producirse tiempo después./ Entre las diferentes complicaciones, las infecciones bacterianas, y en particular la bacteriemia, son la complicación infecciosa más común, ocurriendo en torno al 5-10 % de los pacientes receptores de un alotrasplante de PH (...), causando una morbilidad muy importante y tasas de mortalidad que pueden llegar al 25-45 % (...). En cuanto a la enfermedad injerto contra huésped aguda y crónica en el caso de la enfermedad que padecía (...) se estima en torno al 44 % (15 % grados II-IV) y 46,5 % (grado moderado grave del 26 %)”. Añade que en este caso “el índice de comorbilidad previo al trasplante ajustado a la edad (HCT-CI) (...) se estimó en 4 de forma automática. De acuerdo a esto, la mortalidad estimada a los 100 días estaría en torno al 16 % y a los 2 años sobre el 30 %”.

Tras describir la medicación pautada para el tratamiento de las diversas complicaciones asociadas al trasplante, se explica que el día 3 de marzo de 2021 -cuando se coloca a la paciente por parte del Servicio de Radiología Vasculuar “un catéter tipo Hickman en V. yugular derecha”- se objetiva “una lesión en la EII por lo que se inicia tratamiento antibiótico”, y que “el día 05 de marzo se informa del aislamiento de una *Klebsiella pneumoniae* en los cultivos tomados el día 03 por lo que se decide el ingreso hospitalario para el tratamiento antibiótico IV dado el riesgo que comporta en un paciente severamente inmunocomprometido./ Durante este ingreso se presentaron las

siguientes complicaciones:/ Negativización de la sepsis por la *Klebsiella pneumoniae* tras recibir tratamiento antibiótico específico./ Progresión de la EICH a pesar del tratamiento administrado./ Datos de microangiopatía trombótica asociada a trasplante lo que obligó a suspender el tratamiento inmunosupresor con el deterioro de la EICH./ Reactivación por infección por CMV por lo que recibió tratamiento antiviral específico./ Injerto pobre (persistencia de fibrosis en médula ósea)./ Colonización rectal por *Escherichia coli* BLEE”.

Refiere que “en la madrugada del 31 de marzo de 2022 el personal de enfermería del turno de noche se encuentra a la paciente en el suelo por caída. En la exploración se aprecia hematoma con sangrado. Dicha incidencia es recogida en la historia clínica”, donde se deja constancia de que “la cama de la paciente tenía las barandillas puestas. Es de reseñar que durante todo el ingreso la paciente se mantuvo consciente, orientada, por lo que (...) no se consideró necesaria la existencia de acompañantes familiares de forma continua./ Tras avisar al médico de guardia se hace una evaluación de la paciente, se transfunden plaquetas y se realiza un tac craneal urgente sin apreciar datos de sangrado. A lo largo del día 31 (...) presenta un deterioro neurológico siendo valorada por el Servicio de Neurología, repitiéndose la prueba de imagen (nuevo tac craneal), descartándose de nuevo la existencia de hemorragia./ Dada la evolución de la paciente y ante la posibilidad de un cuadro infeccioso a pesar de la ausencia de fiebre se inicia tratamiento antibiótico. En los cultivos tomados el día 01 de abril se aísla una *Escherichia coli*./ A pesar de las medidas tomadas, la paciente tiene una mala evolución falleciendo en la madrugada del día 02 de abril. En todo momento la familia fue informada de la gravedad de la situación y de la mala evolución, estando de acuerdo con las medidas tomadas. Tras el fallecimiento se propone (...) la posibilidad de realizar la autopsia pero la familia declina dicha opción”.

Reseña que “el procedimiento de un alotrasplante de progenitores hematopoyéticos de donante no emparentado es un procedimiento con unas potenciales complicaciones graves en un porcentaje significativo. Es por eso por

lo que se dispone de protocolos de trabajo encaminados a prevenir y tratar de acuerdo a la mejor práctica existente todas estas complicaciones (...). No podemos estar de acuerdo con la aseveración de que el fallecimiento (...) fuera `consecuencia directa del comportamiento negligente del personal sanitario, de una total ausencia de vigilancia y cuidado´. Como se ha recogido en la exposición previa, en todo momento se fueron tomando todas las medidas indicadas para el tratamiento de las complicaciones que fue presentando la paciente. Respecto al momento de la caída, se habían tomado las medidas habituales de prevención de las mismas en pacientes en las situaciones clínicas similares (...). Tampoco estamos de acuerdo con la aseveración de que la paciente presentaba `una buena evolución en la patología que propició su ingreso en el (Hospital .....)` ya que, como queda reflejado en el informe y en la historia clínica (...), presentó múltiples complicaciones propias del procedimiento de trasplante sin que, en ningún momento, se hubiera podido llegar a establecer una situación de respuesta de la enfermedad inicial dadas las complicaciones que presentaba. La información de las complicaciones y de la mala evolución fue transmitida a la familia en varias ocasiones, tal como se recoge en la historia clínica”.

**5.** Con fecha 28 de julio de 2022 emiten informe pericial, a instancia de la compañía aseguradora de la Administración, dos especialistas, una de ellas en Medicina Intensiva y otro en Cirugía General y del Aparato Digestivo.

En él concluyen que la “actuación del equipo facultativo de Hematología y personal de enfermería (...) fue acorde con la *lex artis ad hoc*”. Indican que se trataba de “una paciente que sufría en el momento de su ingreso (...) bacteriemia por *Klebsiella pneumoniae* como nueva complicación dentro de su diagnóstico inicial de neoplasia hematológica (mielofibrosis post trombocitopenia esencial) de riesgo intermedio, y que había recibido en octubre de 2020 trasplante de donante con otras múltiples complicaciones asociadas que empobrecían su pronóstico a medio y corto plazo (...). A su ingreso se prescribió tratamiento médico acorde a cuadro clínico (...). La actuación de

enfermería fue acorde y proporcional atendiendo a situación clínica y funcional de la paciente, emitiendo el diagnóstico de riesgo de caídas desde el día 5 de marzo de 2021, consistiendo las medidas preventivas desarrolladas en barandillas elevadas y cama a nivel más bajo (...). No se ha detectado anomalía en la prestación de cuidados ni deficiencias u omisión de los mismos durante la estancia hospitalaria de la paciente (...). La evolución del cuadro clínico fue desfavorable, apareciendo múltiples complicaciones secundarias a pesar de instaurarse completo tratamiento clínico y farmacológico, proporcionarse los cuidados requeridos y ponerse a disposición de la paciente todos los recursos materiales y humanos de los que se disponía”, incidiendo en “que dichas complicaciones empobrecían dramáticamente su pronóstico vital a corto plazo e incluían: fracaso renal agudo, hipoalbuminemia, dependencia transfusional, injerto pobre y persistencia de mielofibrosis, complicaciones infecciosas, microangiopatía trombótica, EICH grado 4, estomatitis, diarrea y episodios de hemorragia digestiva baja secundarios, insuficiencia cardíaca congestiva, entre otros (...). La paciente se mantuvo consciente, orientada y no se documentaron alteraciones conductuales durante su ingreso hasta la madrugada del día 31-03-2021, coincidiendo con inicio de cuadro séptico (...). En la madrugada del día 31-03-2021, aun habiéndose aplicado las medidas preventivas, la paciente sufrió caída con traumatismo craneoencefálico y lesiones a nivel facial: lesión inciso-contusa peri orbitaria, mandibular y labial (...). Consecuencia de dicha caída se produjo una asistencia inmediata para detección y tratamiento de complicaciones asociadas (...) que descartaron complicación intracraneal aguda, entre otras (...). No se documentan otros daños graves derivados de tal accidente”.

Consideran la caída como “accidental, no evitable y para la que habían sido instauradas medidas preventivas”, afirmando la inexistencia de nexo causal entre la caída de la cama y el fallecimiento producido el día 2 de abril, que fue “consecuencia de un shock séptico secundario a bacteriemia por *Escherichia coli* BLEE, germen que colonizaba el tracto digestivo de la paciente, para el que se habían iniciado todas las medidas y tratamientos preceptivos”, añadiendo que

“existía un estado previo no modificable en forma alguna con pronóstico vital pobre y padecimiento de múltiples complicaciones, entre las que cabe destacar un aumentado riesgo de infección, que conferirían un peor pronóstico de la enfermedad a pesar del tratamiento adecuado”.

**6.** Mediante oficio notificado a los interesados el 9 de noviembre de 2022, el Instructor del procedimiento les comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándoles una copia de la documentación obrante en el expediente.

**7.** El día 30 de noviembre de 2022, los perjudicados presentan en una oficina de correos un escrito de alegaciones en el que se ratifican en su reclamación e indican que “en las prescripciones pautadas se encontraba la de estar la cama al nivel más próximo al suelo y tener las barandillas (...) subidas, pero no es menos cierto que las mismas no se encontraban subidas permanentemente, ya que tal extremo pudo ser observado en varias ocasiones por los que suscriben durante las visitas a la paciente, así como el hecho de que el timbre por el que se avisaba al control de enfermería, al menos dos días antes de la caída, no funcionaba, no teniendo constancia de si fue arreglado./ Es más, a la vista del expediente trasladado, no aparece, en contra de lo consignado en el informe del Jefe del Servicio de Hematología, ni en lo recogido por enfermería ni por el facultativo que acudió, que dichas barandillas estuvieran subidas en el momento de la caída, ya que de ser así entendemos que la caída difícilmente se hubiera producido, y máxime con la entidad de las lesiones sufridas a consecuencia de la misma, ya que en las propias anotaciones del curso clínico se dice que la paciente fue encontrada en el suelo con un charco de sangre./ Efectivamente, como se recoge en la historia clínica, nos encontrábamos en aquellas fechas en tiempo de pandemia, lo que dificultaba el acompañamiento de los familiares durante la noche, pero precisamente por tal cuestión y por el hecho refrendado por la historia clínica y no refutado por los que suscriben en ningún momento de la gravedad de las dolencias padecidas (...), la vigilancia y

cuidado por parte del personal del hospital durante la noche debería haber incrementado su diligencia (...), y no las `medidas habituales´, como se dice en el informe del Jefe del Servicio de Hematología, lo cual resulta significativo; máxime si tenemos en cuenta que en la historia clínica se refleja con meridiana claridad en el *addendum* consignado por la doctora el día 31 de marzo a las 6:40 horas que en el mejor de los casos cuando fue encontrada llevaba más de media hora en el suelo, dadas las lesiones, y en el peor de los casos una hora y media, teniendo en cuenta que no había pasado nadie por la habitación desde las 4:30 de la madrugada (...). Lo acaecido no resulta de recibo teniendo en cuenta las características de la unidad de trasplante alogénico que se nos describen en el informe de valoración de praxis realizado a instancias de esa Administración; esto es, control de enfermería cercano, alarmas sonoras de diversos tipos, plantas de hospitalización silenciosas, detección por parte del personal de enfermería de los sonidos de alarma con facilidad y rapidez (...). Si es cierta la afirmación de que la alarma de la bomba de perfusión se activó en los siguientes minutos de la caída, ¿por qué la doctora dice que por las lesiones la paciente llevaba al menos media hora en el suelo cuando la encontró la enfermera? ¿Dónde estaba el personal de enfermería para tardar media hora, en el mejor de los casos, en acudir? ¿Esta es la actuación diligente que se predica en los informes recabados por esa Administración? Con el debido respeto, los interrogantes se responden por sí solos”.

Añaden que “de hecho, y a pesar de la situación de pandemia, a partir de la caída se permitió el acompañamiento familiar vespertino”, y que “la información que se dice haber dado en todo momento a la familia tampoco resulta acorde con la verdad, ya que la misma era escasa (...), incluso el día antes de la caída se les trasladó la buena evolución de la paciente”.

Concluyen que “lo que resulta evidente es que dicha caída aceleró sin duda el proceso patológico, el deterioro neurológico y el fallecimiento de la paciente, ya que desde el punto de vista infeccioso se documenta una evolución favorable con anterioridad a la caída (...); dato ya expresado en el escrito” de reclamación y que “se consigna claramente en el informe de valoración de

praxis emitido en el presente expediente (...), lo que evidencia las contradicciones e inexactitudes entre los propios informes emitidos a instancias de esa Administración”.

**8.** Con fecha 16 de diciembre de 2022, el Instructor del procedimiento formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella afirma que “en el presente caso la asistencia fue correcta y adecuada a la *lex artis*. La paciente presentaba una neoplasia hematológica (mielofibrosis post trombocitopenia esencial) y (...) múltiples complicaciones asociadas que empobrecían su pronóstico a medio y corto plazo (...). Estaba consciente por lo que no necesitaba acompañantes de forma continuada. La cama de la paciente tenía las barandillas puestas y a un nivel más bajo. Tras caída, se produjo una asistencia inmediata para detección y tratamiento de complicaciones asociadas consistente en exploración clínica, toma de constantes, administración de medicación y hemoderivados para prevención de sangrado y exploración radiológica seriada que descartaron complicación intracraneal aguda, entre otras. La paciente no falleció como consecuencia de la caída, sino (...) de un shock séptico secundario a bacteriemia por *Escherichia coli* BLEE, complicación habitual en este tipo de pacientes”.

**9.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 20 de febrero de 2023, 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 autenticada del mismo en soporte digital.

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 los interesados activamente legitimados para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado como titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

**TERCERA.-** En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la 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 1 de abril de 2022, y el fallecimiento de la familiar de los interesados se produce el día 2 de abril de 2021, 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 recogidas 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 observa 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 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 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 “Sólo 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 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, concurren, 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.

**SEXTA.-** Se somete a nuestra consideración un procedimiento de responsabilidad patrimonial en el que los interesados solicitan una indemnización por el daño sufrido a causa del fallecimiento de su familiar, que achacan a la bacteriemia contraída durante un tratamiento ambulatorio que provoca el ingreso hospitalario en el cual tuvo lugar la caída de la cama que le produjo diversos traumatismos.

Acreditada la realidad del óbito y los vínculos familiares entre quienes ejercitan la acción y la fallecida, cabe presumir la existencia del daño cuya indemnización se reclama. Ahora bien, como venimos reiterando, 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 sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si el mismo se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio público y si ha de reputarse antijurídico.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo (por todos, Dictamen Núm. 211/2021), el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente 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, o la falta de curación, 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*. Por tanto, para apreciar que el daño alegado por los reclamantes es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*, entendiendo 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 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 previo estado del paciente o de la organización sanitaria en que se desarrolla, para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

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

También ha subrayado este Consejo 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 esos 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. Aplicado lo anterior a los supuestos en que se acciona por los daños derivados de un fallecimiento, ha de constatarse que el fatal desenlace es consecuencia de la

actuación que se reprocha y, a continuación, que en esa actuación se ha infringido el buen quehacer médico.

En el caso planteado, pese a interesar a quien reclama la prueba de las alegaciones que sostiene, los perjudicados no han desarrollado en vía administrativa actividad probatoria alguna en relación con la supuesta mala praxis asistencial, limitándose a aportar los informes clínicos del hospital y a exponer su personal interpretación de los hechos. Por ello, 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.

Ante todo, no se advierte que el fallecimiento por el que se reclama sea consecuencia de la negligencia denunciada, lo que aboca a la desestimación de la reclamación. Todas las periciales incorporadas a las actuaciones coinciden en señalar la inexistencia de nexo causal entre la caída de la cama y el fallecimiento producido el día 2 de abril de 2021, que fue "consecuencia de un shock séptico secundario a bacteriemia por *Escherichia coli* BLEE, germen que colonizaba el tracto digestivo de la paciente", aparte de la concurrencia de otras patologías, de modo que -como aprecian los especialistas que informan a instancias de la entidad aseguradora- "existía un estado previo no modificable en forma alguna con pronóstico vital pobre" que desgraciadamente se concretó. Ningún elemento permite anudar el fatal desenlace a la caída accidental, sin que los reclamantes hayan aportado indicio alguno al respecto más allá de la propia interpretación personal de lo sucedido -habiéndose negado a la autopsia que se les ofreció-, por lo que no puede atenderse a su pretensión resarcitoria.

Desechada la reclamación por esa carencia de vínculo causal, no se aprecia tampoco la invocada infracción de la *lex artis*. Consta que la paciente presentaba como diagnóstico inicial neoplasia hematológica (mielofibrosis post trombocitopenia esencial) de riesgo intermedio por lo que se había sometido a un trasplante alogénico, permaneciendo ingresada entre los días 14 y 20 de octubre de 2020. El 5 de marzo de 2021 vuelve a ingresar por bacteriemia por *Klebsiella pneumoniae*, sufriendo una caída de la cama durante la noche del 30

al 31 del mismo mes. Los interesados entienden que se ha producido un "comportamiento negligente del personal sanitario (...), una total ausencia de vigilancia y cuidado y (...) deficiente funcionamiento del servicio público". Indican que la caída se produce en un momento en el que la enferma presentaba "buena evolución" y que, por ello, sufre un "empeoramiento súbito, falleciendo dos días después, lo cual evidencia una total falta de control y cuidado adecuado por parte del personal facultativo y de enfermería, máxime teniendo en cuenta que (...) tenía riesgo de caídas", añadiendo que no se encontraba acompañada por las noches por parte de sus familiares a causa de la situación de pandemia, por lo que el personal sanitario debería haber extremado las precauciones.

Sin embargo no puede obviarse que, tal y como acredita la documentación obrante en el expediente, la fallecida ingresa en el hospital a causa de una bacteriemia tras un trasplante complejo y diversas complicaciones, y que el deceso se debe a un shock séptico causado por *Escherichia coli* BLEE, estando diagnosticada -además de por la persistente bacteriemia por *Klebsiella pneumoniae*, el trasplante alogénico de DNE por mielofibrosis secundaria y el "riesgo de caídas r/c factores cognitivos/fisiológicos/ambientales"- de diabetes esteroidea, enfermedad injerto contra receptor aguda G3, excreción urinaria de virus BK asintomática, injerto pobre y mielofibrosis, microangiopatía trombótica probable y reactivación de citomegalovirus. Ha de destacarse que el germen *Escherichia coli* BLEE es de difícil tratamiento farmacológico y presenta una elevada probabilidad de complicación y muerte, suponiendo una generación de resistencia antibiótica de la flora intestinal en una paciente con las patologías indicadas, produciendo en este caso un fracaso hemodinámico, respiratorio y renal agudo, una encefalopatía séptica, hiperbilirrubinemia, reagudización de trombopenia y coagulopatía. La documentación clínica evidencia una situación crítica con carácter previo a la desafortunada caída producida en sede hospitalaria.

Los reclamantes afirman que la paciente ingresó el día 5 de marzo de 2021 "por bacteriemia por *Klebsiella pneumoniae*, contraída como consecuencia

y en el transcurso de los tratamientos de tipo ambulatorio que venía recibiendo (...), entendiendo que existe una deficiente atención por parte de los facultativos y/o personal de enfermería del mencionado hospital". Dicho tratamiento ambulatorio se refiere a la atención prestada tras el trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos, único tratamiento curativo en pacientes con mielofibrosis que, sin embargo, presenta elevada mortalidad y mal pronóstico, y morbilidad significativa en relación con la enfermedad injerto contra huésped (EICH), que supone un rechazo que, según sea leve, moderada o grave, puede tener graves consecuencias. Después del trasplante la paciente sufrió las siguientes complicaciones, además de EICH con una mala evolución: estomatitis orofaríngea; hipertensión secundaria a inhibidores calcineurina; diabetes esteroidea; síndrome de oclusión sinusoidal; blefaritis/blefarochalasis; neumonía por *Chlamydia pneumoniae*, bacteriemia por *Granulicatella*; anemia y necesidad de soporte transfusional elevado; episodios de edema generalizado, insuficiencia cardíaca congestiva e hipoalbuminemia, e hipogammaglobulinemia. Habida cuenta de los distintos tratamientos a los que estaba sometida y el control ejercido durante el tiempo que media entre el alta hospitalaria tras el trasplante y el siguiente ingreso, la lacónica afirmación de que se contagia a causa del tratamiento ambulatorio como muestra de negligencia, sin base alguna más allá de la personal interpretación de los hechos, nos lleva a entender que no debe ser objeto de mayor análisis, debiendo centrarse la valoración en la praxis médica desarrollada durante el ingreso que se inicia el día 5 de marzo de 2021, momento en el que -según consta en la historia clínica- la paciente conservaba la movilidad y autonomía, si bien presentaba una acusada debilidad debida a la postración por lo que requería de una silla de ruedas. No parece, según la documentación obrante en el expediente, que las medidas anticáidas que en este caso se instauran se deban tanto a su situación en el momento del ingreso -que es cuando se implementan- como a la previsible evolución de las múltiples patologías, y resultan conformes a los protocolos aplicables.

Sobre el manejo de las diferentes dolencias y complicaciones, su control adecuado y exhaustivo queda debidamente justificado en el expediente, sin que sea objeto de reproche por parte de los reclamantes, que circunscriben su alegación de mala praxis a la caída nocturna de la cama que sufre la enferma. Ahora bien, a la luz de la documental se constata que la paciente, debido a su pluripatología y al sufrir nuevas complicaciones, padeció un cuadro de desorientación anteriormente inexistente sin que concurriesen causas o síntomas previos que reclamasen medidas más allá de la colocación de barandillas y posición baja de la cama durante la noche, encontrándonos con una enferma que no precisaba monitorización continua ni especial vigilancia. Así las cosas, se atiende a la paciente a las 4:30 h de la madrugada y, después, por el aviso de la bomba de perfusión se acude a la habitación a las 5:45 h encontrando a la enferma en el suelo. La doctora es avisada y a su llegada la paciente -según anota- “está consciente aunque parcialmente orientada. Refiere que `quiso bajar a desayunar y cree que la empujaron por las escaleras´”.

En este contexto, tomando en consideración la vigilancia y asistencia sanitaria prestada, los tiempos transcurridos, los medios disponibles en el singular contexto pandémico en el que se produce el fatal desenlace, el aislamiento que requería la propia paciente -que obligaba a mantener la puerta de su habitación cerrada- y las demás circunstancias concurrentes -que no abocaban a una vigilancia permanente u otras medidas precautorias-, no se aprecia negligencia alguna por parte del personal sanitario.

Por lo demás, la actuación médica posterior fue correcta, descartándose sangrado intracraneal a través de varias pruebas de imagen y llevándose a cabo todas las medidas de curación y preventivas que la situación requería, tal y como queda probado con la documentación aportada por la Administración, que alude a la concurrencia de múltiples patologías como causa de la muerte.

En definitiva, no se acredita el nexo causal entre la caída y el fallecimiento de la paciente, que se debe a un shock séptico ajeno a aquella, sin

que tampoco se objetive infracción de la *lex artis* a lo largo del proceso asistencial.

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,