



**T.S.J. CASTILLA-LEON CON/AD VALLADOLID**  
**Sala de lo Contencioso-Administrativo Sección 003**  
**VALLADOLID CASTILLA-LEON**  
SENTENCIA: 01072/2012

Número de Identificación Único: 47166 ES : 2008 0106474

**PROCEDIMIENTO ORDINARIO 0001853 /2008 LP**

Sobre RECURSO PATRIMONIAL DE LA AGRO.

De [REDACTED] XXXXXXXX XXXXXXXX [REDACTED], XXXXXXXX [REDACTED]

Abogado: JOSE A. FAMOS MESONERO,

Contra:

Representante: LETRADO COMUNIDAD (SERVICIO PROVINCIAL), DAMIANO L. BARRIENTOS  
FERNANDEZ

**SENTENCIA Núm. 1072**

**ILTMOS. SRES.:**

**PRESIDENTE**

**MAGISTRADOS:**

DONA

DON I

En Valladolid, a uno de junio de dos mil doce.

Visto por la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, con sede en Valladolid, el presente recurso en el que se impugna:

La desestimación presunta por silencio administrativo de la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada el 4 de septiembre de 2007 ante la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León, en solicitud de indemnización de daños y perjuicios por la deficiente asistencia sanitaria prestada a D. [REDACTED] [REDACTED] en el Hospital de la Reina de Ponferrada (León).

Son partes en dicho recurso:

Como recurrentes: Dña. XXXXXXXX XXXXXXXX XXXXXXXX XXXXXXXX y Dña. XXXXXXXX XXXXXXXX XXXXXXXX, representadas por el Procurador de los Tribunales D. [REDACTED], y bajo la dirección del Letrado D. Jose Antonio Famos Mesonero.

Como demandada: La Administración de la Comunidad Autónoma de Castilla y León (Consejería de Sanidad), representada y defendida por Letrado de sus Servicios Jurídicos.



Como codemandada: La Real Fundación Hospital de la Reina, representada por el Procurador de los Tribunales D. , y defendida por el Letrado D.

Ha sido Ponente la Ilma. Sra. Magistrada Doña XXXXXXXX

#### ANTECEDENTES DE HECHO

**PRIMERO.-** Interpuesto y admitido a trámite el presente recurso y recibido el expediente administrativo, la parte recurrente dedujo demanda contra la Consejería de Sanidad con base en los hechos y fundamentos de derecho en ella expresados, solicitó de este Tribunal, dicte sentencia en virtud de la cual se condene al pago de las siguientes cantidades: XXXXXXXX XXXXXXXX XXXXXXXX XXXXXXXX 8.268,56 €, XXXXXXXX XXXXXXXX XXXXXXXX 8.268,56 € y XXXXXXXX XXXXXXXX XXXXXXXX 99.222,80 €, mas los intereses legales a contar desde el 4 de septiembre de 2007, todo ello por supuesto de responsabilidad patrimonial.

**SEGUNDO.-** En el escrito de contestación de la Administración demandada, con base en los hechos y fundamentos de derecho expresados en el mismo, se solicitó de este Tribunal el dictado de una sentencia por la que se desestime el presente recurso, con expresa imposición a la recurrente de las costas del recurso.

En el escrito de contestación de la entidad privada codemandada, con base en los hechos y fundamentos de derecho expresados en el mismo, se solicitó de este Tribunal el dictado de una sentencia por la que se desestime el presente recurso, con expresa imposición a la recurrente de las costas del recurso.

**TERCERO.-** El procedimiento se recibió a prueba con el resultado que figura en los autos.

**CUARTO.-** Presentados los escritos de conclusiones por las partes, se declararon conclusos los autos y se señaló para votación y fallo del presente recurso el pasado día treinta y uno de mayo.

**QUINTO.-** En la tramitación de este recurso se han observado las prescripciones legales, salvo los plazos en ella fijados por causa del volumen de pendencia y trabajo que soporta la Sala.

#### FUNDAMENTOS DE DERECHO.

**PRIMERO.-** El objeto del presente recurso se concreta en determinar si la actividad administrativa impugnada consistente en la desestimación presunta por silencio administrativo de la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada el 4 de septiembre de 2007 ante la Consejería de Sanidad, de la Junta de Castilla y León, en solicitud de indemnización de los daños y perjuicios causados a las actoras por el fallecimiento de su padre y esposo a consecuencia de una infección hospitalaria en una clínica concertada, Real Fundación del Hospital la Reina, de Ponferrada, interesando que se declare la responsabilidad patrimonial de la



Administración sanitaria y su derecho a una indemnización de 115.759,82 €.

Del expediente administrativo, de las pruebas practicadas y de las alegaciones vertidas en los escritos forenses de las partes quedan acreditados los siguientes extremos de interés para la resolución de este pleito:

Don [REDACTED] XXXXXXXX [REDACTED], nacido el 21 de octubre de 1948, presentaba como antecedentes médicos de interés los de cáncer de laringe antiguo laringuetomizado, diabetes mellitus insulín dependiente de larga evolución, hipertensión arterial, alcoholismo crónico activo, sepsis grave antigua (2002 por *Pseudomona aeruginosa*), insuficiencia renal aguda, rabdomiolisis, pancreatitis previa, insuficiencia cardíaca, insuficiencia hepática, colelitiasis y fracturas en humero, tibia y peroné; recibiendo tratamiento habitual con insulina, enalapril, flumil y metamizol. El día 22 de febrero de 2007 es llevado a Urgencias del Hospital El Bierzo porque por la mañana no movía el lado derecho ni hablaba, si bien entendía lo que se le decía. Tras ser explorado se aprecia una hemiplejía izquierda y tras estudios complementarios se diagnostica de hemorragia intraparenquimatosa de ganglios basales izquierdos y cetoacidosis diabética siendo ingresado el paciente en el Servicio de Medicina Interna.

Durante el ingreso el paciente sigue un curso favorable precisando tratamiento intensivo para la recuperación del cuadro de descompensación hiperosmolar. Desde el punto de vista neurológico se mantiene estable con tendencia a la mejoría con resultados de TAC de control sin cambios significativos respecto a los previos, sin aumento de hemorragia y con inicio de reabsorción. El alta hospitalaria se produce el día 8 de marzo de 2007, con exploración neurológica de afasia global y hemiparesia derecha que ha presentado mejoría desde el ingreso con la rehabilitación. El diagnóstico principal al alta es el de hematoma espontáneo de ganglios basales izquierdos y los diagnósticos secundarios los de descompensación hiperglucémica en situación hiperosmolar, alcoholismo crónico activo y los diagnósticos previos del paciente. En el informe de alta se pauta revisión con Neurología así como el traslado del paciente al centro concertado Hospital de la Reina (centro de dispone de posibilidades de realizar tratamiento rehabilitador).

Ingresado en el Hospital de la Reina el 8/3/2007 se recogen datos de antecedentes médicos y enfermedad actual, así como de exploración clínica en la que se encuentra un paciente con buen estado general, consciente y orientado, eupneico y tranquilo, la auscultación cardiopulmonar es normal así como la exploración abdominal y en la exploración neurológica se observa hemiplejía derecha superior y hemiparesia inferior derecha II/V. La evolución del paciente durante el ingreso es favorable siendo valorado por rehabilitador el día 12 de marzo de 2007 encontrándose consciente con afasia mixta, hemiparesia derecha espástica, controlando el cuerpo en sedestación, iniciándose tratamiento rehabilitador en gimnasio. La evolución continua siendo buena presentando el día 30 de marzo de 2007, caída casual con dolor en codo y hombro izquierdo por el que se solicita estudio radiológico que es valorado, en historia clínica, en anotación del 2 de marzo de 2007 con indicación de fractura antigua de humero izquierdo impactada, siendo prescrito tratamiento analgésico. El día 2 de abril de 2007 en la valoración



del médico rehabilitador se aprecia mínimos cambios en la fuerza del miembro inferior derecho, suficiente para entrenar la marcha pero con problemas de tendencia a la lateralizada derecha. Según valoración de este especialista prevé el alta para el día 8 de abril del 2007, considerando que podría beneficiarse de otros 20 días de ingreso para intentar mejorar la marcha, ya que tiene dificultades severas de acceso a su domicilio.

El paciente continúa ingresado en el Hospital de la Reina presentando el día 3 de abril del 2007 pico febril que no se repite al día siguiente por lo que se le indica la vigilancia y mantener mismo tratamiento. Ese mismo día 4 de abril del 2007 durante la tarde presenta crisis tónico clónica con glucemia de 415 siendo tratado farmacológicamente con lo que el paciente mejora. Esa noche y la noche siguiente (4 y 5 de abril 2007) presenta nuevos picos febriles administrándole paracetamol. El enfermo presenta nuevos picos febriles durante los días 6 y 7 de abril pautándose tavanic (levofloxacino) y paracetamol y el día 8 cifras de glucosa de 532 mg/dl por lo que se pautan dosis de insulina para su descenso. Durante los días 10, 11, 12, 13, 14 y 15 de abril no presenta fiebre por lo que se programan la suspensión del tratamiento antibiótico para el día 12 de abril del 2007. Presenta dolor e inflamación en hombro y codo derecho y se solicita estudio radiológico y analítico, conforme a anotaciones en la historia del día 11 de abril del 2007. En estas anotaciones del día 11 se señala la valoración de la radiología, en la que no se aprecia patología, y los resultados de la exploración en la que se observa edema, calor y rubor secundarios celulitis en cara anterior del biceps siendo pautado tratamiento con orbenin 500 (cloxacilina) una cápsula cada ocho horas durante 10 días, manteniendo el tavanic, voltaren, omeprazol y hielo local. En las anotaciones de enfermería de esta fecha se indica que se pone hielo local en miembro superior izquierdo por flebitis. En la analítica extraída el 12 de abril del 2007 presenta, entre otras, cifras de hematíes de 3,16 millones/mm<sup>3</sup>, hemoglobina de 10,3 g/dl, 31,7% de hematocrito y 25.300/mm<sup>3</sup> de leucocitos. Por su parte el sedimento de orina detecta la presencia de leucocitos, hematíes y abundantes gérmenes cuyo cultivo queda pendiente. En este día 12 el paciente acude al Hospital El Bierzo para la realización de estudios TAC de control que tenía programado. Las constantes de pulsaciones del paciente durante el ingreso son bastante irregulares con frecuencias ocasionales mayores de 100, a partir del día 1 de abril del 2007 las registradas son superiores a 90 latidos por minuto salvo las del día 4 de abril del 2007.

El día 13 de abril del 2007 el paciente se encuentra mejor, mientras que al día siguiente el 14 de abril del 2007, durante la mañana es avisado el médico de guardia por presentar cifras de glucemia de 429 mg/dl y por la tarde se avisa al médico de guardia porque se cuenta con la mirada muy perdida y no responde a estímulos. Como tratamiento se pauta actocortin, omeprazol, nootropil y tavanic por vías intravenosa.

El día 15 de abril del 2007 la familia solicita su traslado al Hospital El Bierzo. El mismo día 15 se traslada el paciente, ingresando en el Hospital El Bierzo a las 23,22 horas. Como enfermedad actual se recoge en Urgencias el ser un paciente ingresado en el Hospital de la Reina con hematoma espontáneo en ganglios basales, diabetes mellitus descompensada, alcoholismo crónico y hemiplejía derecha que es remitido por mala evolución,



pasando a cargo del Servicio de Medicina Interna. En la anamnesis de Medicina Interna se recoge como enfermedad actual el ser remitido por fiebre de varios días de evolución con disminución del nivel de conciencia, disnea y aumento de secreciones respiratorias así como absceso en miembro superior izquierdo. En la exploración se aprecia enfermo poco orientado y poco colaborador, presenta mal estado general con ligera disnea de repetición y abundantes secreciones respiratorias; encontrándose una extremidad superior izquierda edematosa con gran bolsa de pus con abundante contenido del que se toman muestras. Como pruebas complementarias se solicita radiografía de tórax en la que no se aprecia condensaciones y cultivo de pus del brazo izquierdo. La impresión diagnóstica es la de absceso en extremidad superior derecha y los previos, solicitándose interconsulta con el Servicio de Traumatología que realiza desbridamiento y lavado con H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>, pautándose tratamiento antibiótico con cloxacilina y gentamicina via intravenosa.

El paciente ingresa en la planta de Medicina Interna, el 20 de abril del 2007. El informe de cultivo del pus del exudado del brazo izquierdo refleja el crecimiento de un estafilococo dorado sensible a los antibioticos del antibiograma, con una mala evolución siendo diagnosticado de neumonia nosocomial y absceso en brazo izquierdo en paciente neurológico de base, estableciéndose un mal pronóstico, y finalmente falleció en la madrugada del día 26 de abril del 2007.

Realizado estudios de autopsia se establece el diagnostico anatomopatológico de neumonia bilateral lobar aguda, endocarditis aguda bacteriana en valvula cardiaca aortica (cocos gran positivo), infartos multiples multiorganicos septicos diseminados con evidencia de colonias bacterianas de microorganismos cocaceos Gran + a nivel de: musculos papilares de ventriculo izquierdo, ventriculo izquierdo y ambos rinones, pericarditis serofibrinosa, nódulos de Osler en dedos de las manos, cambios congestivos vasculares en higado, cambios renales de microangiopatía diabética, carcinoma epidermoide de esofago G3, pT1c, pseudotumor reactivo mediastinico de celulas fusiformes en ganglio mediastinico y arterioesclerosis con: intensos cambios en aorta abdominal y arterias ileofemorales, moderados cambios en cayado aortico y obstruccion parcial de arterias coronarias. En la descripción externa del cadaver se indica que presenta lesiones ulceradas multiples en piel de talones, maleolos externos, piernas, región perianal y gluteos; objetivandose en brazo izquierdo lesion ulcerada de 6 cm. de diametro mayor, lesiones isquémicas acrales en dedos de ambas manos y equimosis en parte inferior de ambas piernas.

**SEGUNDO-** En la demanda formulada en este recurso frente a la Consejería de Sanidad la parte actora fundamenta la indemnización que reclama en la responsabilidad patrimonial de la Administración por indebida asistencia medica recibida en el centro privado concertado Hospital de la Reina de Ponferrada, al que fue derivado el paciente por el Hospital de El Bierzo, alegando, en esencia, que don [REDACTED] XXXXXXXX Diaz padeció una infección hospitalaria consistente en absceso en brazo izquierdo que trae causa de una mala colocación del cateter intravenoso, el deficiente seguimiento y en la falta del adecuado tratamiento antibiótico. Considera la parte actora que de haberse instaurado un procedimiento diagnostico terapeutico medicamentoso y antibiotico en tiempo y forma desde las primeras horas del día 4 de abril del 2007 o al menos desde el día



12 de abril de 2007 el paciente no hubiese tenido el deterioro y empeoramiento alcanzado siendo el pronóstico mejor, y pudiera haber contado con una mejor oportunidad y aún estar vivo. Alega que concurren los presupuestos de la responsabilidad patrimonial de la Administración previstos en el artículo 139 de la Ley 30/92, y solicita por concurrir una mala praxis médica, por haberse incumplido la obligación de informar al paciente de los riesgos de la asistencia prestada, y por la doctrina del daño desproporcionado, la indemnización reclamada en el suplico de la demanda a favor de la esposa y dos hijas del fallecido.

La Administración demandada se opone a la demanda manifestando que es durante el ingreso en el Hospital de la Reina cuando se padece el proceso de infección nosocomial con posible inicio el 6 de abril de 2007, y que en la historia se concreta como flebitis y celulitis en cara anterior de brazo izquierdo, documentadas el día 11 de abril de 2007, e infección urinaria en la analítica del día siguiente, cumpliendo criterios de sepsis. En este proceso infeccioso interviene de forma importante los factores intrínsecos del paciente que aumentaban su susceptibilidad a ese tipo de padecimientos, así como una mayor gravedad de los mismos. Recibe para la infección tratamiento desde el día 6 de abril de 2007, a pesar de lo cual evoluciona desfavorablemente. Por tanto considera que procede la denegación de la indemnización solicitada. No obstante, subsidiariamente de estimarse que concurre responsabilidad habría de ser de la Clínica concertada pero no de la Administración sanitaria, la cual actuó a través del Hospital del Bierzo, ajustándose en su actuación a la *lex artis*.

La representación del Hospital de la Reina en el escrito de contestación se opone a la demanda y mantiene que la actuación de los facultativos del Hospital de la Reina fue correcta, suministrando tratamiento adecuado a los signos que en cada momento se presentaban. Acompaña informe pericial prestado por el doctor . Respecto a la supuesta ausencia de información expone que el paciente y su familia fueron informados puntualmente de la situación en que se encontraba el paciente y del tratamiento que se sometía a cada momento así como que no se puede obviar que el paciente ingresó en el Hospital de la Reina para un tratamiento de rehabilitación para la mejora funcional de su marcha no para someterse a una intervención quirúrgica, no siendo necesario conforme al art. 8 de la Ley 41/02 reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, un consentimiento escrito para la asistencia médica prestada. Por todo ello solicita la desestimación del recurso.

**TERCERO.-** Esgrimida en la demanda una acción de responsabilidad patrimonial de la Administración ha de indicarse que el art. 139 de la Ley 30/92 dispone textualmente: "1. Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de 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 normal o anormal de los servicios públicos. 2. En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, valuable económicamente e individualizado con relación



a una persona o grupo de personas..." y el art. 141.1 dice 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".

Dichos preceptos establecen, en sintonía con el art. 106.2 de la CE, un sistema de responsabilidad patrimonial: a) unitario: rige para todas las Administraciones; b) general: abarca toda la actividad - por acción u omisión- derivada del funcionamiento de los servicios públicos, tanto si éstos incumben a los poderes públicos, como si son los particulares los que llevan a cabo actividades públicas que el ordenamiento jurídico considera de interés general; c) de responsabilidad directa: la Administración responde directamente, sin perjuicio de una eventual y posterior acción de regreso contra quienes hubieran incurrido en dolo, culpa, o negligencia grave; d) objetiva, prescinde de la idea de culpa, por lo que, además de erigirse la causalidad en pilar esencial del sistema, es preciso que el daño sea la materialización de un riesgo jurídicamente relevante creado por el servicio público; y, e) tiende a la reparación integral.

Por tanto para que exista responsabilidad patrimonial de la Administración es preciso:

Que se aprecie una relación de causalidad entre la acción/omisión y el resultado lesivo.

Que el daño sea antijurídico, o, lo que es lo mismo, que el perjudicado no tenga el deber jurídico de soportarlo y ello supone: a) que el daño sea la materialización de un riesgo jurídicamente relevante creado por el servicio público; y b) que el ordenamiento no imponga al perjudicado expresamente el deber de soportar el daño.

Que el daño sea indemnizable: a) daño efectivo; b) evaluable económicamente; y c) individualizable en relación a una persona o grupo de personas.

En este sentido cabe recordar, entre otras, la Sentencia de la Sección Sexta de la Sala Tercera del Tribunal Supremo en Sentencia de 6 de noviembre de 1998 (RJA 9920).

**CUARTO.-** En materia de responsabilidad patrimonial derivada de una actuación médica, el criterio básico utilizado es el de la Lex Artis, de suerte que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados: la obligación del médico es prestar la debida asistencia y no de garantizar, en todo caso, la curación del enfermo. Por ello, la Lex Artis constituye el parámetro de actuación de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos, imponiendo al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida. Este criterio es fundamental a la hora de delimitar la responsabilidad en este ámbito, exigiéndose para su existencia no solo la lesión sino también la infracción de dicha Lex Artis. Si solo bastara la lesión se incurriría en una excesiva objetivación de la responsabilidad. Al respecto cabe citar la Sentencia de la Sección Sexta de la Sala Tercera del Tribunal Supremo de 27 de noviembre de 2000 en la que se recuerda: "Los conocimientos científicos, técnicos o experimentales ni en medicina ni, probablemente, en ningún sector de la actividad humana, pueden garantizar al ciento por ciento un resultado determinado. La certeza absoluta debe tenerse por excluida de antemano".

Y también en lo que se refiere a la reiterada jurisprudencia del Tribunal Supremo en relación a la exigencia del consentimiento

informado al que la parte actora se refiere en su demanda, se recuerda que el TS en la sentencia de 3 de enero de 2012 mantiene que: "Expuesto lo anterior, deben traerse a colación las pautas generales que rigen la prestación del consentimiento informado, conforme a la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. A su tenor, el consentimiento informado supone "la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a la salud" (art. 3). A tenor de su artículo 8, se trata de que, una vez recibida la información prevista en el artículo 4, el paciente "haya valorado las opciones propias del caso"; siendo evidente también la necesidad de informar sobre posibles riesgos (art. 8.3).

En cuanto a su forma, dispone el mismo artículo 8 de la Ley 41/2002 que el consentimiento verbal es la regla general, salvo los casos de intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente. Teniendo en cuenta que, según constante jurisprudencia, pesa sobre la Administración la carga de probar que cumplió con la obligación de recabar el necesario consentimiento informado (en dicho sentido, entre otras muchas, las más recientes sentencias de 4 de octubre de 2011 y de 2 de noviembre de 2011). (...) "Conforme a ello, debe aplicarse consolidada jurisprudencia, que indica que la falta o insuficiencia de la información debida al paciente constituye en sí misma o por sí sola una infracción de la "lex artis ad hoc", que lesiona su derecho de autodeterminación al impedirle elegir con conocimiento y de acuerdo con sus propios intereses y preferencias entre las diversas opciones vitales que se le presentan. Causa, pues, un daño moral, cuya indemnización no depende de que el acto médico en sí mismo se acomodara o dejara de acomodarse a la praxis médica, sino de la relación causal existente entre ese acto y el resultado dañoso o perjudicial que aqueja al paciente. O, dicho en otras palabras, que el incumplimiento de aquellos deberes de información solo deviene irrelevante y no da por tanto derecho a indemnización cuando ese resultado dañoso o perjudicial no tiene su causa en el acto médico o asistencia sanitaria (sentencias de este Tribunal Supremo, entre otras, de 26 de marzo y 14 de octubre de 2002, 26 de febrero de 2004, 14 de diciembre de 2005, 23 de febrero y 10 de octubre de 2007, 1 de febrero y 19 de junio de 2008, 30 de septiembre de 2009 y 16 de marzo, 19 y 25 de mayo y 4 de octubre de 2011)."

Y en la sentencia del TS de 2 de enero de 2012, rec de cas. 6710/2010, con cita de la del mismo Tribunal de dos de noviembre de 2011 se mantiene que: "b) Que la falta o insuficiencia de la información debida al paciente (a tener por cierta en el caso de autos ante la duda no despejada sobre el cabal cumplimiento de aquella obligación) constituye en sí misma o por sí sola una infracción de la "lex artis ad hoc", que lesiona su derecho de autodeterminación al impedirle elegir con conocimiento y de acuerdo con sus propios intereses y preferencias entre las diversas opciones vitales que se le presentan. Causa, pues, un daño moral, cuya indemnización no depende de que el acto médico en sí mismo se acomodara o dejara de acomodarse a la praxis médica, sino de la





relacion causal existente entre ese acto y el resultado dañoso o perjudicial que aqueja al paciente. O, dicho en otras palabras, que el incumplimiento de aquellos deberes de información solo deviene irrelevante y no da por tanto derecho a indemnización cuando ese resultado dañoso o perjudicial no tiene su causa en el acto médico o asistencia sanitaria (sentencias de este Tribunal Supremo, entre otras, de 26 de marzo y 14 de octubre de 2002, 26 de febrero de 2004, 14 de diciembre de 2005, 23 de febrero y 10 de octubre de 2007, 1 de febrero y 19 de junio de un 2008, 30 de septiembre de 2009 y 16 de marzo, 19 y 25 de mayo y 4 de octubre de 2011). "

Como se dijo en la Sentencia de esta Sala de diecinueve de diciembre de dos mil nueve, recurso de casación de unificación de doctrina 257/2006, el consentimiento informado no puede convertirse en un trámite rutinario, burocrático, carente de la relevancia que ha de tener como es que el paciente ha de asumir la existencia de diferentes escenarios al tratamiento. Ello va más allá de formularios estereotipados puesto que implica que el médico ha de observar tanto la capacidad del paciente de entender la información que se le ofrece como la situación concreta en la que se encuentra y las posibilidades de éxito, fracaso, mejoría, etc. Es una compleja relación que requiere análisis caso por caso atendiendo a las circunstancias concurrentes."

**QUINTO.-** Ciñéndonos al supuesto de autos, del expediente administrativo y de las pruebas practicadas en autos, la pericial propuesta por la parte actora del doctor don Pedro Santos Canónico, cuyo informe figura en el expediente administrativo y fue objeto de ratificación en el acto de la comparecencia celebrada el 5 de julio de 2010, y el informe del perito propuesto por la entidad privada codemandada don , que figura incorporado a los autos con la contestación a la demanda presentada por esta parte, y que también fue objeto de ratificación en la citada comparecencia, y especialmente (dado el mayor alcance y profundidad del estudio de la historia del paciente y lo fundado de sus conclusiones), el informe prestado por el Inspector Médico don , hay que concluir que de los títulos de imputación de la responsabilidad patrimonial esgrimida en la demanda, consta acreditado que concurre el de la deficiente, mala praxis en la asistencia médica prestada al paciente. No se estiman justificados los títulos concernientes a la falta de consentimiento informado, pues no hay que olvidar que el paciente fue remitido al Hospital de la Feina para la realización de un tratamiento de rehabilitación, no habiendo recibido en el mismo acto médico que hiciese necesario un consentimiento escrito del paciente, entendiéndose que el paciente prestó para las asistencia médica recibida el consentimiento verbal en cada momento requerido. Por otra parte dados los antecedentes médicos que presentaba el paciente tampoco tiene fundamento la exigencia de responsabilidad en base a la doctrina del daño desproporcionado.

La parte actora alega en la demanda que hubo una mala praxis médica por haber padecido D. [REDACTED] una infección hospitalaria consistente en absceso en brazo izquierdo que se relaciona con una mala colocación del catéter intravenoso, deficiente seguimiento y falta del adecuado tratamiento antibiótico. Alegándose en la demanda que de haberse instaurado un procedimiento diagnóstico



terapéutico medicamentoso y antibiótico a tiempo y forma desde las primeras horas del día 4 de abril del 2007 o al menos desde el día 12 de abril del 2007 el paciente no hubiese entrado en deterioro y empeoramiento siendo su pronóstico de supervivencia mucho mejor.

En el presente caso consta acreditado que muy posiblemente la secuencia flebitis-celulitis-absceso en cara anterior del brazo izquierdo del paciente padecida durante el ingreso en el Hospital de la Reina pudiera haber sido la puerta de entrada de la sepsis y posterior endocarditis infecciosa diagnosticada en el estudio de necropsia que fue uno de los desencadenantes principales del obito de este enfermo.

No consta acreditado que haya habido una mala colocación del catéter intravenoso. Por el contrario si consta acreditado que ha habido un deficiente control de la evolución de dicha flebitis y un retraso en el tratamiento médico, antibiótico intravenoso, correcto así como un retraso en el tratamiento del foco infeccioso local, flebitis-celulitis en cara anterior del brazo izquierdo.

La existencia de dicha mala praxis queda acreditada en las conclusiones del informe prestado por el Inspector Médico que figuran al folio 191 del expediente administrativo que dice: "Durante el ingreso en el Hospital de la Reina el paciente padece un proceso de infección nosocomial con posible inicio en el día 6/04/07 y que en la historia se concreta como flebitis y celulitis en cara anterior del brazo izquierdo, documentadas el día 11 de abril del 2007, e infección urinaria en la analítica del día siguiente, cumpliendo criterios de sepsis. En este proceso infeccioso interviene de forma importante los factores intrínsecos del paciente que aumentaba su susceptibilidad a este tipo de padecimientos así como a una mayor gravedad de los mismos. Por este proceso infeccioso el paciente estaba recibiendo desde el día 6/4/07 levofloxacinó vía oral al que se añadió cloxacilina el día 11/4/07. Tratamiento a pesar del cual el proceso evoluciona de forma desfavorable cumpliendo criterios de gravedad el día 14/4/07 con afectación del estado de conciencia, a pesar de lo cual se mantiene el tratamiento por vía oral de la cloxacilina y no se alude en la historia al foco infeccioso local del brazo izquierdo del paciente que requeriría drenaje y desbridamiento al reingreso en el Hospital el Bierro".

Ha de tenerse en cuenta que en las "consideraciones" del informe se indica: "La causa principal del fallecimiento del enfermo a la vista del estudio anatomopatológico se puede establecer en afectación infecciosa nosocomial, que llega a afectar a varios órganos pero en los que se pueden considerar fundamentalmente, por su gravedad, dos entidades: una la endocarditis infecciosa que es diagnosticada en el estudio de necropsia, y otra la neumonía bilateral lobar aguda nosocomial. Además de estos dos procesos infecciosos el paciente también había padecido una infección urinaria y un absceso en la cara anterior del brazo izquierdo".

Añade el informe que: "La flebitis es una de las complicaciones más comunes de una vía venosa, creyéndose que pudiese afectar entre un 27 a 70% de los enfermos que reciben terapia endovenosa. Consiste en una inflamación del endotelio venoso y su origen puede ser mecánico, químico o bacteriano. En este paciente la presencia posterior de un absceso donde se aislaron estafilococos dorados, sugiere una flebitis bacteriana por contaminación de flora



procedente de la piel del paciente, de la que forman parte los estafilococos, ya que no se deducen de la historia otros posibles mecanismos para su producción. Esta flebitis pudo suponer la puerta de entrada de la endocarditis padecida por el enfermo, estuvo producida por gérmenes habituales de la flora cutánea y sin duda se vio favorecida la mayor susceptibilidad al padecimiento de infección y a una mayor gravedad de las mismas de este paciente, susceptibilidad a la que contribuye, entre otras condiciones del enfermo, la presencia de diabetes mellitus".

Se indica en este informe que: "durante su estancia en el Hospital de la Reina el paciente sufrió un proceso infeccioso nosocomial en el que pueden identificarse dos patologías diferentes: una infección de orina y una infección de partes blandas a nivel del brazo izquierdo; la neumonía nosocomial no se desarrolla hasta que no ingresa el paciente en el Hospital El Bierzo, en este sentido la placa radiológica realizada al ingreso en este centro descarta la misma. Es difícil determinar cuándo se inicia este proceso infeccioso, así pudieran considerarse síntomas iniciales de la infección los picos febriles que sufre el día 6 y 7 (...) en este momento no se constata la existencia de un posible foco y se inicia tratamiento antibiótico con levofloxacilo (6/4/2007), con lo que parece mejorar el paciente. El segundo momento es el inicio del proceso infeccioso localizado en partes blandas del brazo izquierdo del paciente que parece concretarse en la historia clínica en el día 11/4/2007 como celulitis en brazo local según anotación de facultativo y de flebitis según la de enfermería, siendo lógico pensar que inicialmente se presenta la flebitis y que su evolución posterior a nivel local da lugar a la celulitis que acabará por organizarse dando lugar al absceso que hubo que drenar en el Hospital El Bierzo. Siendo el día 11 cuando se añade al tratamiento antibiótico inicial clonacilina oral (antibiótico al que el antibiograma del Hospital El Bierzo mostraba sensibilidad el germen) y medidas locales." Concluye el citado Inspector que: "Por tanto las medidas adoptadas por el Hospital de la Reina hasta este momento parecen adecuadas a la situación del paciente".

Añade el citado informe que: "Si bien el momento de inicio del proceso infeccioso del paciente es dudoso, parece más claro cuando se produce un importante agravamiento del mismo, agravamiento que aparece marcado por la afectación del estado de conciencia del paciente que empieza a constatar en la historia clínica el día 14/4/2007, previamente (muestras del día 12) se habían obtenido cifras de 25.000 leucocitos y abundantes gérmenes en sedimento de orina a pesar del tratamiento con levofloxacino. Fecha esta la del 14 en la que se puede considerar que se está ante una sepsis grave. Se entiende por sepsis a la respuesta sistémica inflamatoria ante la agresión de una infección documentada (cultivos o tinción de Gram en sangre, esputos, orina etc.) y que se caracteriza por la presencia de dos o más de los siguientes (...). En cuanto al tratamiento, aparte del tratamiento de soporte que pueda requerir el enfermo, incluye tratamiento antibiótico a altas dosis por vía endovenosa con fármacos bactericidas o combinaciones sinérgicas así como el tratamiento de un posible foco de sepsis abordable localmente (drenaje, desbridamiento, extracción de cuerpos extraños, etc.). La mortalidad esta patología se sitúa entre el 20 al 35% en los pacientes con sepsis grave y entre el 40 y el 60% el que sufre shock séptico. En este paciente se presentaron signos de gravedad de



sepsis a partir del día 14/4/2007 que si bien supusieron el que se cambiase la administración del levofloxacino a vía intravenosa, manteniendo la cloxacilina por vía oral, no se hace referencia a la infección de partes blandas del brazo izquierdo que se estaba abscesificando precisando drenaje y desbridamiento al ingreso en el Hospital del Bierzo".

En consecuencia, consta acreditado que ha habido una defectuosa asistencia sanitaria en los términos antes constatados de retraso en el tratamiento médico correcto pues el día 14/4/07, acreditada una situación de sepsis grave en el paciente el protocolo exigía un tratamiento antibiotico a altas dosis por vía endovenosa con farmacos bactericidas o combinaciones sinérgicas, así como el tratamiento de un posible foco de sepsis abordable localmente. Sin embargo, consta que el día 14/4/2007 con signos de sepsis grave si bien se cambio la administración del levofloxacino (antibiótico) a vía intravenosa, se mantuvo la cloxacina (antibiótico específico para la celulitis del brazo izquierdo) por vía oral; y sin que se conste tratamiento local de la infección del brazo izquierdo. Con esta actuación se causó una pérdida de oportunidad al paciente de lograr su recuperación.

Concurren por consiguiente los presupuestos requeridos en el artículo 139 de la Ley 39/92, antes referidos, para que suija la responsabilidad patrimonial de la administración. Dicha responsabilidad se exige a la Administración sanitaria, Consejería de Sanidad, conforme a los concretos términos del suplico de la demanda, con independencia de que la asistencia médica deficiente se haya realizado en el centro privado concertado al que el Servicios Públicos de Salud remitió el paciente, y al margen, claro está, de la facultad de repetición frente al mismo de la indemnización reconocida a la parte actora.

En lo que se refiere a la cuantificación de la indemnización que tienen derecho a percibir las actoras en su calidad de esposa e hija de don [REDACTED], y teniendo en cuenta que lo que se indemniza es una pérdida de oportunidad de haberse recuperado el paciente de la patología de sepsis grave presentada el 14/4/2007, por retraso en el tratamiento médico adecuado, teniendo en cuenta que la mortalidad de esta patología como se indica en el informe de la Inspección médica se sitúa entre el 20 y el 35 por ciento de los casos, así como los importantes antecedentes médicos que presentaba el paciente y que le ocasionaban una importante susceptibilidad de padecer procesos infecciosos así como agravar las consecuencias de los mismos, destacando que había presentado casos de sepsis previas, se estima que la indemnización que corresponde a la actora, doña XXXXXXXX XXXXXXXX XXXXXXXX, como esposa de don [REDACTED] es la de 45.000, y a XXXXXXXX XXXXXXXX XXXXXXXX XXXXXXXX, como hija de aquél, la de 4.000 €, cantidades que están actualizadas a la fecha de esta resolución.

Ha de indicarse que no procede reconocer cantidad alguna indemnizatoria a doña XXXXXXXX XXXXXXXX XXXXXXXX dado que el escrito de interposición del recurso se presentó exclusivamente por la representación de aquellas, doña XXXXXXXX XXXXXXXX y doña XXXXXXXX, y el poder que se acompañó a dicho escrito de interposición fue



otorgado exclusivamente por aquellas dos señoras. De esta forma mediante providencia de 25 de junio de 2008 se tuvo por personada como parte recurrente exclusivamente a aquellas dos actoras.

**SEXTO.-** Los razonamientos precedentes llevan a la estimación parcial del recurso; sin que proceda hacer expreso pronunciamiento en materia de costas, según el tenor del art. 139.1 de la Ley de la Jurisdicción.

Vistos los preceptos legales citados y demás de general y pertinente aplicación,

**FALLAMOS**

Que debemos estimar y estimamos parcialmente el recurso contencioso administrativo núm. 1853/08, interpuesto por la representación de doña XXXXXXXX XXXXXXXX XXXXXXXX XXXXXXXX y doña XXXXXXXX XXXXXXXX XXXXXXXX, y anulamos por su disconformidad con el ordenamiento jurídico la actividad administrativa impugnada y declaramos el derecho de las actoras a ser indemnizadas por la Administración demandada en la suma de 4.000 € (cuatro mil €) favor de doña XXXXXXXX XXXXXXXX XXXXXXXX XXXXXXXX, y de 45.000 € (cuarenta y cinco mil €) a favor de doña XXXXXXXX XXXXXXXX XXXXXXXX, más el interés desde la fecha de notificación de esta sentencia que dispone el art. 106.2 de la Ley de la Jurisdicción; y desestimamos las restantes pretensiones de la demanda. Sin costas.

Así por esta nuestra Sentencia lo pronunciamos, mandamos y firmamos.

Esta sentencia es firme, contra la misma no cabe recurso ordinario alguno.

**PUBLICACIÓN.-** Leída y publicada fue la anterior sentencia por la Ilma. Sra. Magistrada Ponente que en ella se expresa en el mismo día de su fecha, estando celebrando sesión pública la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, de lo que doy fe.