



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 2 8 7 / 2 0 0 7

(Sección 1ª)

La Laguna, a 26 de junio de 2007.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por M.M.C.D., en nombre y representación de A.S.G., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 242/2007 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. Se dictamina sobre la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución elaborada por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, integrado en la Administración de la Comunidad Autónoma, por la que se propone desestimar la reclamación de indemnización por daños que, se alega, se han producido por el funcionamiento del servicio público sanitario y que ante ella se presenta por la interesada en el ejercicio del derecho indemnizatorio contemplado en el Ordenamiento Jurídico, en el art. 106.2 de la Constitución (CE), en exigencia de la correspondiente responsabilidad patrimonial del titular del servicio, por estimar deficiente la actuación de los servicios sanitarios.

2. La solicitud del Dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC). Está legitimada para solicitarla la Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 LCCC.

3. La representante de la interesada manifiesta que con antecedentes de diabetes insulino-dependiente e insuficiencia renal crónica en diálisis ingresa el 16 de

* **PONENTE:** Sr. Bosch Benítez.

diciembre de 2000 en el Servicio de Oftalmología del HUC al habersele diagnosticado hemovítreo en el ojo izquierdo, que pudo estar causado por su enfermedad original al presentar también retinopatía (según informe del forense), de modo que, como medio curativo indicado, se le practicó vitrectomía y crioterapia periférica el 18 de diciembre de 2000, constando formulario de consentimiento informado, firmado por el médico asistente y el paciente.

4. Por la correcta evolución clínica aparente tras la operación, se le da el alta el 19 de diciembre de 2000, manteniéndose los tratamientos de sus dolencias previas y pautándose el del ojo operado con sólo dos colirios a administrarse por la paciente en su domicilio.

Sin embargo, menos de 24 horas después del alta, la paciente acude al Servicio de Urgencias del HUC con evidentes síntomas de un proceso infeccioso en el ojo izquierdo, incluida la misma reacción fibrinoide que presentaba al dársele el alta, como consta en su historia clínica, lo que es sugestivo de endoftalmitis, por lo que es ingresada en el Servicio de Oftalmología de nuevo y recibe tratamiento inmediato de antibióticos y antiinflamatorios, así como diversos colirios.

Realizados los pertinentes estudios microbiológicos de cultivos de secreción conjuntival y de humor vítreo del ojo afectado, se confirma la existencia de la endoftalmitis y que la infección la ha producido la acción de dos bacterias encontradas en esos cultivos, la *pseudomona aeruginosa*, en los dos, y la *corynebacterium macginleji*, en uno.

5. La enferma sigue siendo tratada intensivamente en el Servicio hasta que, no respondiendo al tratamiento satisfactoriamente y habida cuenta de su patología básica, se decide intervenirla de nuevo, con consentimiento firmado por su hijo, para realizar la enucleación del ojo izquierdo, recibiendo el alta el 3 de enero de 2001.

6. Por último, se señala que se ha producido un daño a la interesada consistente en la pérdida del ojo operado y en una profunda depresión derivada de ello y de la limitación existencial que comporta, siendo una persona activa y teniendo un esposo casi ciego; perjuicios derivados de la endoftalmitis causada por infección hospitalaria tras la operación inicial, que no debió ocurrir y que se trató demasiado tarde al recibirse el alta enseguida.

Por ello se reclama una indemnización de 36.060,73 €, por ser exigible responsabilidad civil de los médicos intervinientes, negligentemente se dice, y del

HUC solidariamente, aunque tal responsabilidad es administrativa y ha de exigirse mediante esta vía, como efectivamente ha sucedido.

7. Son de aplicación tanto la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC), como el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (RPRP), aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, siendo una materia no desarrollada por la Comunidad Autónoma de Canarias, aun teniendo competencia estatutaria para ello.

II

1 a 7.¹

8. Por otra parte, en cuanto a la concurrencia de los requisitos constitucional y legalmente previstos para hacer efectivo el derecho indemnizatorio, contenidos en el art. 106.2 de la Constitución y desarrollados en los arts. 139 y siguientes de la Ley 30/1992, se observa lo siguiente:

- La afectada es titular de un interés legítimo, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 139.1 LRJAP-PAC, puesto que alega haber sufrido un daño personal derivado del funcionamiento inadecuado del servicio público sanitario. Por lo tanto, tiene legitimación activa, pudiendo presentar la correspondiente reclamación en este procedimiento en virtud de lo dispuesto en el art. 142.1 LRJAP-PAC.

- La competencia para tramitar y resolver la reclamación corresponde al Servicio Canario de la Salud, por ser el titular de la gestión del servicio prestado.

- En cuanto al plazo para reclamar, concurre este requisito, ya que se ha reclamado dentro del plazo legalmente previsto en el art. 142.5 LRJAP-PAC.

- El daño por el que se reclama es efectivo, evaluable económicamente e individualizado en la persona de la interesada, de acuerdo con lo prescrito en el art. 139.2 LRJAP-PAC.

III

1. La Propuesta de Resolución objeto de este Dictamen es de carácter desestimatorio, puesto que se considera que no concurre relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio y el daño sufrido por la afectada, ya que se ha

¹ Texto suprimido al ser mera descripción de hechos y/o trámites.

actuado, en lo que respecta a las condiciones higiénicas del quirófano y el instrumental, a la ejecución de la intervención y al tratamiento postoperatorio, conforme a la *lex artis*. Además, se ha informado debidamente a la paciente de todo lo relacionado con la referida intervención, habiendo prestado adecuadamente su consentimiento a su realización por lo que asumió los riesgos inherentes a ella, incluida la posible infección, que conocía.

2. La interesada considera que la infección sufrida por ella y que derivó en la enucleación de su ojo izquierdo, con lo que ello conlleva, fue de origen hospitalario, no habiéndose actuado diligentemente en su caso, disponiendo su alta médica de inmediato sin esperar a comprobar su evolución, por lo que no se controló debidamente su postoperatorio, ya que por sus circunstancias especiales, diabetes mellitus insulino dependiente e insuficiencia renal crónica sometida a diálisis, tiene una mayor propensión a sufrir infecciones, careciendo de un sistema inmunológico adecuado para hacerles frente de forma eficaz.

3. La primera cuestión que se ha de examinar es la relativa la infección causante directa del daño. La Administración, en los Informes médicos aportados al procedimiento, afirma que la referida infección tenía un origen extrahospitalario, siendo el patógeno causante de la misma y del daño, la *pseudomonas aeruginosa* y no la otra bacteria encontrada en los análisis, puesto que "Las bacterias aisladas deben su presencia en el ojo, no a una contaminación achacable ni al instrumental ni a ningún otro elemento interviniente en el acto quirúrgico, sino como es bien conocido científicamente, forma parte de la propia flora bacteriana del paciente (...) "Que la *pseudomonas aeruginosa*, que ha sido de las dos bacterias la única responsable del cuadro de endoftalmitis, es una de las bacterias más difundidas en el ambiente extrahospitalario, ya que su hábitat está ligado en la naturaleza a ambientes en general húmedos (...)"

4. Este argumento lo complementa la Administración con la información referida al quirófano y al instrumental, manifestándose en dichos escritos lo siguiente: "Que en la cirugía ocular, como en el resto de cirugías, se hace una preparación tópica del campo operatorio con agentes antimicrobianos que, como está bien descrito, disminuyen notablemente la población bacteriana de la superficie ocular, pero evidentemente no la esterilizan". Además, se manifestó que el material quirúrgico y el quirófano se encontraban en las debidas condiciones higiénicas, encargándose de ellas el personal de enfermería y una auditoria externa.

Por lo tanto, parece razonable considerar que la infección no se produjo durante la intervención quirúrgica, sino durante el tratamiento postoperatorio de la propia herida quirúrgica, a causa de un patógeno propio del ojo.

5. Partiendo de la aseveración anterior, admitida y deducida de lo afirmado por la Administración, la infección no es estrictamente nosocomial y se produjo en el postoperatorio realizado fuera del Centro. En este sentido, cabe decir que su origen se debe a que el tratamiento y el seguimiento de la herida quirúrgica de la afectada no fueron los adecuados.

En efecto, ésta padecía una diabetes mellitus insulino dependiente, con insuficiencia renal crónica sometida a diálisis, señalándose en la propia Propuesta de Resolución: "Reiteramos que a todo ello cabe añadir que la propia paciente tenía factores que impidieron o, en su caso, disminuyeron la activación de sus mecanismos autoinmunes o defensa a la infección adquirida, ya que la misma padecía enfermedades crónicas como diabetes mellitus insulino dependiente con insuficiencia renal crónica sometida a diálisis". Justamente, éstas son las circunstancias especiales a las que hace mención este Organismo, las cuales, siendo más que evidentes, no se dan en la totalidad de los pacientes intervenidos, por lo que son especiales, extraordinarias e incluso excepcionales, y por ende, propias de la afectada y específica paciente del caso.

6. Este dato conocido y que tuvieron que tener en cuenta los Doctores intervinientes, no dio lugar a un tratamiento, un seguimiento y, por lo tanto, un postoperatorio de la afectada especial y personalizado, teniendo un mayor cuidado que con un paciente que careciera de las referidas características o circunstancias. Por el contrario, se afirma lo que sigue: "La baja frecuencia y probabilidad de panoftalmia no justifica prolongar el ingreso de este tipo de pacientes. Este Servicio, siguiendo las pautas habituales en cualquier centro de similares características ha continuado reduciendo las estancias de esta y otras patologías, hasta el punto que actualmente se realizan en gran medida de forma ambulatoria. El tratamiento de colirios administrado fue el habitual en estos casos". Por lo que queda claro que la atención médica fue la habitual en una operación y asistencia normal, pero no las propias del caso y acordes con las específicas características de la afectada.

Así, por estas características personales el tratamiento y los cuidados de la paciente no debieron ser los habituales, tuvieron que ser los propios de una persona con sus dolencias y padecimientos, por lo que debió permanecer más tiempo

ingresada, en observación, pues sólo en el Hospital, con los medios personales y materiales con los que éste cuenta, se hubieran podido mantener durante el postoperatorio las condiciones de asepsia que se mantuvieron durante la operación, reduciendo el número de bacterias en la superficie de su ojo. Por otra parte, el control de los Doctores hubiera sido no sólo cualificado, sino más periódico, dando lugar a una respuesta inmediata a la infección y logrando con ello evitar o disminuir sus consecuencias. Por lo demás, puede ser significativo que en el ingreso por infección la paciente tuviera idéntica reacción fibrinoide que al dársele el alta tras ser operada.

7. En esta línea, no cabe mantener sin más que la evolución de la infección hubiera sido la misma independientemente del lugar y los cuidados que se le hubieran prestado, pues es evidente que no son los mismos ni los medios, ni el seguimiento de la evolución realizado por la paciente en su domicilio, que el efectuado por los Doctores en el propio Hospital.

A mayor abundamiento y en este sentido, tampoco se produjo una actuación adecuada al caso en relación con la eventual infección del ojo operado, tras la intervención quirúrgica, pues no se le facilitó la información que debe darse a la paciente sobre su enfermedad y tratamiento, para consentir éste, como luego se insistirá. Así, no sólo no se extremó el celo para evitar la infección con presencia de medicamentos pertinentes a la especificidad del caso y los especiales riesgos de infección por actuación de las bacterias naturales de la afectada, sino que no se le advirtió de tal eventualidad a los efectos procedentes, incluido un riguroso cuidado en la toma de los medicamentos prescritos, en evitar determinadas actividades y en atender a cualquier síntoma de infección.

8. En lo relativo al consentimiento informado, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 10.1 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Reguladora de la Autonomía del Paciente, se establece, en relación con el consentimiento informado, lo siguiente: "El facultativo proporcionará al paciente, antes de recabar su consentimiento escrito, la información básica siguiente:

a) Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad.

b) los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.

c) Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.

d) Las contraindicaciones” .

Además, este Organismo ha declarado reiteradamente que todo paciente de cualquier intervención quirúrgica ha de prestar por escrito dicho consentimiento; y es que el documento suscrito a tal propósito sirve para acreditar el cumplimiento por la Administración de su obligación de informar al paciente, tras comunicarle el diagnóstico y pronóstico de su enfermedad, sobre el tratamiento que su terapia precisa, con sus riesgos y posibles secuelas negativas, así como sus alternativas. De constar dicho documento, puede concluirse así que el paciente asume voluntariamente los riesgos al decidir someterse a la operación, formando ésta parte de dicho tratamiento. El consentimiento informado constituye de este modo uno de los títulos jurídicos que obliga a soportar la materialización de los riesgos de un acto médico.

9. En este supuesto, no se informó a la paciente de forma personalizada, teniendo en cuenta sus dolencias y padecimientos previos, de modo que estos podían aumentar los riesgos propios de la intervención; por el contrario, a la afectada se le informó por medio de un documento o formulario preestablecido y aplicable a todo paciente, independientemente de las características personales de cada uno de ellos. Y tampoco se le informó de forma personalizada de los riesgos referidos al postoperatorio, sino sólo a los relativos a la intervención quirúrgica, excluyendo toda referencia a los anteriores, por lo que el consentimiento informado se ha prestado de forma inadecuada tanto por su carácter abstracto y generalizado como por haberse informado de los riesgos de forma parcial, produciéndose finalmente un daño durante el postoperatorio, periodo en el que no constaba, en el documento firmado por la paciente, que pudiera acaecer lo sufrido por ella.

10. En este caso, no se ha actuado conforme a la *lex artis*, pues durante el postoperatorio no se le practicaron ni las medidas preventivas ni el control de su evolución necesario y adecuado a sus circunstancias personales para impedir una infección como la sufrida y sus consecuencias, optándose por aplicarle las mismas medidas y cuidados que a un paciente que careciera de dichas circunstancias. Además, el consentimiento informado no se ha prestado de forma correcta con arreglo a lo ya expuesto, por lo que el funcionamiento del servicio ha sido inadecuado.

11. Por lo tanto, ha quedado debidamente acreditada la existencia de relación de causalidad entre el funcionamiento inadecuado del servicio y el daño sufrido por la afectada.

12. La Propuesta de Resolución, de carácter desestimatorio, no ha sido conforme a Derecho de acuerdo con las razones expuestas con anterioridad.

En lo relativo a la indemnización, ésta debe ser la resultante de aplicar las tablas de valoración previstas para el año 2000, que fue cuando se produjo la pérdida del ojo, reparándose con ella de forma integral el daño sufrido.

La cuantía de la indemnización deberá ser actualizada en virtud de lo dispuesto 141.3 LRJAP-PAC.

CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución examinada no se ajusta al Ordenamiento Jurídico, toda vez que ha quedado acreditada la relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio y el daño producido, debiéndose indemnizar a la reclamante en la forma expuesta en el Fundamento III.12.