



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 100/2008

(Sección 2ª)

La Laguna, a 18 de marzo de 2008.

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 A.B.R.P., por daños ocasionados como consecuencia de infección hospitalaria, y falta de atención y de información (EXP. 256/2007 IDS)*.*

FUNDAMENTOS

I

El objeto del presente Dictamen, solicitado por la Sra. Consejera de Sanidad, es una Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial por daños que se imputan al Servicio Canario de la Salud, Organismo Autónomo de la Administración autonómica. De la naturaleza de esta Propuesta se deriva la legitimación del órgano solicitante, la competencia del Consejo y la preceptividad del Dictamen según los arts. 12.3 y 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación este último precepto con el art. 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP), aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

II

1. En el presente expediente se cumple el requisito de legitimación activa de la reclamante, al pretender el resarcimiento de un daño cuyo origen imputa a la asistencia sanitaria que le fue prestada su esposo con ocasión de una intervención quirúrgica y como consecuencia de la cual presuntamente se produjo su fallecimiento.

* **PONENTE:** Sr. Reyes Reyes.

Se cumple igualmente la legitimación pasiva de la Administración autonómica, actuando mediante el mencionado Servicio, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

La reclamación fue presentada el 18 de mayo de 2005, habiéndose producido el fallecimiento del esposo de la interesada el 10 de diciembre de 2004, por lo que no puede ser calificada de extemporánea al no haber transcurrido, desde esta última fecha, el plazo de un año desde que al efecto prevé el art. 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC).

La competencia para incoar y resolver los procedimientos de responsabilidad patrimonial la ostenta el Director del Servicio Canario de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, añadido por la Ley 4/2001, de 6 de julio, de Medidas Tributarias, Financieras, de Organización y Relativas al Personal de la Administración Pública de Canarias.

Mediante Resolución de 22 de abril de 2004, del Director del Servicio Canario de la Salud, se delega en la Secretaría General del Servicio la competencia para la incoación o admisión a trámite de todos los expedientes de responsabilidad patrimonial derivados de la asistencia sanitaria (Resuelvo Segundo.2). La misma Resolución delega en los Directores Gerentes de los Hospitales del Servicio Canario de la Salud de las Áreas de Salud de Tenerife y de Gran Canaria y Gerentes de Servicios Sanitarios de las Áreas de Salud de La Palma y Lanzarote la competencia para la tramitación de los procedimientos de responsabilidad patrimonial que se deriven de su respectivo ámbito de actuación, por lo que en el presente caso corresponde la misma a la Secretaría General la incoación y al Director Gerente del Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, como así ha sido llevado a cabo.

Finalmente, la Propuesta de Resolución es competencia de la Secretaría General del Servicio Canario de Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 15.a) del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de Salud.

Por lo que se refiere a los aspectos procedimentales, se han observado los trámites legal y reglamentariamente previstos, con excepción del plazo para resolver, ya transcurrido en el momento de solicitud de Dictamen a este Consejo. La

demora producida no impide sin embargo la resolución del procedimiento, pesando sobre la Administración la obligación de resolver expresamente, a tenor de lo establecido en los arts. 42.1 y 43.4.b) LRJAP-PAC.

2. Este Consejo acordó, con fecha 3 de julio de 2007, solicitar de la Administración actuante, en relación con el presente procedimiento, determinada documentación complementaria. Recabada ésta, se ha procedido por el órgano instructor, como resulta preceptivo al haberse incorporado al expediente nuevos informes médicos, al otorgamiento de un nuevo trámite de audiencia a la interesada, que ha presentado alegaciones en el plazo conferido al efecto. Cumplimentado este trámite, se ha procedido a la elaboración de una nueva Propuesta de Resolución. Esta documentación ha tenido entrada en este Organismo el 27 de febrero de 2008.

III¹

IV

1. La Propuesta de Resolución culminatoria del presente procedimiento desestima la reclamación presentada por entender que no concurren los requisitos legalmente exigidos para que proceda la declaración de responsabilidad de la Administración.

La interesada basa su reclamación en dos motivos. En primer lugar, considera que el fallecimiento de su esposo se debió a la contracción de una infección en el quirófano donde fue intervenido de la apendicitis padecida, teniendo constancia de que por la Dirección del Hospital se procedió al cierre del mismo. Unido a ello, manifiesta que la atención sanitaria prestada en los días previos al ingreso del paciente (que posteriormente concreta en el día 8 de diciembre) en la Unidad de Medicina Intensiva no fue la adecuada. En segundo lugar, fundamenta la citada reclamación en la falta de información acerca de la gravedad de la enfermedad.

Por lo que se refiere a la infección, consta acreditado en el expediente que el paciente efectivamente falleció como consecuencia de un shock séptico y no de la enfermedad de base padecida (rabdomyosarcoma embrionario). Sin embargo, de acuerdo con el informe del Servicio de Medicina Preventiva, la infección por enterobacterias y candidas sufrida por el paciente fue de tipo endógeno (flora bacteriana del propio enfermo) y no imputada al quirófano donde fue intervenido,

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

debido a que reunía las condiciones ambientales, higiénicas y de asepsia según los protocolos establecidos por la Comisión de Infecciones y el Servicio de Medicina Preventiva y no consta ninguna alteración de dichas normas. Además, no fue intervenido en los quirófanos que estaban cerrados preventivamente en esas fechas (quirófanos de traumatología) por presentar contaminación ambiental por hongos del tipo *aspergillus spp* exclusivamente.

La infección padecida, de tipo endógeno, no fue pues consecuencia de la falta de asepsia del quirófano donde fue practicada la intervención, sino debida al propio estado previo del paciente, inmunodeprimido como consecuencia del tratamiento aplicado para tratar de curar su enfermedad de base, por lo que no puede considerarse causada por el funcionamiento del servicio público sanitario.

Ahora bien, siendo ello así, es necesario además que en la asistencia sanitaria prestada se pusieran todos los medios posibles para tratar de evitar que el riesgo de infección se concretara, máxime teniendo en cuenta el estado de salud previo del paciente y, en caso de no poder evitarse, tratarlas en debida forma. Es decir, la adecuación a la *lex artis* exige que por parte de los Servicios sanitarios se pongan todos los medios para prevenir la infección y, si a pesar de ello ésta se produce, pautar el tratamiento adecuado para controlarla o para evidenciar el carácter inevitable de aquélla.

En el presente caso, consta acreditado que en el momento de la intervención quirúrgica se tuvo en cuenta el estado previo del paciente y se pautó tratamiento antibiótico de amplio espectro. En este sentido, expresamente se señala en el informe del Servicio de Cirugía General y Digestiva y consta en la historia clínica que tanto antes de la intervención quirúrgica como después, en el postoperatorio, se mantuvo tratamiento con imipenem, antibiótico de uso hospitalario y de amplio espectro, dada su situación de inmunodepresión, adecuado para cubrir espectro de gérmenes correspondientes a la patología abdominal hallada y tratada en la intervención. Este tratamiento se mantuvo durante siete días (3 al 10 de noviembre.), teniendo en cuenta que el cultivo de líquido peritoneal tomado en la intervención resultó positivo a *clostridium septicum*, sensible al citado antibiótico. Se pautó por consiguiente tratamiento médico adecuado para tratar de prevenir posibles infecciones, lo que resulta adecuado a la *lex artis*.

Por otra parte, durante la estancia hospitalaria tras esta intervención, el paciente presentó dolor abdominal persistente, diarrea, vómitos y fiebre. Tras las diversas pruebas realizadas se diagnosticó una colitis infecciosa, compatible con

colitis pseudomembranosa, para la que recibe tratamiento adecuado, de acuerdo con el informe del Servicio de Oncología emitido a instancia de este Consejo, en el que se señala que la candidemia se desarrolló tras la presencia de una colitis tóxica masiva y que el germen causal había sido tratado con las pautas adecuadas.

Pero es que, además, de acuerdo otra vez con lo que consta en la historia clínica y se reitera en la declaración efectuada por el facultativo especialista en aparato digestivo durante el desarrollo de la prueba testifical, el paciente inició tratamiento el 23 de noviembre, ante la presencia de fiebre, con Anfotericina B que es el medicamento de elección contra hongos y ante la no respuesta de la fiebre con este medicamento se le puso el 30 de noviembre una medicación de segunda línea contra hongos con caspofungina, que es para resistencia al primer medicamento. El paciente por lo tanto recibió tratamiento para la infección presentada, no siendo hasta el 8 de diciembre cuando se objetivó, a través del hemocultivo realizado el anterior día 26 de noviembre, que se trataba de *cándida albicans*. En la misma declaración testifical el citado facultativo añade que si la UVI recibió la información de que se trataba de una cándida es que era una cándida multirresistente. Por tanto, a la vista de esta afirmación, no puede plantearse la incorrección del tratamiento pautado, sino que, a pesar de haberse suministrado, no se pudo conseguir la remisión de la infección.

Finalmente, una vez ingresado en la Unidad de Medicina Intensiva, se le pautó también al paciente tratamiento de amplio espectro, que sin embargo no pudo lograr la curación de la enfermedad.

Procede concluir por consiguiente que en la asistencia sanitaria se pusieron los medios adecuados tanto para tratar de prevenir la infección como con posterioridad, una vez concretada ésta en un paciente que se encontraba inmunodeprimido debido al tratamiento pautado para su enfermedad de base.

2. En segundo lugar, la reclamante considera que la atención sanitaria no fue la adecuada a partir del día 8 de diciembre, dado que no acudió ningún especialista en oncología ni neurología a visitar al paciente, sino el especialista en digestivo que se encontraba de guardia.

De acuerdo con las declaraciones testificales de los facultativos que habían tratado al paciente, durante los días señalados por la reclamante las guardias las realizan facultativos de medicina interna en general, por lo que en ocasiones pueden ser oncólogos, pero en otras no. Se añade que en ningún hospital de la región hay

oncólogo de guardia por lo que los problemas que presenten los pacientes oncológicos los resuelve cualquier especialista de medicina interna de guardia.

En el presente caso, el paciente fue valorado el día 8 por el facultativo especialista en digestivo, que era el que se encontraba de guardia y que acudió en dos ocasiones y, tras apreciar el shock séptico padecido, avisa a UVI para su traslado tras la práctica de un TAC craneal y la retirada del dispositivo endovascular. El paciente no se encontró por consiguiente desatendido en las fechas citadas por la reclamante.

3. Finalmente, también considera la reclamante que no recibió información acerca de la gravedad de su esposo. Sin embargo, consta en la historia clínica que los familiares fueron informados por el Servicio de Medicina Interna con fecha 8 de diciembre, del estado del paciente en ese momento y de la pauta a seguir (valoración por el neurólogo), así como por el Servicio de Oncología al día siguiente, anotándose expresamente en la historia clínica que “se informa a la familia del pobre pronóstico”. En el mismo sentido, en el informe emitido por el Jefe del Servicio de Medicina intensiva también se deja constancia de que el médico de guardia, en su primer contacto con la familia, le dejó constancia de la extrema gravedad que presentaba el paciente. La documentación obrante en el expediente deja pues constancia de la información ofrecida a la reclamante y sus familiares.

Por todo ello, procede concluir que no existe nexo causal entre la actuación sanitaria y el daño alegado, ya que éste es consecuencia de una infección de carácter endógeno padecida por el esposo de la reclamante que fue debida a su estado de salud previo y para la que se adoptaron las medidas pertinentes por el Servicio público sanitario, a pesar de lo cual se produjo su fallecimiento, por lo que no procede la declaración de responsabilidad patrimonial de la Administración.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución se considera ajustada a Derecho en base a los razonamientos expresados en el Fundamento IV de este Dictamen.