



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 7 9 / 2 0 1 0

(Sección 1ª)

La Laguna, a 23 de febrero de 2010.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por M.L.H.G., por el fallecimiento de J.R.G., como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 20/2010 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. Mediante escrito de 7 de enero de 2010, la Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias solicita de este Consejo Dictamen preceptivo por el procedimiento ordinario, de conformidad y al amparo de los arts. 11.1.D.e), 12.3 y 20.1 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, y 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, respecto a la Propuesta de Resolución que finaliza el procedimiento de reclamación de indemnización por responsabilidad patrimonial incoado a instancia de M.L.H.G. (la reclamante) por el fallecimiento de su marido, J.R.G., con ocasión de la asistencia sanitaria prestada por Servicios dependientes del Servicio Canario de la Salud. Daño que en el escrito de reclamación se imputa a la deficiente asistencia, internamiento tardío e infección nosocomial adquirida durante el mismo, que acabó causando una crisis respiratoria que culminó con el óbito.

Como compensación del daño causado, incluidos los daños morales, la reclamante solicita una cantidad alzada de un millón de euros.

* **PONENTE:** Sr. Bosch Benítez.

2. El procedimiento tramitado y concluido ha seguido, con carácter general, las previsiones legales y reglamentarias de aplicación. En efecto, el procedimiento ha sido iniciado por persona legitimada para ello, en cuanto causahabiente del finado y por ello titular de sus derechos, al ser quien ha sufrido las consecuencias del daño que imputa a la prestación asistencial de diferentes Servicios sanitarios del Servicio Canario de la Salud (arts. 4.2 y 6.1 RPAPRP).

El escrito de reclamación, comienzo del procedimiento que ahora se concluye, fue presentado en el plazo reglamentariamente dispuesto para ello (art. 4.2 RPAPRP), que es de un año. El fallecimiento tuvo lugar el 8 de julio de 2002 y la reclamación tuvo entrada el 14 de mayo de 2003; es decir, en plazo.

La Propuesta de Resolución pone término a un procedimiento en el que se ha dado cumplimiento a los trámites debidos, como los preceptivos informes de los Servicios afectados (art. 10.1 RPAPRP), que son los de Urgencias, Atención Primaria, Medicina Intensiva y Medicina Preventiva; el trámite probatorio (art. 9 RPAPRP), la audiencia de parte (art. 15 RPAPRP) y el preceptivo informe del Servicio Jurídico.

3. Por lo que a los hechos se refiere, resulta que el fallecido ingresó a las 13:08 horas del día 3 de junio de 2002 en el Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario de Nuestra Señora de la Candelaria de Santa Cruz de Tenerife por broncoespasmo torácico. Tras una serie de pruebas, se le da el alta en ese mismo día, recomendándosele "continuar con su tratamiento habitual" y, en su caso, "control por su médico de cabecera".

El día 6 de junio de 2002, ante el empeoramiento de su estado, el paciente acude (haciendo caso a la recomendación realizada en el Servicio de Urgencias) a su médico de cabecera, Centro de Salud del Barrio de la Salud de Santa Cruz de Tenerife, limitándose el facultativo a recetarle una serie de pastillas.

A las 05:30 horas del día 8 de junio de 2002, el paciente debe ser trasladado urgentemente en ambulancia medicalizada al Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario de Nuestra Señora de la Candelaria por broncoespasmo torácico severo, teniendo que ser ingresado en la UMI, donde permanece ingresado 30 días. En el curso del internamiento, contrae una infección respiratoria nosocomial por *pseudomona* que le lleva a su fallecimiento el día 7 de julio de 2002, causada, según el certificado médico de defunción por shock séptico.

A juicio de la reclamante, el fallecimiento se debió a "un cúmulo de malas praxis y actuaciones médicas". En primer lugar, "la falta total de la mínima prudencia

exigible tanto en la actuación médica del Servicio de Urgencias de fecha 3 de junio de 2002, como en la posterior del médico de cabecera de fecha 6 de junio de 2002", al desdeñarse los síntomas preocupantes del enfermo, siendo remitido a su domicilio con tratamiento habitual. En segundo lugar, lo más grave, que el enfermo contrae dentro de la UMI, una infección respiratoria que es la causa fundamental de su muerte.

II

1. La Propuesta de Resolución fundamenta su conclusión desestimatoria en los informes clínicos que figuran en las actuaciones y el curso clínico de la enfermedad y tratamientos aplicados, que se extienden sobre las dos consideraciones en que se sustenta la reclamación: el internamiento tardío del paciente, en primer lugar, y la infección hospitalaria, en segundo lugar. Procede, pues, analizar separadamente ambos aspectos del asunto que se somete a examen de este Consejo.

Por lo que concierne al internamiento tardío, en informe de 6 de febrero de 2004, del Coordinador de Urgencias, se hace constar que al ingreso inicial el paciente presentaba "un cuadro respiratorio de dos días de evolución", pero "las constantes hemodinámicas eran normales". *De hecho, "ni de la exploración física ni del resultado de las pruebas complementarias podía deducirse la necesidad de un ingreso, no reuniendo ningún criterio de ingreso hospitalario", mejorando el paciente "con tratamiento broncodilatador".*

Por su parte, el médico de cabecera, en informe de 20 de abril de 2004, manifiesta que el paciente acudió a consulta por "cuadro de descompensación de su EPOC avanzada". Como "otras muchas veces", tras valorar el cuadro reforcé la medicación "siguiendo los mismos criterios clínico terapéuticos que en otras situaciones similares", aunque en esta ocasión la descompensación no remitió debiendo acudir de nuevo a Urgencias a las 36 horas, tal y como se le había instruido.

De la documentación clínica e informes obrantes en las actuaciones resulta que el paciente no era la primera vez que había acudido por el mismo cuadro a su médico de cabecera, pues anteriormente ya había sufrido otras descompensaciones de las que se había recuperado mediante la aplicación del tratamiento habitual. Son los facultativos intervinientes los que deben valorar los síntomas en razón de la situación actual del paciente y de su historia clínica previa. Las pruebas realizadas daban unos resultados que se movían dentro de la normalidad de un caso que se resolvió

inicialmente mediante tratamiento broncodilatador, al que el paciente respondió, aunque luego recayó. El tránsito desde la Residencia al médico de cabecera y de nuevo a la Residencia fue consecuencia de las variables que presentaba el paciente y que hacían no exigible el ingreso, que sí se produjo cuando sufrió un broncoespasmo torácico severo, del que fue tratado.

Fue justamente con ocasión de este internamiento cuando el paciente contrajo una infección de la que finalmente falleció.

De lo actuado se desprende, sin embargo, que el paciente fue atendido siempre que necesitó atención y fue tratado de conformidad con los síntomas que presentaba, en atención a su historial clínico, en todos los niveles de la asistencia sanitaria y por cuantos Servicios intervinieron. No se aprecia, pues, que el no internamiento inicial ni el tratamiento pautado fueran contrarios a la *lex artis*. Puede que el internamiento previo o anticipado hubiera evitado el broncoespasmo severo, pero lo cierto es que el fallecimiento derivó no del citado broncoespasmo ni de su tratamiento, sino de la infección que contrajo.

2. Por lo que a la cuestión de la infección hospitalaria atañe, el Jefe de Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria emitió informe de 26 de febrero de 2004, según el cual "en la asistencia prestada (...) se utilizaron todos los medios diagnósticos y terapéuticos disponible y que requirió su situación clínica durante la larga y muy complicada evolución de su enfermedad". En lo que respecta a la infección por *pseudomonas*, la misma "está asociada a los factores de riesgo más importantes y habituales que complican a nuestros pacientes (intubación orotraqueal, ventilación mecánica, sonda uretral, catéteres venosos y arteriales centrales, alimentación parenteral, sonda nasogástrica, etc) y que se aceptan universalmente como un mal menor, a pesar de su alta morbi-mortalidad, en el intento extremo de utilizar la agresividad terapéutica necesaria para el soporte vital". Y aunque "la *pseudomona aeruginosa* figura entre los gérmenes más frecuentes, destacados, graves y de mayor mortalidad de nuestra especialidad, su sospecha, búsqueda, estudio, hallazgo y tratamiento, según antibiograma fue (...) correcta", pues "las infecciones nosocomiales en la UMI están usualmente asociadas a los antecedentes, defensas del paciente y capacidad de respuesta inmunológica, patología de base, complicaciones y los medios utilizados, que de todas formas son imprescindibles".

En este caso, "el tratamiento general del paciente, tanto de soporte vital como anti infeccioso, por sistemas y aparatos, sintomático, nutrición, etc., ha sido

revisado y actualizado constantemente (como mínimo una vez al día), como convenía al paciente según sus indicaciones y como es norma en las UUVVII y desde su ingreso”.

Por su parte, el informe del Servicio de Medicina Preventiva señala que *no existen “datos que reflejen algún incidente relativo a la falta de cumplimiento de las normas de higiene hospitalaria”*. Indica asimismo que “el origen de las infecciones nosocomiales pueden ser de tipo endógeno (flora del propio paciente), además favorecidas por sus enfermedades de base de tipo crónica (diabetes, hipertensión arterial, cardiopatías isquémica, enfermedad severa de vasos sanguíneos, asma bronquial, etc), que son factores de riesgo que incrementan la aparición de las citadas infecciones. La infección nosocomial adquirida por el paciente constituye una complicación habitual en servicios de alto riesgo, y que a veces son inevitables por las maniobras terapéuticas y diagnósticas utilizadas (ventilación mecánica, catéteres, sondas, etc). La terapia y medios utilizados en este caso fueron los adecuados”.

Esto no obstante, no existe en el expediente informe sobre la rutina de esterilización efectuada ese día de las instalaciones y del material utilizado, *pues del hecho de que existan normas y protocolos no se deriva que siempre se cumplan*. No basta que se diga que se hace al menos una vez al día; debiera acreditarse qué y cuándo se ha hecho. Desde luego, de la fórmula utilizada no se deriva que en esta ocasión se ha dado cumplimiento efectivo al protocolo existente. *Por otra parte, que no haya habido antes incidentes no es por sí solo prueba de la desinfección; en su caso, de que la desinfección aplicada no era suficiente para pacientes tan debilitados como el presente. Justamente, la infección y posterior fallecimiento del paciente sí es un incidente relevante a estos efectos*.

En este sentido, y como tuvo ocasión de señalar este Consejo en un supuesto de similar naturaleza, “(...) la existencia de normas, en general, o de Protocolos, en particular no supone por sí misma que se apliquen unas u otros; o bien, que lo sean correctamente, al menos del todo. Y que en el funcionamiento de un servicio público, en particular el sanitario por sus características y peculiaridades, producido un daño a resultas de una intervención y reconocida esta circunstancia o, aun más, su causa, una infección hospitalaria por bacteria, es la Administración quien debiera acreditar su correcto funcionamiento y, en particular, el seguimiento de esas normas o Protocolos; que, a mayor abundamiento, tanto como el mismo riesgo de ciertos

tratamientos, sobre todo las intervenciones quirúrgicas, han de ajustarse al caso concreto tratado y, por ende, a las condiciones y limitaciones específicas del paciente afectado" (véase, entre otros, el Dictamen 185/2005, 30 de junio).

En esta misma línea, es conveniente traer a colación la reciente Sentencia del Tribunal Supremo, de fecha 23 de diciembre de 2009, en la que, respecto a un supuesto de infección nosocomial, el Alto Tribunal se pronunció de la siguiente manera:

"Respecto al elemento de la antijuridicidad se requiere que el detrimento patrimonial sea antijurídico, no ya porque la conducta de su autor sea contraria a Derecho (antijuridicidad subjetiva), pues se incluye el funcionamiento normal junto al anormal, sino porque el sujeto que lo sufre no tenga el deber jurídico de soportarlo (antijuridicidad objetiva). Y en el caso presente no existe ese deber jurídico desde el momento en que la ciencia y la técnica proporcionan medios para prevenir y evitar el daño a través de la adopción de todas y cada una de las medidas de precaución que aseguren la asepsia en todas las instalaciones hospitalarias, que no consta que en este caso se hayan extremado. Por tanto, no cabe acoger la alegación de las demandadas de que el daño no es antijurídico porque el contraer infecciones nosocomiales quirúrgicas o postquirúrgicas no es un riesgo que necesariamente haya de soportar el paciente como derivado de una intervención como la realizada, máxime cuando en el documento de consentimiento informado no consta expresamente que el paciente haya sido informado de que uno de los riesgos de dicha operación de adenomectomía transvesical y cistolitotomía fuese precisamente dicha infección por bacteria como el *clostridium*.

Hay que tener en cuenta que cuando estas infecciones nosocomiales se producen es porque en algún momento se rompe la cadena de asepsia (así lo manifiesta el testigo-perito J.M.), de modo que si se hubieran llevado a cabo de forma estricta las medidas generales de medicina preventiva no se habría producido la infección, por lo que el contagio hospitalario era previsible y evitable si no se hubiera roto aquella cadena de asepsia y se extremasen las medidas de precaución y todos los controles de prevención de infecciones. Por otra parte, si dicha infección era uno de los riesgos de la intervención resultaba obligada la previa información sobre dicho extremo, cuyo cumplimiento no se ha demostrado, lo cual hace recaer sobre la Administración las consecuencias de ese riesgo por vulneración de las normas relativas al consentimiento informado, pero es que junto a ello la responsabilidad es

consecuencia obligada de aquel funcionamiento anómalo derivado de la ruptura de la cadena de asepsia que ha permitido que la infección se contrajera.

Tal como ha declarado la Sentencia del Tribunal Supremo de 13 de julio de 2000 (RJ 2000/7420), en un caso muy similar al presente de infección en intervención quirúrgica (si bien en ese caso por estafilococo aureus), la infección en una intervención quirúrgica, si bien puede resultar en algunos casos inevitable, es un evento previsible y por tanto deben extremarse medidas precautorias tales como: a) Asepsia de quirófanos e instrumental, b) Desinfección meticulosa del área operatoria, c) Acortar lo mas posible el tiempo operatorio, d) Evitar dejar cuerpos extraños, eliminación de tejidos hematomas, etc, e) Práctica de antibioterapia desvitalizado. La adopción de tales medidas ha de ser demostrada por la Administración y en el caso de autos no aconteció así ya que no se demostró que se hablan adoptado todas las medidas de higiene y asepsia necesarias para prevenir la infección y posterior gangrena gaseosa que sufrió el paciente.

Como ya dijimos en nuestra Sentencia de 23 de marzo de 2005, "Si, con arreglo al art. 139 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC), han de incluirse los daños derivados tanto del funcionamiento anormal como del normal del servicio público necesariamente ha de generar responsabilidad patrimonial de la Administración la causación de un daño en casos como el presente de infección nosocomial en el curso de una intervención quirúrgica sin demostración de la adopción de todas las medidas de asepsia exigible". Y añadíamos, en un caso análogo, respecto a la presencia de gérmenes que "su entrada indeseada en el cuerpo del paciente no puede considerarse como producto de la intervención de acontecimientos exteriores o extraños al propio funcionamiento del servicio, una de cuyas funciones es precisamente la de velar eficazmente por la asepsia, evitando que la presencia de gérmenes nocivos en el recinto de los establecimientos sanitarios pueda originar daños a quienes son atendidos en ellos con el fin de restablecer su salud".

3. En definitiva, para poder llevar a cabo un pronunciamiento sobre el fondo del asunto, debe informarse a este Consejo Consultivo (Sección 1ª) por el Servicio correspondiente acerca de los siguientes extremos:

A. Si la bacteria *pseudomona aeruginosa* es de tipo exógeno o endógeno. En este último caso, si la permanencia del paciente J.R.G. en la UMI del Hospital Nuestra

Señora de Candelaria (desde su ingreso, a las 5:30 horas del día 8 de junio de 2002, hasta su fallecimiento por shock séptico el 7 de julio siguiente), se realizó efectivamente en las condiciones exigidas por el Protocolo en cuanto a la asepsia y esterilización de las instalaciones y material, habiéndose llevado a cabo las comprobaciones o actuaciones al respecto.

B. Dado que, según el informe del Servicio de Medicina Intensiva que figura en el expediente, "El tratamiento general del paciente, tanto de soporte vital como antiinfeccioso, por sistemas y aparatos, sintomático, nutrición, etc., ha sido revisado y actualizado constantemente (como mínimo una vez al día), como convenía al paciente según sus indicaciones y como es norma en las UMI y desde su ingreso", debe informarse acerca de la existencia en la UMI del Hospital Nuestra Sra. de Candelaria de la *pseudomona aeruginosa*, particularmente durante la estancia en la misma de J.R.G.

En caso de tal existencia, se ha de informar sobre su origen y razón por la que no se puede evitar tal existencia, eliminando su fuente u origen, en todo momento o en tiempo razonable para el funcionamiento del servicio en el nivel de eficiencia pertinente, determinándose los supuestos de infección anteriores o posteriores al caso, y los medios utilizados al efecto en relación con los científicamente disponibles en la actualidad.

C. En todo caso, siendo suficientemente conocidas las diversas patologías de este enfermo crónico (diabetes, hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, enfermedad severa de vasos sanguíneos, asma bronquial, etc.) y su problemática defensa contra el ataque de bacterias, debe determinarse si la concreta y acreditada actuación preventiva efectuada, al parecer la ordinaria, fue la correcta o debió ser más importante o cuidadosa.

4. Culminada la realización del trámite antes expresado, habrá de darse nuevo trámite de vista y audiencia a la reclamante y, posteriormente, elaborar la correspondiente Propuesta de Resolución, que habrá de remitirse a este Consejo para ser dictaminada.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución analizada no se ajusta al Ordenamiento Jurídico, debiendo retrotraerse el procedimiento a fin de que se proceda de acuerdo con lo que se expone en el Fundamento III, puntos 3 y 4.