



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 5 / 2 0 1 1

(Sección 1ª)

La Laguna, a 4 de enero de 2011.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria 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. 932/2010 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. Mediante escrito de 15 de noviembre de 2010, con registro de salida el 30 de noviembre y entrada en este Consejo el 2 de diciembre 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 R.D. 429/1993, de 26 de marzo, respecto de la Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial incoado a instancia de M.L.H.G. (la reclamante) por el fallecimiento de su marido a consecuencia de la deficiente asistencia sanitaria que le fuera prestada por el Servicio Canario de la Salud (internamiento tardío e infección nosocomial adquirida durante el mismo, que acabó causando una crisis respiratoria que culminó con el óbito).

Por el daño causado, se reclama, incluidos los daños morales, la 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.

Se significa en este punto que este asunto vuelve al Consejo una vez cumplimentado el trámite de información complementaria dictaminado por este Consejo en su Dictamen 79/2010, al que nos remitimos, en general, para evitar innecesarias reiteraciones. Basta decir que el procedimiento ha sido iniciado por persona legitimada para ello, en el plazo reglamentariamente dispuesto, habiéndose dado cumplimiento a los trámites preceptivos, como los informes de los Servicios afectados, que son los de Urgencias, Atención Primaria, Medicina Intensiva y Medicina Preventiva, el probatorio, el de la audiencia de parte, también en este trámite de información complementaria, y el preceptivo informe del Servicio Jurídico.

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 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. En el Dictamen anteriormente emitido se estimó que en este caso el paciente fue debidamente valorado y atendido sin que sea de recibo la imputación de que fue tratado tardíamente. No hubo, pues, "falta de prudencia" ni se desdeñaron los "síntomas preocupantes del enfermo".

No obstante ello, se concluyó que para poder efectuar un pronunciamiento sobre el fondo del asunto debiera informarse previamente sobre ciertos extremos. A saber:

"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 C. 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”.

2. En cumplimiento de lo dictaminado, se emitió el 6 de julio de 2010, por el Jefe del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital, informe del que resulta que “no puede determinarse si la bacteria era de origen endógeno o exógeno”; no se puede saber si durante el ingreso del paciente “había otros pacientes infectados por pseudomonas, puesto que no se guardan registros de aquella época” y, finalmente, que en este caso “se siguieron todas las medidas de prevención habituales, que lamentablemente no evitan la aparición de infecciones nosocomiales en todas las UMIs del mundo”.

Según informó el Jefe de Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria el 26 de febrero de 2004, “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 el presente 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”. Asimismo, se informó que “no existen datos que reflejen algún incidente relativo a la falta de cumplimiento de las normas de higiene hospitalaria”.

Ahora bien, como se dijera en el Dictamen emitido, “*del hecho de que existan normas y protocolos no se deriva que siempre se cumplan*”, por lo que no basta que se diga que se hace al menos una vez al día; “*debiera acreditarse qué y cuándo se ha hecho*”. Por otra parte, “*que no haya habido antes incidentes no es por sí solo prueba de la desinfección*” *ni tampoco acredita que la desinfección aplicada era suficiente para pacientes tan debilitados como el presente*”. Al fin y al cabo, “*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, la STS de 23 de diciembre de 2009, sobre infección nosocomial, citada en el Dictamen emitido, se indicaba que:

“Hay que tener en cuenta que cuando estas infecciones nosocomiales se producen es porque en algún momento se rompe la cadena de asepsia (...) 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”.

Asimismo, en la STS 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 *estafilococcus aureus*), se precisaba que:

“(...) 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 (...)”.

3. Es evidente que la información complementaria requerida no satisface tales exigencias.

La ignorancia sobre el origen de la infección y sobre datos coetáneos (“no puede determinarse si la bacteria era de origen endógeno o exógeno”; tampoco se puede saber si durante el ingreso del paciente “había otros pacientes infectados por *pseudomonas*, puesto que no se guardan registros de aquella época”), junto con la declaración genérica de que se cumplen los protocolos no es suficiente para quebrar la relación de causalidad entre la actuación del servicio sanitario, sin que a tal efecto sea suficiente decir que el equipo fue “*revisado y actualizado constantemente* (como mínimo una vez al día)” .

Tampoco se ha precisado qué rutina de esterilización fue aplicada; y, sobre todo, si la misma era la adecuada teniendo en cuenta el estado debilitado del paciente, lo que debería ser fácilmente comprobable pues se informa que la esterilización se llevaba a cabo “como mínimo una vez al día” y como “convenía al paciente”. Afirmaciones que, para romper la relación de causalidad, deben ser probadas; lo que no ocurre en este caso, especialmente de tener la bacteria causante origen endógeno.

4. Por lo anteriormente expuesto, este Consejo considera que ha quedado acreditada la existencia de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el daño producido. Por lo que respecta a la indemnización que habrá de abonarse a la reclamante, se tendrá en cuenta para su cálculo, siempre con carácter indicativo, el baremo previsto para la valoración de los daños y perjuicios por fallecimiento causados a las personas en accidente de circulación, aprobado por la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones para el año en que ocurrió el evento dañoso.

Sin embargo, la cantidad resultante de dicho cálculo ha de reducirse en un 50% teniéndose en cuenta no sólo que al paciente se le prestó la asistencia ajustada a su problema sanitario, y además adecuadamente dadas las características de éste, sino, sobre todo, al estado del propio fallecido, especialmente delicado y deteriorado, sin perjuicio de la debida actualización del montante que resulte, en aplicación del art. 141.3 LRJAP-PAC.

CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución analizada no se ajusta al Ordenamiento Jurídico, toda vez que ha quedado probada la existencia de nexo causal entre el funcionamiento del servicio público y el daño ocasionado, debiéndose indemnizar a la reclamante en la forma expuesta en el Fundamento II.4.