



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 5 3 5 / 2 0 1 2

(Sección 2ª)

La Laguna, a 19 de noviembre de 2012.

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 F.P.L., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 490/2012 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

El objeto del presente Dictamen, solicitado por la Consejera de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial de un 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 artículos 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 los artículos 142.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC), y 12 del 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.

II

1. Los hechos en lo que se basa la presente reclamación, presentada por F.P.L., según se relata en su solicitud, son los siguientes:

* PONENTE: Sr. Belda Quintana.

“El día 5 de febrero de 2004 ingreso en el hospital Dr. Negrín (por urgencias) aquejado de un fuerte dolor en la zona lumbar que me obliga a ser hospitalizado para luego, según el neurocirujano, ser operado de la zona, me da un 80% de probabilidades que salgo bien. El día 06 de ese mismo mes y sobre las 09:00 horas soy intervenido en quirófano, la operación dura unas 10 horas aproximadamente, algo más de lo que el cirujano estimaba, pues él calculaba unas cuatro horas.

Aparentemente me encuentro bien, a los tres días de la operación el neurocirujano me hace andar, me ayuda a dar unos pasos y en esa semana me quedo algo regular, eso sí, son algunas molestias.

A partir de la siguiente semana, comienza mi calvario, comienzo a quejarme de fuertes dolores en la zona intervenida, no manifiesto fiebre, la cicatriz está bien, no me escuece y su color es normal, pero sigue en aumento la intensidad del dolor. Yo noto que no hacen nada por averiguar la procedencia y el porqué de esos dolores, solo que no tengo fiebre y no saben qué ¿?.

(...) Me mandan a los doctores de la unidad del dolor y me ponen una máquina de morfina con un pulsador para darle según me dan dolores y aguanta. Por fin y después de 25 días de padecimiento deciden reintervenirme de nuevo para ver qué es lo que pasa, pues creen que se han rodado algunos de los implantes que me colocaron. La sorpresa fue mayúscula cuando vieron la gran infección que tenía dentro de mí y que obligó a quitarme los implantes, a partir de ese momento y una vez regresado a mi habitación del hospital comenzó para mí un segundo calvario y de padecimientos, ya que me dejaron un catéter para lavar la zona infectada y que duró unas semanas, en resumen, fueron los 70 días de pesadillas peores de mi vida. Lo peor y lo que más daño, posiblemente me está haciendo, es que me dejaron la columna suelta, no puedo coger nada de peso, mi relación laboral profesional se acabó, pues no puedo hacer los trabajos que requiere mi especialidad, a nivel psicológico, estoy fatal, pues sueño que estoy siempre en el hospital y no descanso bien, máxime cuando me dijeron que sería conveniente una tercera operación para tener un mínimo de calidad de vida”.

El reclamante considera que como consecuencia de la infección que contrajo con ocasión de la intervención a la que fue sometido padece las citadas secuelas, planteando en su escrito diversos interrogantes acerca del control en la limpieza y asepsia del hospital en el que fue intervenido. Solicita por ello una indemnización, que no cuantifica, por lo que considera una deficiente asistencia sanitaria, que le ha ocasionado daños tanto de carácter físico como psíquico.

2. En el presente procedimiento el reclamante ostenta la condición de interesado en cuanto titular de un interés legítimo, puesto que alega haber sufrido daños como consecuencia del funcionamiento incorrecto de un servicio público, pudiendo, por tanto, iniciar el procedimiento.

Se cumple por otra parte la legitimación pasiva de la Administración autonómica, como titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

La reclamación fue presentada el 27 de marzo de 2006, en relación con la asistencia prestada a partir del día 6 de febrero de 2004, de la que causó alta hospitalaria el 28 de abril del mismo año, si bien continuó sometido a revisiones posteriores, constando en el expediente un informe médico de fecha 22 de febrero de 2006. No puede por ello ser calificada de extemporánea, al no haber transcurrido el plazo de un año que al efecto prevé el artículo 142.5 LRJAP-LPAC.

El órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin a este procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con el artículo 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los artículos 10.3 y 15.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de Salud.

La resolución de la reclamación es competencia del Director del citado Servicio Canario de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 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.

3. Sobre este asunto ya recayó el Dictamen de este Consejo 230/2012, en el que, sin entrar en el fondo del asunto, se concluyó en la no conformidad a Derecho de la Propuesta de Resolución culminatoria del expediente al no haberse recabado el informe del Servicio cuyo funcionamiento ocasionó la presunta lesión indemnizable, en este caso, el Servicio de Neurocirugía del Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín. Se estimó en consecuencia la procedencia de retrotraer las actuaciones a fin de que se solicitase el señalado informe y, una vez emitido éste, se concediese nuevo trámite de vista y audiencia al interesado, con elaboración, por último, de nueva Propuesta de Resolución, a ser dictaminada por este Consejo.

Una vez practicadas las señaladas actuaciones, se ha solicitado nuevamente la emisión del Dictamen de este Consejo.

III

1. Por lo que se refiere al fondo del asunto, constan acreditados en el expediente los siguientes antecedentes, tal como han sido puestos de manifiesto, con apoyo en la historia clínica, por el Servicio de Inspección en su informe:

- El paciente, con antecedentes de discopatías L3-L4 y L-4-L5, es incluido en lista de espera quirúrgica en septiembre de 2003 a cargo del Servicio de Neurocirugía del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.

Se practican pruebas, preoperatorio y firma de consentimiento informado el 23 de enero de 2004.

- Ingresa en el citado Centro hospitalario el 5 de febrero del mismo año. Al día siguiente se lleva a cabo la intervención quirúrgica consistente en doble discectomía lumbar, en la que durante la inducción de la anestesia se aplica tratamiento profiláctico antibiótico con Vancomicina, Tobramicina y Gentamicina.

Por lo que a esta intervención se refiere, el paciente entra en quirófano sobre las 08:45 horas y, tras la adopción de las medidas pertinentes (colocación de vía venosa periférica, sondaje vesical y acceso central con cavafix en miembro superior derecho, colocación, medidas protectoras, inducción anestésica, etc), comienza la cirugía alrededor de las 10:15 horas. Se traslada a la Unidad de Reanimación postanestésica alrededor de las 17:00 horas, evolucionando favorablemente, y pasa a planta de hospitalización sobre las 24:00 horas.

- En planta continúa, entre otras medidas, con antibioterapia (Vancomicina), pautada a 1g intravenoso cada doce horas, hasta el 9 de febrero de 2004.

Las curas de la herida evolucionan favorablemente, con buen aspecto, sin incidencias. Se efectúa también control analítico el 11 de febrero, igualmente sin incidencias.

- El 13 de febrero de 2004 se realiza radiografía columna lumbar de control que objetiva un punto de inflexión lordótico en L3-L4.

A partir de este mismo día el paciente muestra dolor en la zona operatoria.

- El 20 de febrero se le plantea al paciente la posibilidad de una nueva intervención quirúrgica de artrodesis transpedicular.

- El 23 de febrero, ante la persistencia del dolor, se le practica TAC, si bien el paciente continúa con buena evolución de las heridas y afebril.

- El día 27 del mismo mes se practica nueva analítica que detecta descenso en número de hematíes, aumento de la velocidad de sedimentación globular y proteína C reactiva (signos de proceso inflamatorio).

- El 3 de marzo de 2004 el paciente es intervenido quirúrgicamente, objetivándose la presencia de infección, por lo que se procede a la retirada de los implantes y se toman muestras para cultivo.

En las muestras obtenidas en quirófano del exudado de la herida operatoria se objetiva la presencia de estafilococo coagulasa negativo, probable flora saprofita. Se continúa el tratamiento antibiótico iniciado el día 3 de marzo.

En controles posteriores del día 4 del mismo mes se objetiva estafilococo epidermis, hasta que se negativizan los cultivos a partir del siguiente día 10 de marzo.

Causa alta hospitalaria el 28 de abril de 2004.

- La situación del paciente persiste con síndrome doloroso lumbar mecánico postural, habiéndose ofertado la posibilidad de someterse a cirugía con artrodesis L3-L4-L5, que es rechazada.

2. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación presentada al considerar que no concurren en el presente caso los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad de la Administración. Se fundamenta en esencia esta conclusión en la constatación de por parte del Centro hospitalario se adoptaron todas las medidas para la prevención de infecciones y, una vez detectada la sufrida por el paciente, se establecieron con agilidad las medidas necesarias para su curación.

En el expediente se encuentra acreditado que la infección padecida por el reclamante fue causada por estafilococo epidermis, que se caracteriza, según señala el informe de Inspección, por ser de tipo negativo. Conforme se indica en el citado informe, los estafilococos coagulasa negativos se consideran contaminantes de origen cutáneo, de tal forma que la fuente de infección es frecuentemente la propia flora endógena, bacterias que residen en la piel (el estafilococo epidermis y otros estafilococos coagulasa negativos representan los mayores componentes de la microflora de la piel y mucosa humana). Se trata pues de una infección de tipo

endógeno, causada por la flora bacteriana del propio paciente y no por las condiciones de asepsia del quirófano donde fue intervenido.

Partiendo pues de esta premisa, la estimación o desestimación de la responsabilidad de la Administración depende de la adecuación o no de la asistencia sanitaria prestada a la *lex artis*, determinando, en concreto, si por parte de los servicios sanitarios se pusieron a disposición del paciente todos los medios preventivos disponibles para tratar de evitar la infección y, en el caso de que ésta finalmente se concretara a pesar del empleo de aquellos medios, si se actuó con la debida diligencia en su diagnóstico y tratamiento, todo ello teniendo en cuenta que, como reiteradamente ha señalado la jurisprudencia, la obligación sanitaria es una obligación de medios y no de resultados. En este sentido, a la Administración no le es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente (SSTS de 16 de marzo de 2005; 7 y 20 de marzo de 2007, 12 de julio de 2007 y 25 de septiembre de 2007, entre otras). En definitiva, la obligación de los servicios sanitarios es una obligación de medios, de tal forma que la adecuación de la actuación sanitaria a la *lex artis* exige que se hayan utilizados todos aquellos que sean requeridos de acuerdo con la patología presentada, con independencia del resultado que finalmente se alcance.

3. en este orden de cosas y por lo que a las medidas preventivas adoptadas se refiere, cabe señalar en primer término que el tipo de intervención practicada, según indica el Servicio de Inspección, es por definición una cirugía limpia contaminada con implante de cuerpo extraño. Así, como medida de prevención de una posible infección, consta en la historia (Protocolo de la intervención) que al paciente se le aplicó la "pauta de Malis modificada". De acuerdo con el informe emitido por el Servicio de Neurocirugía, esta pauta consiste en la administración de Tobramicina 80 mg media hora antes de iniciar la cirugía, Vancomicina 1 gr en perfusión venosa continua durante el procedimiento y sueros de lavados con Vancomicina y Gentamicina a unas diluciones predeterminadas. Añade a este respecto que el tratamiento profiláctico antibiótico intraoperatorio se viene utilizando como estándar en el quirófano de Neurocirugía del Centro hospitalario desde hace más de 20 años y que en aquella pauta se sustituye la estreptomicina por vancomicina y gentamicina en los sueros de lavado, ya que se trata de antibióticos

más efectivos empíricamente contra los gérmenes más habituales en la infección de las heridas.

Indica además que, salvo que se dejen drenajes tras la cirugía o se constate la transformación en una cirugía sucia o contaminada, no se administra tratamiento antibiótico en el periodo post-cirugía, de acuerdo con la citada pauta. En este caso, señala, no se apreció ni se detectó durante el procedimiento quirúrgico contaminación alguna del material quirúrgico utilizado o del campo quirúrgico, ni ocurrió complicación intraoperatoria alguna, ni en forma de lesión vascular, radicular ni desgarros sobre la duramadre.

El informe emitido por este Servicio de Neurocirugía se ve corroborado por el Servicio de Inspección, que en su informe manifiesta que en la intervención se siguió una profilaxis adecuada cuyo objetivo es conseguir que los antimicrobianos alcancen suficiente concentración en los tejidos antes de la incisión quirúrgica o posible contaminación y asegurar niveles adecuados hasta el final del procedimiento quirúrgico para prevenir el subsecuente crecimiento bacteriano.

Por otra parte, el Servicio de Medicina Preventiva emitió informe relativo a las medidas de control para la prevención del estafilococo epidermis y protocolo de actuación, citando entre ellas las concernientes a la preparación prequirúrgica del paciente el día de la intervención, que consta en la historia clínica del reclamante que en su caso fueron debidamente practicadas.

Puede en definitiva considerarse acreditado en el expediente que se adoptaron las medidas preventivas precisas en orden a evitar la materialización de una posible infección, por lo que la asistencia sanitaria ha sido en este extremo conforme a la *lex artis*.

4. Por lo que se refiere a las medidas adoptadas una vez concretada la infección, procede señalar que la Propuesta de Resolución no se encuentra debidamente fundamentada, pues los informes médicos obrantes en el expediente no se pronuncian sobre concretos extremos que se consideran determinantes para alcanzar la convicción de la adecuación de la asistencia sanitaria a la *lex artis*.

En este sentido ya señalamos en nuestro Dictamen 230/2012 que el informe del Servicio habría de pronunciarse sobre las medidas adoptadas antes y durante la operación, respecto a sus características y a las condiciones concretas del paciente, en orden a evitar la complicación producida, *pero también en la subsiguiente*

estancia hospitalaria, conocida la posibilidad de infección, en general y, eventualmente, más aún en este caso, en relación con el tratamiento al efecto pautado, que al parecer fue suprimido tres días después de la intervención.

En esta línea y advertida la mala evolución del paciente poco tiempo más tarde, sufriendo dolores en la zona de intervención, ha de determinarse la posible conexión o no de esta circunstancia con un proceso infeccioso, máxime especialmente en este caso y paciente, con referencia a la pertinencia y correcta utilización de pruebas diagnósticas empleadas para conocer su origen, a la vista de los síntomas y la posibilidad de infección. Y, en fin, sobre la corrección del tratamiento instaurado tras detectarse tal infección.

En este sentido, consta debidamente acreditado en el expediente que el paciente, una vez trasladado a la planta de hospitalización, continuó recibiendo tratamiento antibiótico durante los tres días inmediatamente posteriores a la intervención (días 7 a 9 de febrero, folio 151 del expediente). Ahora bien, nada se dice en aquellos informes acerca de las razones por las que este tratamiento fue retirado tres días después de la intervención y si ello pudo o no contribuir al desarrollo de la infección después sufrida, extremo que se considera determinante para valorar, como antes decíamos, la corrección de la asistencia sanitaria prestada.

Se requiere en consecuencia un pronunciamiento sobre este concreto extremo en un nuevo informe a emitir por el Servicio presuntamente causante del daño.

Por otra parte, los citados informes tampoco se pronuncian acerca de la idoneidad de las medidas adoptadas en orden al diagnóstico de una posible infección.

A estos efectos, es preciso tener en cuenta que, de acuerdo con el informe del Servicio de Neurocirugía, "el postoperatorio continuó sin incidencias durante los siguientes diez días, en los que el paciente permaneció sin fiebre y con la herida operatoria en perfecto estado y comenzó a levantarse y pasear por la habitación a los 4 días de la cirugía. A partir del día 16 de febrero el paciente refiere tener dolor lumbar irradiado hacia ambos glúteos, dolor que fue en aumento en los días siguientes, constatándose por Rx col lumbar (solicitada el 16 de febrero y realizada el 19 del mismo mes) un desplazamiento hacia afuera del implante situado en el interespacio L3-L4 izquierdo, por lo que el día 19 se pidió CT col lumbar con carácter urgente/preferente (realizado el 23 de febrero) que confirmó el desplazamiento del implante ya comentado, decidiéndose ese mismo día programar al enfermo para revisión quirúrgica y eventual artrodesis transpendicular L3, L4 y L5, si se estimaba necesario".

Consta asimismo en la historia clínica que al paciente se le practicó analítica el día 27 de febrero, en la que se detecta descenso en número de hematíes, aumento de la velocidad de sedimentación globular y proteína C reactiva (signos de proceso inflamatorio).

La reintervención fue realizada el día 3 de marzo, con toma de muestras para estudio microbiológico durante la cirugía, limpieza quirúrgica de la herida, retirada del material de artrodesis implantado, lavados profusos con sueros con antibióticos y colocación de un catéter a nivel epidural para instilación local de antibióticos durante el periodo postoperatorio.

Señala igualmente el Servicio de Neurocirugía que el curso postoperatorio tras este segundo procedimiento fue bueno, manteniéndose el catéter en la herida durante una semana. Se objetivó una mejoría clínica progresiva sobre su sintomatología previa (lumbalgia severa), que permitió una disminución paulatina de la medicación analgésica para el control del dolor. A partir del día 17 de marzo se comenzó a levantar y se le permitió comenzar a caminar por la habitación, analíticamente bajaron las cifras de Proteína C reactiva en sangre, siendo dado de alta hospitalaria a su domicilio el 28 de abril de 2004.

De los hechos relatados resulta que al paciente se le pautó una Rx de control, que se realizó el día 13 de febrero -y no el 19, como señala el citado informe del facultativo de Neurocirugía, si bien sí fue informada el 16 del mismo mes y firmada por el correspondiente facultativo con fecha 18 de febrero, por lo que sí pudo ser recibida por aquél el día 19), que evidenció el desplazamiento citado, por lo que se pautó la práctica de un TAC, que se realizó el día 23 y posteriormente se realizó el día 27 una analítica de control que evidenció signos de infección, por lo que se reintervino al paciente el 3 de marzo, con el consiguiente tratamiento posterior para curar la enfermedad.

En relación con tales pruebas diagnósticas, los informes médicos obrantes en el expediente no se pronuncian acerca de la necesidad de realizar una analítica a los efectos de descartar un proceso infeccioso una vez que fue detectado, el 19 de febrero, el desplazamiento del implante situado en el interespacio L3-L4 izquierdo, en caso de que este desplazamiento pudiera ser debido a una posible infección, con la consiguiente posibilidad de que, de haberse detectado de forma más temprana, se hubiese podido conseguir su curación en menor tiempo. Se precisa en consecuencia,

a los efectos de determinar la idoneidad de las pruebas diagnósticas practicadas, un pronunciamiento sobre este concreto extremo.

En esta línea, también ha de reformarse sobre la razón de la demora en informar y, sobre todo, remitirse la Rx efectuada el día 13, informándose tres días después y remitiéndose otros tres días más tarde, expresando el posible efecto de tal demora en la detección de la infección y, por ende, su tratamiento.

Procede en consecuencia la retroacción de actuaciones a fin de recabar informe complementario sobre las cuestiones planteadas. Una vez que se emita el citado informe complementario sobre las cuestiones antedichas, ha de realizarse el trámite de vista y audiencia al interesado y, por último, a la vista de todo ello, elaborarse nueva Propuesta de Resolución, que deberá ser dictaminada por este Consejo.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución no es conforme a Derecho por las razones formales expuestas, debiéndose subsanar las deficiencias detectadas con la realización de los correspondientes trámites en los términos indicados en el Fundamento III.4.