



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 3 7 / 2 0 1 5

(Sección 2ª)

La Laguna, a 3 de febrero de 2015.

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 J.P.L., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 486/2014 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

El objeto del presente dictamen, solicitado por la Sra. Consejera de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial del 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 los arts. 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 (RPAPRP), aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

II

1. La reclamante, J.P.L., actuando en su propio nombre y en representación de su madre y sus hermanos, solicita una indemnización por los daños supuestamente

* **PONENTE:** Sr. Lazcano Acedo.

causados por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud con ocasión de la asistencia sanitaria prestada a C.M.L.

La reclamante alega, entre otros extremos, lo siguiente:

“Que el día 7 de marzo de 2010 su hermano sufrió una caída con resultado de traumatismo craneal severo.

Que, ingresado en el Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria (HUNSC), sufrió una perforación del pulmón derecho dando lugar a una neumonía.

Tras casi un mes hospitalizado en la UCI le trasladan a la planta de maxilofacial para intervención en el pómulo derecho que se desplazó tras la caída. En dicha planta sólo estuvo un día, pues por las lesiones cerebrales no era conveniente realizar la intervención.

Posteriormente es trasladado a la planta de Neurocirugía, con fiebre muy elevada y secreciones a través de la tráquea. La fiebre remite el 25 de abril, pero el día 27 de abril su estado ya se deterioró por completo: sobre las 10 de la noche le comentan que la UVI desestima su ingreso en la unidad.

Que su hermano durante el tiempo que estuvo ingresado nunca fue aislado, sus visitas no tenían que mantener ningún tipo de precaución y entiende que se le debía aislar ya que falleció por una sepsis.

Que en el momento de su fallecimiento, el 28 de abril de 2010, solicita que se le hiciera la autopsia y no se le hizo”.

La interesada considera que se actuó de forma negligente en la atención prestada a su hermano, tanto por el Servicio de Neurocirugía como de la UVI y solicita una indemnización que no cuantifica.

2. En el presente procedimiento los reclamantes ostentan la condición de interesados en cuanto titulares de un interés legítimo por su condición de madre y hermanos del fallecido, 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 26 de abril de 2011, en relación con el fallecimiento del paciente acaecido el 28 de abril de 2010. No ha transcurrido pues

un año desde esta última fecha y la de presentación de la reclamación, por lo que no es extemporánea (art. 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 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 15.1 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 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.

3. En la tramitación del procedimiento no se ha incurrido en irregularidades formales que impidan la emisión de un dictamen de fondo, si bien se ha incumplido el plazo de seis meses que para su resolución establece el art. 13.3 RPAPRP. 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.

En particular, consta en el expediente que la reclamación fue correctamente calificada y admitida a trámite, tras su subsanación, el 14 de octubre de 2011 (art. 6.2 RPAPRP). Se han realizado asimismo los actos necesarios para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debe pronunciarse la Resolución (art. 7 RPAPRP), emitiéndose en particular los informes de los Servicios a cuyo funcionamiento se imputa el daño. Asimismo se ha practicado la prueba testifical de diversos familiares propuesta por los reclamantes.

En el procedimiento tramitado se ha dado cumplimiento también al trámite de audiencia (art. 11 RPAPRP), sin que los interesados formularan alegaciones durante el plazo concedido al efecto.

El procedimiento viene concluso con la preceptiva Propuesta de Resolución, que desestima la reclamación formulada, y que ha sido informada por los Servicios Jurídicos, según lo dispuesto en el art. 20.j) del Reglamento del Servicio Jurídico, aprobado por Decreto 19/1992, de 7 de febrero, estimándola conforme a Derecho.

III

1. Por lo que se refiere al fondo del asunto, en el expediente se encuentran acreditados los siguientes hechos relevantes, de acuerdo con los datos obrantes en la historia clínica del paciente, tal como han sido puestos de manifiesto en el informe del Servicio de Inspección:

- Se trata de un paciente de 18 años de edad que en la fecha 7 de marzo de 2010, a las 12:28 horas es llevado en vehículo de soporte vital básico a Hospital X tras haber sido recogido en la vía pública con somnolencia y dificultad para el habla. Cuando se llama al paciente para su valoración se observa que ha abandonado el Servicio. De tal circunstancia se da parte al Juzgado.

- Al día siguiente, a las 15:42 horas, acude nuevamente a Hospital X por traumatismo en rodilla izquierda. Causa alta a las 16:53 horas tras las pruebas exploratorias y tratamiento pautado.

- El día 9 de marzo de 2010, en dos ocasiones es llevado por la Policía al Centro de Salud Puerto de la Cruz por presentar prurito con ansiedad, se pauta tratamiento.

A las 21:05 horas es atendido en Hospital X ya que en intento de escapar sufre traumatismo craneal. Con el diagnóstico de traumatismo craneo-encefálico severo y fractura de órbita derecha, con Glasgow de 6/15, se realiza intubación orotraqueal y se cursa traslado al Hospital Ntra Sra. de Candelaria

- Alrededor de las 01:38 horas, ya del día 10 de marzo de 2010, ingresa en el Hospital Ntra. Sra. de Candelaria, en la Unidad de Medicina Intensiva.

En ventana neurológica, sin sedoanalgesia presenta Glasgow 7/15 (Respuesta ocular 1/4 (Ninguna). Respuesta verbal 1/5 (Ninguna). Respuesta motora 5/6 (al dolor). La Escala de Glasgow puntúa desde 3 (coma profundo) a 15 (sujeto normal) Se considera coma a una puntuación igual o inferior a 8.

Se administra tratamiento farmacológico, que incluye antibioterapia empírica con Cefuroxima (750 mg c/8 horas), se aplican cuidados generales ante la situación de gravedad presentada y se practican radiografías de tórax, analíticas, ecocardiograma y TAC craneo-cérvico-torácico. Se realiza neuromonitorización de presión intracraneal, presión de perfusión cerebral y presión tisular cerebral de oxígeno, etc.

Con los diagnósticos de politraumatizado (PLT): traumatismo craneo encefálico (TCE) severo con lesiones compatibles con lesión axonal difusa (LAD: El daño axonal

difuso es la causa más común de estado vegetativo persistente y de discapacidad grave después de un TCE), fractura de órbita derecha y traumatismo torácico cerrado (contusión pulmonar con neumotórax derecho).

- El 11 de marzo de 2010: hemocultivo y urocultivo negativos. Se modifica antibioterapia con cefotaxima y clindamicina.

- El día 16 de marzo de 2010: hemocultivos negativos. Aspirado bronquial (BAS) se detecta *enterobacter cloacae*. Se cambia antibioterapia a Meropenem.

- Se ha retirado paulatinamente la sedación a fin de valorar estado neurológico y se constata que el paciente permanece sin conexión con el medio, bastante reactivo a maniobras de enfermería pero se tranquiliza rápidamente, no apertura de ojos. Una vez retirada la sedación y a dosis mínima, se obtiene en la escala de Ramsay un grado IV: paciente dormido que responde vivamente a estímulos ligeros.

- El día 17 de marzo presenta fiebre mantenida a pesar de las medidas adoptadas, así como agitación, taquipnea, taquicardia e hipertensión. Se decide nuevamente sedoanalgesia alrededor de las 19:45 horas del mismo día 17. Se extraen hemocultivos que resultaron negativos y cultivo de exudado de herida también negativo.

- El día 18 se observa empeoramiento respiratorio en el contexto de cuadro infeccioso.

- El día 21 se añade a Meropenem otro antibiótico: Ciprofoxacino.

- En la fecha 22 de marzo de 2010: cultivo del catéter negativo y ya el cultivo del aspirado bronquial (BAS) resultó negativo. *Ello indica que ya no existe bacteria y que el tratamiento obtuvo resultados favorables.*

- El 24 de marzo, se practica traqueostomía.

- El 26 de marzo, se inicia descenso sedación a fin de valorar nuevamente el status neurológico y en la tarde del 27 de marzo consta: no parece conectar aunque se pone taquicárdico y taquipneico con la familia. Apertura de ojos espontánea (los ojos abiertos no implica conciencia de los hechos) reflejo amenaza ante estímulos dolorosos, no conecta con el medio, no dirige mirada, no obedece órdenes rotación externa de MSI, movimientos de flexoextensión de hemicuerpo izquierdo.

- El 30 de marzo, pasa a planta de hospitalización con Glasgow 7/15 (respuesta ocular 4/4 (espontánea). Respuesta verbal 1/5 (ninguna). Respuesta motora 2/6

(extensión anormal), cultivos negativos, sin antibioterapia y neumonía nosocomial por *E. Cloacae* resuelta, con radiografía de tórax sin infiltrados.

- En Cirugía Maxilofacial, dada la situación del paciente, se suspende la intervención quirúrgica por fractura de órbita a cargo de dicho servicio y pasa a planta de Neurocirugía tras valoración por Neurología.

- En planta de hospitalización, el día 31 presenta fiebre nuevamente y se solicita interconsulta a Medicina Interna. Reinicia tratamiento antibiótico con Tazocel 4g (piperacilina / tazobactam) c/8 h, y Vancomicina 1 g c/12 horas, así como Fluconazol 200 c/24

- El día 5 de abril, se retira Tazocel y se añade Meropenem 1 g c/8 h y Amikacina 1 g c/24 h.

- Se efectúa un seguimiento exhaustivo de su cuadro febril con manejo sistémico, medidas diagnósticas y terapéuticas que se modificaban conforme evolucionaba el cuadro clínico, con cobertura para microorganismos Gram+, Gram -, y hongos.

- El día 13 de abril, se añade Linezolid 600 mg y se retira Amikacina y Vancomicina. El día 20 se suspende Meropenem y Fluconazol por la Unidad de Control de infecciones.

- Entre los sucesivos resultados de microbiología se aprecia la negatividad en todos los cultivos realizados, hasta el día 22 de abril: 1 de abril: urocultivo, y hemocultivos negativos; 6 de abril: hongo *aspergillus* negativo; 7 de abril: micobacterias (tuberculosis) en orina negativo; 13 de abril: esputo y hemocultivo (X3) negativos; 14 de abril: cultivo de esputo negativo; 21 de abril: hemocultivos (X3) negativo; 22 de abril: extraído aspirado bronquial, una vez cultivado se detectan: *enterobacter cloacae* y *pseudomona stutzeri* multiresistente.

- El día 23 se ajusta nuevamente el tratamiento se retira Linezolid y se añade Soltrim (Trimetoprim y sulfametoxazol) y Tobramicina. Posteriormente, Quinolona por Tobramicina, Ciprofloxacino y Tigeciclina.

- Durante su estancia en planta se practican analíticas radiografías de tórax, es valorado por ORL, presenta crisis convulsivas parciales desde el día 14 de abril y se añade tratamiento, tratamiento rehabilitador, se practica gastrostomía y broncoscopia el 22 de abril.

- A pesar de cuantas medidas se adoptan en mayor o menor medida, persiste el cuadro febril. Por otra parte se conoce que la fiebre en un TCE en la que no se pueda demostrar un origen documentado se cataloga de fiebre central. La fiebre central que se produce en el TCE severo es por lesión del hipotálamo. Se hace referencia a ello en las anotaciones del día 7 y del 22 de abril de 2010

- Durante su estancia hospitalaria la evolución es desfavorable y el 27 de abril de 2010 se observa franco agravamiento que es valorado por Medicina Interna, Neurocirugía, y Unidad de Medicina Intensiva. Por parte de este Servicio, considerando el cuadro clínico de base, la situación del paciente y no observando al mismo subsidiario de tratamiento agresivo, se decide manejo conservador expectante y se explica a la familia el mal pronóstico en las próximas horas.

- Es *exitus* a las 05:00 horas del día 28 de abril de 2010. Consta en la historia clínica que se contacta con el médico forense, quien indica que no es obligatoria la autopsia al conocerse el diagnóstico final y la causa de la muerte.

2. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación presentada, al entender que no concurren en el presente caso los requisitos que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

En el expediente ha quedado acreditado a través de los diversos informes médicos que la actuación sanitaria ha sido ajustada a la *lex artis*, ya que se procuró al paciente la atención y tratamientos necesarios de acuerdo con la patología y los síntomas presentados en cada momento, resultando su fallecimiento una consecuencia de la grave situación que presentaba, dada su patología de base, que condicionaba seriamente sus expectativas de vida.

En contra de lo señalado por los reclamantes, al paciente no se le causó durante la estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos la perforación del pulmón derecho que diera origen a una neumonía.

En el expediente se encuentra acreditado a través de las anotaciones en la historia clínica y como indica el Servicio de Inspección que el traumatismo torácico cerrado con contusión pulmonar y neumotórax derecho fue una circunstancia con la que ingresó y fue observada en el TAC practicado, lo que requirió la colocación de drenaje torácico para evacuar fluidos. Se observó además contusión/condensación/atelectasia en lóbulo superior derecho pulmonar e infiltrados basales bilaterales que ya inicialmente se describen en la historia clínica

en correspondencia con neumonía aspirativa y, también desde el momento del ingreso, presentaba datos de posible infección respiratoria, al apreciarse fiebre con leucocitosis y neutrofilia.

Como señala el Servicio de Inspección, el politraumatismo pudo ocasionar la broncoaspiración que conllevó a una neumonía aspirativa, como fue expresado en la historia clínica ya desde su ingreso, así como los días 23 y 16 de marzo.

La asistencia sanitaria no fue pues la causante ni de la perforación del pulmón ni de la neumonía, padecida y detectada ya desde el momento del ingreso del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos. Desde este momento, además se le administró antibioterapia empírica.

El paciente por otra parte padeció diversos episodios febriles a lo largo de la estancia hospitalaria, por lo que se le realizaron diversos cultivos microbiológicos en aras a detectar posibles infecciones e identificar las bacterias causantes de las mismas. Como indica el Servicio de Inspección, si bien una antibioterapia empírica debe iniciarse inmediatamente después del diagnóstico clínico, los resultados de los citados cultivos tienen plazos superiores a 48 horas, por lo que, teniendo en cuenta la identificación de bacterias resultante, se reajusta o adapta la antibioterapia inicial. Ello justifica pues los diversos fármacos que le fueron pautados al paciente, a la vista de tales resultados y que consiguieron la desaparición de la infección, tal como consta en la historia clínica en relación con la neumonía, resuelta el 30 de marzo, o con la detectada tras aspirado bronquial el 16 de marzo, que ya dio resultados negativos dos días después.

Durante este periodo, fueron varios además los cultivos que dieron un resultado negativo (días 11 de marzo, 1, 6, 7, 13, 14 y 21 de abril).

A partir del día 31 de marzo, el paciente presenta fiebre nuevamente, por lo que se reinicia tratamiento antibiótico y se efectúa un seguimiento exhaustivo de su cuadro febril con manejo sistémico, medidas diagnósticas y terapéuticas que se modificaban conforme evolucionaba el cuadro clínico, con cobertura para microorganismos Gram+, Gram - y hongos, a pesar de lo cual continuaba el cuadro febril.

Esta situación puede explicarse, conforme señala el Servicio de Inspección, porque la fiebre en un traumatismo craneoencefálico severo en la que no se pueda demostrar un origen documentado se cataloga como fiebre central causada por la

lesión del hipotálamo, cuestión a la que se hace referencia en las anotaciones de la historia clínica de los días 7 y 22 de abril de 2010.

Los informes médicos ponen de manifiesto que el origen de la infección en este paciente es con mayor probabilidad endógeno, ya que existen circunstancias que pudieron favorecer la presencia de cuadro infeccioso de origen pulmonar. Así, el politraumatismo pudo ocasionar broncoaspiración que conllevara a una neumonía aspirativa como fue expresado desde su ingreso los días 10, 13 y 16 de marzo. Por otra parte, en paciente portador de sonda nasogástrica como evento imprevisible e inevitable es posible que ocurran broncoaspiraciones inaparentes de repetición, como se expuso el 16 de abril por Medicina Interna. Las broncoaspiraciones del contenido gástrico hacia el árbol respiratorio pueden provocar infección y por tanto neumonía. Asimismo, gérmenes habituales en la flora respiratoria pueden proliferar y causar infección respiratoria, que no se debe a la presencia de gérmenes anómalos sino a la alteración de los mecanismos defensivos frente a la infección.

Lo relevante en cualquier caso en orden a la valoración de la asistencia sanitaria es que, como indican los informes médicos, la cobertura antibiótica específica fue en todo momento la adecuada, como así lo justifican los resultados negativos en los cultivos de broncoaspirado (BAS) practicados y el hecho de que en sangre no se detectó en ningún momento microorganismo alguno. La asistencia sanitaria prestada al paciente resultó pues acorde con la sintomatología presentada en cuanto a los medios diagnósticos y tratamientos aplicados.

El paciente por otra parte no requería que se adoptaran las medidas de aislamiento a que aluden los reclamantes, pues, de acuerdo con la información obrante en el expediente, estas medidas se establecen en los casos en que su proceso sea muy contagioso en aras a evitar la propagación de la enfermedad que padece a otros pacientes, o en caso de que se encuentre inmunodeprimido para evitar que adquiriera una infección, sin que en este caso el paciente se encontrara en ninguna de estas situaciones.

Por último, tampoco deriva para la Administración sanitaria responsabilidad alguna por el hecho de que no se practicara la autopsia. Como consta en el expediente, se contactó con el médico forense, quien indicó que no es obligatoria su práctica al conocerse el diagnóstico final y la causa de la muerte, de donde deriva su innecesariedad y la corrección por consiguiente de la actuación sanitaria.

En definitiva, las actuaciones médicas llevadas a cabo evidencian que al paciente se le realizaron en todo momento las pruebas diagnósticas necesarias para la detección de posibles infecciones y que, cuando los resultados fueron positivos, se le pautó la antibioterapia adecuada para tratar de curar la enfermedad, por lo que la actuación sanitaria puede considerarse conforme a la *lex artis*.

Procede concluir pues que la Propuesta de Resolución, desestimatoria de la reclamación presentada, es conforme a Derecho, al no concurrir los requisitos determinantes de la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución se considera conforme a Derecho.