



Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 2ª)

La Laguna, a 29 de septiembre de 2017.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 282/2017 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

El objeto del presente dictamen, solicitado por el Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias, es una Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica. La solicitud de dictamen, de 13 de julio de 2017, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo el 21 de julio de 2017. De la naturaleza de esta propuesta se deriva la competencia 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, el primer precepto, con el art. 142.3, de carácter básico, de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC); la cual es aplicable, en virtud de la disposición transitoria tercera, letra a), en relación con la disposición derogatoria 2, a) y la disposición final séptima, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), ya que el presente procedimiento se inició antes de la entrada en vigor de esta última Ley.

Resulta igualmente aplicable el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP),

* Ponente: Sr. Belda Quintana.

aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, en virtud de lo establecido en la disposición transitoria tercera, a), en relación con la disposición derogatoria 2, d) y la disposición final séptima de la LPACAP.

II

1. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo y, por ende, del derecho a reclamar de (...), al pretender el resarcimiento de un daño que ha sufrido en su persona, como consecuencia, presuntamente, de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud.

Se cumple, por otra parte, 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.

2. Asimismo, se presentó la reclamación dentro del plazo para reclamar establecido en los arts. 142.5 LRJAP-PAC y 4.2 RPAPRP, pues el escrito de reclamación se presentó el 29 de agosto de 2013, respecto de un daño sufrido el 26 de noviembre de 2012.

3. 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 la Salud.

La resolución de la reclamación es competencia del Director del citado Servicio, 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.

III

1. El objeto de la reclamación que nos ocupa viene dado porque, según entiende la reclamante, estando hospitalizada en el Hospital Universitario Ntra. Sra. de La Candelaria (HUNSC), presentó un cuadro de sepsis con shock séptico por falta de control médico, habiéndose producido, a su entender, un retraso en el tratamiento oportuno para la bacteria causante, la *Klebsiella*, o un tratamiento inadecuado, ya que desde el día 23 de noviembre de 2012 presentaba resultados de esa bacteria,

además de los síntomas que iba presentando y que determinaron un empeoramiento y detrimento importante de la salud de la reclamante.

Se solicita por ello una indemnización que se cuantifica en 250.000 euros.

2. Constan en este procedimiento las siguientes actuaciones:

- El 3 de septiembre de 2013 se identifica el procedimiento y se insta a la reclamante a mejorar su solicitud mediante la aportación de determinada documentación y la proposición de pruebas, en su caso, de lo que recibe notificación el 6 de septiembre de 2013, viniendo a cumplimentar dicho trámite el 16 de septiembre de 2013.

- Por Resolución de 26 de septiembre de 2013, de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación, acordando, asimismo, la remisión del expediente a la Dirección Gerencia del HUNSC (pues, de conformidad con la Resolución de 22 de abril de 2004, de la Directora del Servicio Canario de la Salud, por la que se le delega competencia, aquella Dirección Gerencia es competente para la tramitación de este procedimiento y para proponer el correspondiente Informe-Propuesta, previo a la formulación por parte de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud de la Resolución que le ponga fin). De todo ello es notificada la interesada el 21 de octubre de 2013.

- Por escrito de 26 de septiembre de 2013 se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), que se emite el 10 de junio de 2016, tras haber recabado la documentación necesaria.

- El 20 de junio de 2016 se dicta acuerdo probatorio, que se notifica a la reclamante el 27 de junio de 2016, en el que se declara la pertinencia de las pruebas propuestas y se incorporan los informes recabados, acordando dar un plazo de 30 días a la reclamante para aportar el informe pericial solicitado. No obstante, ha de aclararse que tal informe pericial consistía en la emisión de informe por el Inspector Médico, lo cual se ha recabado ya por la Administración.

- El 6 de octubre de 2016 se acuerda la apertura del trámite de audiencia, lo que es notificado a la interesada el 18 de junio de 2016, presentando aquélla alegaciones el 28 de octubre de 2016.

- A la vista de aquellas alegaciones, se solicita al SIP informe complementario el 18 de noviembre de 2016 acerca del origen del germen detectado (Klebsiella),

motivo por el que los abscesos abdominales no curaban y tratamiento instaurado durante la sepsis. Tal informe se emite el 16 de diciembre de 2016.

- Así pues, dado que obra este nuevo documento en el expediente, se concede nuevamente audiencia a la interesada el 31 de enero de 2017, cuya notificación se recibe por aquélla el 15 de febrero de 2017. Se presenta escrito de alegaciones el 23 de febrero de 2017.

- El 7 de marzo de 2017 se emite Propuesta de Resolución por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud desestimatoria de la pretensión de la reclamante, emitiéndose en igual sentido borrador de Resolución del Director del Servicio Canario de la Salud. Sin embargo, la Propuesta de Resolución es informada desfavorablemente por el Servicio Jurídico el 25 de mayo de 2017.

- Así pues, mediante escrito de 31 de mayo de 2017 se solicita informe al Servicio de Medicina Preventiva del HUNSC, que lo emite el 22 de junio de 2017.

- Asimismo, el 31 de mayo de 2017 se insta a la reclamante a cuantificar su reclamación, cosa que hace el 16 de junio de 2017, si bien, ya en sus escritos de alegaciones la había cuantificado en 250.000 euros, lo que determinaría la preceptividad del dictamen de este Consejo Consultivo.

- El 20 de julio de 2017 se emite Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación de la interesada.

3. En este procedimiento, el plazo de resolución está vencido, sin que se justifique la demora, lo que, sin perjuicio de los efectos y responsabilidades que ello comporte, no exime a la Administración de resolver expresamente (arts. 42.1 y 7 y 141.3 LRJAP-PAC).

IV

1. En cuanto al fondo del asunto, la Propuesta de Resolución, como se ha señalado, desestima la pretensión de la reclamante al argumentarse, de conformidad con los informes obrantes en el expediente y la historia clínica de la paciente, que la actuación del Servicio Canario de la Salud fue conforme a la *lex artis*.

2. De acuerdo con la reiterada doctrina de este Consejo, con carácter previo al análisis de la Propuesta de Resolución, se ha de recordar, como de forma constante ha resaltado la jurisprudencia (SSTS de 24 de septiembre de 2004, 23 de septiembre de 2009, 29 de junio de 2011 y 11 de abril de 2014, entre otras muchas), que el criterio fundamental para determinar la existencia o ausencia de responsabilidad del

servicio público de salud radica en si sus agentes han actuado con violación o de conformidad con la *lex artis*, puesto que su funcionamiento consiste en proporcionar unos medios para prevenir o curar la enfermedad, pero sin garantizar sus resultados, porque la Medicina no ha alcanzado el grado de perfección que le permita la curación de todas las enfermedades y la evitación de la irreversibilidad de los estados patológicos ligados al devenir de la vida humana. La obligación de los servicios de salud es una obligación de actuar, sin que incluya la de responder en términos absolutos por las consecuencias de la actuación sanitaria, ya que, hoy por hoy, no se puede garantizar la recuperación de la salud, sino tan solo asegurar que se emplean todas las medidas conocidas para intentarlo y que se aplican correctamente de acuerdo con el estado de los conocimientos médicos y las circunstancias personales del paciente. El funcionamiento de dicho servicio consiste por tanto en el cumplimiento de una obligación de medios, no de resultados.

3. Teniendo en cuenta la referida doctrina sobre la obligación de medios, la Propuesta de Resolución es conforme a Derecho conforme a sus razonamientos.

De las alegaciones de la interesada se deriva que imputa el daño a dos causas diferenciadas. Por un lado, a la contagio de una infección por causa de una bacteria propia del entorno hospitalario, y, por otro, al inadecuado tratamiento de la infección una vez adquirida.

1) Pues bien, en relación con la primera causa, el informe emitido el 22 de junio de 2017 por el Servicio de Medicina Preventiva del HUNSC, señala que si bien se menciona el aislamiento de *Klebsiella pneumoniae* en orina y hemocultivo el día 9 de diciembre de 2012, analizado el antibiograma del aislamiento, resulta tratarse de una cepa multisensible, con sólo resistencia a la ampicilina, que es intrínseca a la propia bacteria. Ello, al contrario de lo señalado anteriormente por el informe del SIP, que indicaba que se trataba de una bacteria de difícil erradicación por ser resistente a muchos antibióticos, mas, no es éste el servicio al que corresponde informar sobre este punto.

Este dato deberá corregirse en la Propuesta de Resolución, en cuyo Fundamento de Derecho Séptimo se reitera aquella información, luego corregida por el Servicio afectado (Medicina Preventiva).

Señala el citado informe de Medicina Preventiva que ninguna norma o guía exige, ni siquiera recomienda, la vigilancia de esta bacteria en el ámbito hospitalario, pues

la vigilancia se limita a las bacterias con multirresistencia antibiótica, por lo que, desde esta perspectiva, el servicio asistencial no ha vulnerado la *lex artis ad hoc*.

Además, se añade que es difícil determinar con precisión el origen del microorganismo hallado en la paciente, pero se trata de bacterias que colonizan de forma normal y habitual el tracto digestivo de cualquier persona, siendo lo más probable que se trate de una infección endógena, ya que la paciente tenía varios factores de riesgo para que se diera ese caso, por lo que concluye el citado informe que no parece probable que su aislamiento implique de forma necesaria un fallo en la vigilancia y control de infecciones nosocomiales en el HUNSC por esta bacteria, vigilancia, que, en todo caso, que como dijimos, no es exigible para esta bacteria.

Y es que, efectivamente, como se detrae también de los demás informes recabados en este procedimiento, en especial, del informe del SIP de 16 de diciembre de 2016, las bacterias del género de las Klebsiellas normalmente afectan a personas con el sistema inmunológico deprimido. Así es el caso de la reclamante, paciente inmunodeprimida como consecuencia de sus propias patologías previas, al ser una paciente tratada de cáncer, con infecciones además por otros patógenos, siendo los antecedentes, la inmunosupresión y debilidad favorecedores de la aparición de patologías, en muchos casos infecciosas, por los propios gérmenes que viven en nuestro organismo de forma saprófita y que pasan a ser patógenos, de la misma forma que aumenta la sensibilidad a agentes patógenos externos, como ha ocurrido en este caso.

2) En relación con la segunda causa a la que la reclamante atribuye la responsabilidad a la Administración, esto es, el inadecuado tratamiento a la infección, debemos señalar, ante todo, que se trata de una paciente atendida en un proceso de múltiples patologías interrelacionadas, que dieron lugar a una atención multidisciplinar.

El SIP expone, como se recoge en la Propuesta de Resolución, que nos hallamos ante una evolución del proceso que empieza con la patología causante. Las características individuales de disminución de defensas, el proceso en sí y el tratamiento que recibe desde el principio de su historial clínico ayudaron a su generación.

El caso fue muy complejo, con muchas incidencias, con la necesidad de implicación de varias especialidades médicas y pruebas diagnósticas para su estudio y tratamiento conveniente, que se realizaron en cada momento.

El SIP, ante el estudio y valoración de la documentación clínica y los informes médicos aportados por parte del Servicio de Cirugía General y de Ginecología del HUNSC, concluye con que el problema principal e inicial de la paciente surge con la aparición del carcinoma. «Lo que ocurre después puede o no ser consecuencia directa del tratamiento, pero sí lo es del intento de preservar su vida, teniendo en cuenta siempre las particularidades individuales del caso médico y de las circunstancias acompañantes.

La paciente fue atendida en todo momento de su patología cancerosa inicial. Prueba de ello fue la consecución de la remisión completa del cáncer de cuello uterino que padecía. Pero también lo fue de las complicaciones que fueron surgiendo con posterioridad, de lo cual hay constancia en toda la documentación médica, en la que se comprueba la puesta a disposición de la paciente de todos los medios, tanto personales como técnicos, con objeto de conseguir la curación y resolución de las mismas».

Así constan, efectivamente, en la historia clínica de la paciente los siguientes datos:

«- Con fecha 27 de diciembre de 2011, es diagnosticada de carcinoma de cuello uterino estadio II B, con afectación de fondo de saco vaginal y parametrio izquierdo. Ante ciertos hallazgos en TAC, se realiza estudio en riñón izquierdo, emitiendo como diagnóstico: vascularización y tamaño disminuidos, con hipofunción referida a dos tercios inferiores. Dilatación pielocalicial y cálculo coraliforme (este último diagnosticado ya en 2008)

- Con Fecha 25 de enero de 2012 se realiza linfadenectomía retroperitoneal paraaórtica. RT recibe el alta Hospitalaria con fecha 30 del mismo mes y año, y el resultado de anatomía Patológica tras el estudio de los ganglios linfáticos extirpados, fue negativa para metástasis.

- Entre los días 6 de marzo y 19 de abril de 2012, recibe tratamiento con Radioquimioterapia. Con fecha 22 de mayo de 2012 recibe tratamiento complementario en el Servicio de Oncología Radioterápica del HUC, con implante de braquiterapia endocavitaria de baja dosis, de intención radical

- Con fecha 27 de julio de 2012 ingresa en urgencias del HUNSC con cuadro incapacitante de unas dos semanas de evolución que le impide la marcha y la extensión de la cadera derecha el dolor incide en región lumbar derecha y se irradia a miembro inferior derecho (MID). Además presenta leucorrea importante. Tras realización de TAC se objetiva colección en músculo ilíaco derecho, absceso. Se instaura antibioterapia empírica.

- Con fecha 9 de agosto de 2012 se realiza punción y drenaje, extrayendo 12 ml de líquido purulento. La cantidad de líquido esperado es de unos 36 ml, por lo que se deja

drenaje percutáneo. Se constata germen *Streptococcus Anginosum* en el líquido extraído y se trata con antibioterapia (Levofloxacino) durante 14 días.

- Se realiza nuevo TAC abdomino-pélvico con fecha 15 de agosto de 2012, en el que se observa importante disminución del absceso.

- Con fecha 27 de agosto, se retira drenaje percutáneo y comienza con empeoramiento clínico y dolor incapacitante. Tras nuevo TAC el día 29 de agosto, se observa nueva colección abscesificada en músculo psoas ilíaco-derecho. Se traslada al servicio de Cirugía General y el día 30 de agosto de 2012 se realiza drenaje y limpieza quirúrgicos del absceso. Se cita en la Unidad del Dolor con fecha 19 de septiembre para pautar analgesia conveniente.

- El día 20 de septiembre de 2012 acude a urgencias con dolor en cadera derecha, impotencia funcional y fiebre. Se realiza nuevo TAC de abdomen y pelvis, resultando colección hidroaérea en psoas iliaco derecho, compatible con absceso, con trayecto fistulizado hasta herida quirúrgica. Hidronefrosis izquierda grado III con uréter dilatado. Ingresa por recidiva de absceso de psoas con drenaje quirúrgico que se realiza el mismo día.

Antes de recibir el alta hospitalaria se realiza RMN, presentando discos herniados L4-L5 y L5.S1. Reemplazo graso post radioterapia en L5-Sacro. Tras mejoría clínica de la paciente se procede al alta el día 9 de octubre de 2012, con tratamiento médico pautado, rehabilitación solicitada, curas locales, citas en consulta de Oncología Radioterápica, control por su médico de cabecera y cita con Cirugía digestiva para revisión y control.

- Con fecha 31 de octubre, acude por empeoramiento clínico, dolor e impotencia funcional en pierna, vómitos y función renal alterada. Tras TAC urgente de abdomen se observa persistencia de la colección en iliopsoas derecho pero de menor volumen que en estudios previos. Hidronefrosis izquierda grado III por cálculo coraliforme, más uropatía obstructiva derecha. Insuficiencia renal crónica reagudizada y nódulo pulmonar en lóbulo inferior derecho.

- Se realiza cirugía abdominal urgente el día 1 de noviembre de 2012 con lavado y drenaje de absceso en psoas, Debido a la obstrucción ureteral derecha que presentaba, se efectúa nefrostomía derecha. Esta intervención consiste en desviar el curso de la orina desde el riñón a la piel.

- El día 12 de noviembre se objetiva en RMN la práctica desaparición del absceso en psoas derecho. Se realiza ileocolonoscopia el día 13 de noviembre, con resultado normal.

- Se realiza interconsulta con la Unidad del Dolor, Neurología, Rehabilitación, Urología y Traumatología. Neurocirugía refiere que padece dolor neuropático, y en RMN no se aprecia patología neuroquirúrgica ni patología del nervio periférico.

- El día 21 de noviembre de 2012, Radiología intervencionista coloca catéter llamado de doble jota, desde el riñón derecho a través de la nefrostomía hasta la vejiga urinaria para asegurar el tránsito de orina. En este momento se objetiva levadura, por lo que Urología

recomienda tratamiento con fluconazol (fármaco micostático) durante 7 días y posterior urinocultivo.

- Con fecha 26 de noviembre, mientras permanece ingresada, refiere dolor importante en la pierna, el cual aumenta es remitida a Neurocirugía y a la Unidad del dolor. No presenta fiebre. Se realizan diversas pruebas (urinocultivo, ecodoppler urgente y ecografía abdominal). Se descarta trombosis venosa profunda.

- El día 4 de diciembre se realiza nuevo TAC abdominal y RMN que confirma hernia discal L4-L5 y cambios post-radioterápicos.

- El día 9 de diciembre se confirma que el absceso abdominal no presenta cambios significativos respecto al estudio anterior, presentando un trayecto fistuloso que comunica con la pared intestinal. Este mismo día se produce empeoramiento del estado de la paciente. Presenta leucorrea maloliente, febrícula e hipotensión arterial. Se solicita analítica urgente, hemocultivos e interconsulta al Servicio de Ginecología. Se desarrolla cuadro de sepsis con shock séptico secundario a pielonefritis aguda por *Klebsiella* y absceso psoas-ilíaco recidivante fistulizado a vagina e insuficiencia renal aguda.

Se realiza intervención quirúrgica urgente ese mismo día, con drenaje del absceso por laparotomía y vía vaginal. En esta cirugía intervienen los Servicios de Cirugía General y Ginecología. Se deja colocado un drenaje vaginal y se mantiene antibioterapia durante 14 días.

- Mientras se recupera del shock séptico, presenta debilidad e incapacidad para la marcha del MID. Se realiza interconsulta al Servicio de Traumatología y de Rehabilitación. La Sacrolileitis ya diagnosticada y tratada con anterioridad no es operable y tampoco mejora con la Rehabilitación.

- Vuelve a presentar fiebre, con hemocultivos positivos, y en TAC de 10 de diciembre se constata la persistencia de absceso en psoas derecho, sacrolileítis y derrame pleural bilateral. También se presentan datos de pielonefritis en riñón derecho. Por todo esto, se realiza interconsulta a Medicina Interna.

- TAC de abdomen y pelvis de fecha 24 de diciembre de 2012, en el que se muestra de nuevo absceso y signos de sacrolieítis derecha. En el resto se observa mejoría.

- Debido a la complejidad del caso clínico, se organiza reunión multidisciplinar entre los Servicios de Área Quirúrgica, Cirugía, Ginecología, Urología, Radiología intervencionista, Medicina Interna, Traumatología y Rehabilitación (folio nº 148 del EA). Se desestima tratamiento quirúrgico en ese momento, por lo que se decide drenaje percutáneo del absceso retroperitoneal el día 22 de enero de 2013.

Se realizan lavados, analíticas, hemocultivos, urinocultivos, cultivos de la herida quirúrgica, cultivos seriados del drenaje y, al menos, un TAC mensual.

- Hay mejoría clínica y retiran sondaje vesical se objetivan retenciones urinarias importantes e indican cateterización vesical pautada cada 4 horas y estudio de vejiga neurógena al alta.

- Se realiza exploración ginecológica en quirófano no observando recidiva tumoral. Se realiza interconsulta a Medicina Interna, a Traumatología y Urología.

- Se solicita segunda opinión médica a instancia de la familia, al Servicio de Ginecología del HUC.

- En TAC de 4 de abril de 2013 se observa dilatación pseudoaneurismática de la arteria hipogástrica derecha. Se decide retirada del drenaje y recambio del catéter doble J.

- Nueva reunión multidisciplinar de todos los Servicios implicados para las indicaciones de la paciente tras recibir el alta, siendo portadora de catéter doble J, y sondaje vesical permanente.

Se pautan citas para el día 26 de abril de 2013.

Se pautan Urinocultivos y tratamiento antibiótico del Servicio de Infecciosos Medicina Interna.

El Servicio de Rehabilitación insta ejercicios diarios en centro hospitalario con carácter urgente.

El Servicio de Radiología Intervencionista organiza los próximos recambios de catéter y RMN de control del carcinoma de pelvis se organizan las citas de la paciente con los diferentes Servicios hospitalarios que la atienden, controles, TAC (24 de mayo de 2013), rastreo corporal con GA67 (19 de julio de 2013), etc.

- Con fecha 10 de junio de 2013 ingresa por urgencias por cuadro febril, tras control telefónico en su domicilio. Es ingresada por sepsis de origen urinario a cargo de Medicina Interna se realizan pruebas radiológicas, analíticas, tratamiento, seguimiento (...).

Se realiza citología cérvico vaginal, informada como L-SIL (anomalías superficiales leves del epitelio del cuello uterino, causadas por una infección de virus del papiloma humano.

- Se cursa alta con hospitalización a domicilio (HADO) con fecha 5 de agosto de 2013. Se realiza seguimiento clínico y se administra tratamiento antibiótico endovenoso diario en la Unidad de Hospitalización Polivalente de Medicina Interna. Controles analíticos semanales, urinocultivos, cambio de sondaje (...).

- Con fecha 30 de agosto se realiza nuevo drenaje quirúrgico de absceso retroperitoneal por parte de Cirugía General y tratamiento médico subsiguiente.

- El día 20 de septiembre de 2013 se realiza drenaje, lavado y tratamiento médico de la sepsis urinaria.

- El 9 de diciembre del mismo año se amplía el orificio fístulo-vaginal por el Servicio de Ginecología de guardia, y el día 12 del mismo mes y año, nuevo drenaje del absceso y lavados vía vaginal y por herida quirúrgica. Se valora Fibrosis Retroperitoneal.

- El día 27 de diciembre de 2013 acude al Servicio de Urgencias del HUNSC por fiebre y dolor de cadera mayor de lo habitual se realiza analítica y se trata como infección de orina en paciente con fístula útero-vesical, además de con los diagnósticos previos y sacroileítis derecha se realiza Gammagrafía articular con sospecha de osteomielitis ilíaca, con resultado: "descartar trastorno del metabolismo óseo en general y signos de Gammagrafía sugestivos de probable osteomielitis en articulación sacrolilíaca derecha".

El diagnóstico es:

- Carcinoma de cérvix estadio IIB en remisión completa.
- L-SIL en última citología de 15 de marzo de 2013
- Absceso retroperitoneal derecho recidivante tras quimioterapia y braquiterapia
- Shock séptico secundario a pielonefritis derecha y a absceso retroperitoneal derecho
- Infecciones del tracto urinario de repetición. Candidemia tratada y resuelta. Infección de la herida quirúrgica tratada.
- Sacroileítis derecha secundaria
- Fibrosis retroperitoneal severa
- Riñón izquierdo anulado por cálculo coraliforme
- Riñón derecho con catéter doble J
- Dilatación pseudoaneurismática de la arteria hipogástrica derecha
- Afectación de ambos nervios ciáticos sin polineuropatía periférica.
- Posible vejiga neurógena, pendiente de estudio en consultas externas del Servicio de Urología.

Continúa con sus citas con los diferentes especialistas, así como control con HADO».

Como se informa por el SIP, tras ser tratada de cáncer de cuello uterino, mediante intervención quirúrgica y posterior radioterapia, quimioterapia y braquiterapia, la paciente, ya en remisión total de su cáncer, sufre un primer absceso del psoas a los dos meses de finalizar los tratamientos del carcinoma, siguiendo varios episodios posteriores de repetición.

Asimismo, el informe del SIP explica que el absceso en psoas suele presentarse de forma anodina e insidiosa, y se asocia a un estado general deteriorado. Los de

foco secundario, como el caso que se analiza, proceden de las infecciones de órganos y estructuras vecinas, tanto del retroperitoneo como los intraperitoneales, siendo los focos más frecuentes los digestivos y las patologías urológicas como la pielonefritis.

Es posible que se genere un shock séptico. El diagnóstico no es fácil debido a la inespecificidad de la clínica y la infrecuencia con la que se presentan. El TAC es la prueba más específica tanto para el diagnóstico como para el seguimiento. Una vez diagnosticado el proceso, el plan terapéutico es sencillo: se instaura tratamiento intravenoso y se drena el contenido del absceso. En caso de recidiva se puede recurrir a cirugía amplia, se hace drenaje con tubo y se mantiene hasta que la cavidad esté obliterada y cese la producción de pus.

Sin tal tratamiento, la mortalidad es del 100%, siendo la sepsis la causa más frecuente, por lo que tales tratamientos en la reclamante tenían por objeto salvar su vida, como efectivamente se logró.

Se explica, por otra parte, en el informe complementario del SIP, que la no curación de los abscesos, aparecidos tras los tratamientos del carcinoma de la paciente, se debió a su estado, complicado por estar inmunodeprimida, dadas sus patologías existentes, afectada por múltiples infecciones por tales causas, y tratada con muchos antibióticos para aquéllas, todo un conjunto de causas que impedían la curación de la paciente, por lo que se atendió a la misma desde los distintos servicios implicados adoptando todas las medidas diagnósticas y terapéuticas existentes conforme a la *lex artis ad hoc*.

Por todo lo expuesto, cabe concluir que la actuación de los servicios sanitarios fue conforme a la *lex artis* en todo momento, poniéndose a disposición de la reclamante todos los medios de que dispone el servicio de salud, con realización de pruebas diagnósticas, intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos en función de las patologías que presentaba la misma, máxime en un caso complicado como el que nos ocupa, logrando salvar la vida de la paciente, por lo que debe desestimarse la pretensión indemnizatoria de la reclamante, tal y como hace la Propuesta de Resolución.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, desestimatoria de la reclamación presentada por (...), resulta conforme a Derecho.