



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 4 / 2 0 1 8

(Sección 1ª)

La Laguna, a 11 de enero de 2018.

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. 457/2017 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica.

2. El interesado en este procedimiento no ha cuantificado la indemnización que reclama. Sin embargo, la Administración ha solicitado el presente Dictamen, por lo que se ha de presumir que valora que el importe de la indemnización supera los seis mil euros. Esta cuantía determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Consejero para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 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). Esta Ley es aplicable en virtud de lo dispuesto en 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.

* Ponente: Sr. Fajardo Spínola.

Resulta igualmente aplicable el 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, en virtud de lo dispuesto en la disposición transitoria tercera, a), en relación con la disposición derogatoria 2, d) y la disposición final séptima de la citada LPACAP.

II

1. (...) formula con fecha 20 de mayo de 2015 reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños supuestamente causados por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud en la asistencia sanitaria que le fue prestada.

El reclamante expone en su escrito inicial, entre otros extremos, lo siguiente:

- Ingresó en el Hospital de Lanzarote Dr. José Molina Orosa el día 18 de enero de 2014 por el Servicio de Urgencias por una patología discal, dolor cervical y lumbar izquierdo severo, tras no remitir en la Unidad del Dolor, a fin de ser intervenido de hernias discales múltiples, pasando a planta y una vez valorado por el traumatólogo ese día le inyectan morfina y calmantes por vena y así se le mantiene hasta nueva decisión.

- El 27 de febrero de 2014, continuando en dicha situación, comienza con un foco febril que va subiendo considerablemente, sin que se precise el mismo, se le trata con cloxacina, apareciendo lesiones violáceas, compatibles con embolismos periféricos de MID dos días después y tras análisis de las lesiones aparecidas se demuestra que ha contraído una infección bacteriana por staphylococcus meticilin resistente, degenerando la misma en vegetaciones aórticas de infarto esplénico sintomático el 31 de enero de 2014, por lo que tuvo que ser aislado ante la infección contraída y ante el agravamiento, quedando en estado comatoso. Es trasladado a través del helicóptero SAR al hospital Dr. Negrín de Gran Canaria el 3 de febrero de 2014 al Servicio de Cirugía cardíaca, donde se objetiva empeoramiento respiratorio, ingresando en UMI y el 5 de febrero de 2014 se realizó RVAS con prótesis Carbomedis 25 cm, objetivándose gran destrucción de velos valvulares aórticos y vegetaciones. Recibe el alta hospitalaria el 24 de marzo de 2014 con el siguiente diagnóstico: Endocarditis infecciosa aguda sobre válvula aórtica infecciosa aguda sobre válvula aórtica por Staphilococcus aureus- resistente, definida. Complicaciones graves: embolismo cerebrales, esplénicos y de MII, IAO Severa, ICC grave, DRA, bacteremia de brecha, absceso esplénico. Recambio valvular aórtico. Prótesis mecánica Carbomedies 25. Anticoagulación crónica. Seroma retro esternal. Derrame

pericárdido y pleural leves. Daño renal agudo grave, AKI. Insuficiencia cardíaca congestiva. Derrame pleural. Bacteremia por *Serratia marcescens*. Neumonía eosinófila. Insuficiencia respiratoria aguda. Infartos cerebrales izquierdos. Anemia moderada multifactorial (enfermedad grave, infección). Trastorno hidroelectrolítico. Malnutrición proteica multifactorial (enfermedad grave, escasa ingesta, vómitos, infección). Gripe A H1N1. Dolor externo inespecífico.

Se remite al paciente para su seguimiento al Servicio de Medicina Interna y posteriores revisiones en el Hospital Dr. Negrín.

- El 28 de abril de 2015 ingresa de nuevo en el Hospital Dr. Negrín para ser intervenido nuevamente por dolor torácico y el 29 de abril de 2015 bajo anestesia general se procede a la apertura y exploración de herida quirúrgica previa, encontrándose esternón íntegro con fusión total y alambres esternales rotados que justificaba las quejas de dolor, por lo que proceden a la extracción de los mismos y al cierre de la herida quirúrgica, procediendo a dar de alta y retirada de puntos a los diez días en Lanzarote.

El reclamante entiende que las diferentes patologías padecidas han sido consecuencia de la infección que contrajo en el Hospital Dr. José Molina Orosa por vía intravenosa. Sostiene por ello la existencia de una evidente relación de causalidad entre la asistencia sanitaria y el daño producido, pues lo que iba a ser una intervención quirúrgica de hernias discales por el Servicio de Traumatología del citado Hospital terminó siendo tratado en el Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín, tras desencadenarse una serie de patologías de gravedad al ser infectado en el Hospital de Lanzarote, provocando una endocarditis infecciosa por *staphylococcus aureus* meticilin resistente, lo que dio lugar a sucesivas intervenciones. Estas patologías le habrían generado además secuelas irreversibles, que dieron lugar a una declaración de incapacidad permanente absoluta.

No cuantifica la indemnización que solicita.

2. En el presente procedimiento el reclamante ostenta la condición de interesado en cuanto titular de un interés legítimo, al alegar daños personales como consecuencia de la actividad sanitaria, pudiendo, por tanto, iniciar el procedimiento.

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.

3. La reclamación ha sido presentada el 20 mayo de 2015, en relación con la asistencia sanitaria prestada desde enero de 2014 y que continuaba con posterioridad a la presentación de su escrito. No resulta por ello extemporánea, al haber sido presentada antes del transcurso del plazo de un año que al efecto prevé el art. 142.5 LRJAP-PAC.

4. 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 Autónoma, 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 Canario de la 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.

5. En la tramitación del procedimiento no se ha incurrido en irregularidades formales que impidan la emisión de un Dictamen de fondo.

Consta en el expediente que la reclamación fue correctamente calificada y admitida a trámite, tras su subsanación por el interesado, mediante Resolución de la Secretaría del Servicio Canario de la Salud de 24 de junio de 2015 (art. 6.2 RPAPRP), en la que asimismo se resuelve comunicar al interesado que con la misma fecha se solicita, a través del Servicio de Inspección y Prestaciones, el informe del Servicio cuyo funcionamiento haya causado la presunta lesión indemnizable, con suspensión del plazo para resolver el procedimiento y notificar la resolución por el tiempo que media entre la solicitud del informe preceptivo y la recepción del mismo y, en todo caso, por un plazo máximo de tres meses.

Con fecha 23 de febrero de 2017 se emite informe por el mencionado Servicio y a él se acompaña copia de la historia clínica del reclamante obrante en el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín (HUGCDN) y en el ámbito de la Gerencia de Servicios Sanitarios del Área de Salud de Lanzarote. Se adjunta asimismo el informe del Jefe de Servicio de Neurocirugía del HUGCDN y de los Servicios de Medicina Preventiva, Traumatología, Medicina Interna y Microbiología del Hospital Dr. José Molina Orosa de Lanzarote.

Consta también en el expediente el acuerdo sobre el periodo probatorio, en el que se admitieron las pruebas documentales propuestas por el interesado y se incorporaron, como prueba documental, los informes recabados por la Administración. Asimismo, se procedió a la apertura de un periodo probatorio de treinta días a fin de que por el reclamante se aportase el dictamen pericial propuesto, lo que no llevó a efecto.

Al reclamante se le ha otorgado en esta misma fecha asimismo trámite de audiencia (art. 11 RPAPRP). Notificados ambos acuerdos el reclamante no efectúa alegación alguna.

El procedimiento viene concluso con la preceptiva Propuesta de Resolución, desestimatoria de la reclamación formulada, que fue informada por la Viceconsejería de 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.

6. En este procedimiento 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 su resolución, pesando sobre la Administración la obligación de resolver expresamente, a tenor de lo establecido en los arts. 42.1 y 43.3.b) LRJAP-PAC.

III

1. Por lo que se refiere al fondo del asunto, constan en el expediente los siguientes antecedentes relevantes, tal como han sido puestos de manifiesto por el Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) en su informe, con fundamento en los datos obrantes en la historia clínica:

- El reclamante acude el 18 de enero de 2014 al Servicio de Urgencias del Hospital Dr. José Molina Orosa por un cuadro llamativo de dolor cervical y lumbar irradiado a ambas extremidades izquierdas con anestesia de las mismas y, además, dolor en hemicara izquierda con sensación de acorchamiento y paresia de forma episódica. Como antecedente presentaba hemiparesia izquierda lentamente progresiva en los últimos dos años, múltiples hernias discales y empeoramiento de su patología discal.

A la llegada del paciente se canaliza vía venosa periférica en MSD y se administra tratamiento analgésico.

- Ingresar en el S. de Traumatología para control del dolor. Se solicita, en fecha 18 de enero, interconsulta al S. de Neurología.

En estudio analítico, de fecha 19 de enero de 2014, se destaca: Leucocitos: 19,50 x 1000/uL (normal 4-12); Neutrófilos 89,40% (36-66); Linfocitos 7,60% (24-44); Monocitos 2,90% (5- 11).

Se administrara cloruro morfíco iv, diazepam sl, haloperidol amp, pantoprazol y fentanilo.

- En fecha 23 de enero de 2014 en valoración por el Servicio de Rehabilitación: ingresado por dolor en región cervical con irradiación a MSI y MII. Ha estado con bomba de morfícos pero continúa con dolor. Está pendiente de EMG. Mielopatía vs radiculopatía.

Al cese de la bomba, en fecha 24 de enero de 2014, se describe vía venosa periférica permeable al igual que en el día siguiente.

En fecha 26 de enero se retira la vía venosa periférica y se canaliza una nueva en MSI. Se mantiene afebril.

- En fecha 27 de enero hace un primer pico febril (39,2°C). Se extrae hemocultivos, se recoge muestra de orina y ante la persistencia de la fiebre se inicia tratamiento con Cloxaciclina. No presenta disuria, ni tos ni disfagia, vía venosa periférica con buen aspecto.

En EMG de 28 de enero de 2014: Neuroapraxia del nervio mediano a su paso por el túnel carpiano de intensidad moderada. Neuroapraxia del nervio cubital a su paso por el codo izquierdo de intensidad moderada. Radiculopatía cervical C5-C6 crónica con signos de reagudización, presentando actividad denervativa aguda moderada en la musculatura tributaria de dicha raíz. Afectación radicular lumbosacra crónica izquierda a nivel L4-L5, L5-S1 con presencia de actividad denervativa aguda profusa en el territorio tributario de L4-L5 izquierdo.

En la misma fecha se describe vía venosa periférica permeable. Picos febriles en la mañana y afebril por la noche. Se realiza interconsulta al Servicio de Rehabilitación y a la Unidad del Dolor.

- En fecha 29 de enero el Servicio de Microbiología comunica que en el hemocultivo está creciendo *Staphylococcus aureus*. El tratamiento antibiótico inicial se modifica a vancomicina tras el resultado de antibiograma de resistencia a cloxacilina, quinolonas y aminoglucósidos (probablemente no gentamicina).

Se retira vía venosa periférica y realiza cultivo de catéter ante la posibilidad de contaminación. Se canaliza vía en MSD.

Resultado de los estudios microbiológicos: Hemocultivo: se aísla *Staphylococcus aureus*. Urocultivo: Negativo. Cultivo de punta de catéter: Negativo.

- En la tarde del 29 de enero presentó lesiones violáceas en pie izquierdo. Realizada interconsulta al Servicio de Medicina Interna y ante la sospecha de vasculitis leucocitoclástica se realiza biopsia. El 30 de enero se consulta a Dermatología que añade la posibilidad de embolismo de colesterol al diagnóstico diferencial.

En angioRM TSA de la misma fecha se informa de estenosis crítica de arteria vertebral. Se comenta en sesión clínica del día 30 de enero no impresionado de estenosis.

- En ecocardiograma de 31 de enero de 2014: Varias vegetaciones filiformes a nivel de la válvula aórtica, la más larga de unos 11 mms. Aorta trivalva. Insuficiencia moderada. No signos de absceso valvular. Compatible con endocarditis aórtica e insuficiencia aórtica moderada.

Tras el diagnóstico de endocarditis infecciosa se modifica el tratamiento antibiótico añadiendo gentamicina a la vancomicina.

A las 16:45 dolor epigástrico de mucha intensidad. Valorado por los Servicios de Medicina Interna y Cirugía General y Digestiva se descarta abdomen quirúrgico. Sepsis grave.

Se solicita ecografía abdomino-pélvica en la misma fecha bajo el motivo de dolor abdominal en paciente con endocarditis bacteriana. En TAC: Hallazgos compatibles con infarto esplénico y renal como primera posibilidad. Dada la clínica no se puede descartar absceso esplénico en formación. Con posterioridad presentó deterioro desde el punto de vista respiratorio, se decide traslado al Servicio de Cirugía Cardíaca de referencia.

- En fecha 31 de enero de 2014 se remite a Microbiología dos muestras de exudado de las fosas nasales, uno de la derecha y otro de la izquierda para descartar el estado de portador de *Staphylococcus aureus*. El resultado fue negativo para el exudado de fosa nasal derecha y en la fosa nasal izquierda se aislaron escasas colonias de *Staphylococcus aureus* meticilin resistente (SARM).

- En fecha 1 de febrero de 2014 se describe, en valoración por el Servicio de Medicina Intensiva, estable, no hay datos compatibles con sepsis grave y/o shock séptico, disfunción cardíaca secundaria a valvulopatía. No precisa ingreso en el Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Existe una patología abdominal, infarto esplénico (complicación frecuente en infección por *Staphylococcus aureus*) que justifica la clínica. Una vez instaurado el tratamiento antibiótico adecuado y controlado el dolor, sólo se recomienda vigilancia adecuada, hidratación para prevenir una posible disfunción renal [contraste IV antibióticos nefrotóxicos con altas dosis (...)] y ajuste de dosis de vancomicina.

Como diagnósticos en el traslado a Cirugía Cardíaca: Endocarditis infecciosa de válvula aórtica por *Staphylococcus aureus* meticilin resistente. Insuficiencia aórtica moderada. Infarto esplénico. Posible infarto renal. Lesiones vasculíticas compatibles con vasculitis leucocitoclástica y/o embolismo séptico.

- Ingresa en el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín el 3 de febrero de 2014 bajo el motivo de endocarditis infecciosa por *Staphylococcus aureus* meticilin resistente.

En fecha 5 de febrero de 2014 se practica recambio de válvula aórtica con prótesis Carbomedic, observándose destrucción de velos valvulares aórticos y vegetaciones.

Se traslada a la Unidad de Enfermedades Infecciosas durante el periodo 3 de febrero a 24 de marzo de 2014. Presentó fiebre. No cefaleas, no síntomas ORL, respiratorios, cardíacos, gastro-hepáticos, intestinales, urinarios, articulares ni cutáneos.

En la exploración hemiparesia izquierda de desarrollo secuencial, proximal y distal de MII seguida de proximal y distal MSI en el transcurso de dos años.

Hemocultivos y cultivo valvular: *Staphylococcus aureus* meticilin resistente. Hemocultivos (de brecha) y cultivo absceso esplénico (17 de febrero): *Serratia marcescens*. Urocultivo, cultivo exudado nasal, rectal y faríngeo normales o negativo.

- Evolución:

Endocarditis infecciosa: Mala evolución con embolismos cerebrales, esplénicos y de MII. Insuficiencia aórtica severa aguda con ICC severa. RVAo con buena evolución inicial. Cultivo valvular positivo y hemocultivos positivos en el 12º día posoperatorio. Hemocultivos negativos en la actualidad. DRA nefrotóxico resuelto. Absceso esplénico

y bacteriemia de brecha (16/2/14): Complicación de bacteriemia posiblemente de catéter sobre infartos esplénicos previos. Curado clínica y ecográficamente. Insuficiencia respiratoria aguda: Neumonía eosinófila resuelta. Malnutrición proteica, anemia: Complicación inespecífica de infección, estancia en UMI, extracciones de sangre frecuentes (...) Trastorno hidroelectrolítico, hiponatremia ligera, hipopotasemia moderada e hipomagnesemia leve: Secundaria a enfermedad grave, intolerancia digestiva con vómitos infrecuentes, ocasional diarrea, enfermedad respiratoria (...) Hemiparesia izquierda: Signos ENG de radiculopatía y neuroapraxia por afectación del túnel carpiano, ambos leves. Gammagrafía ósea osteoarticular de 24 de febrero de 2014 normal. Sin evidencia de patología infecciosa a este nivel.

- En revisión por el Servicio de Medicina Interna del Hospital Dr. José Molina Orosa en fecha 21 de abril de 2014: No ha presentado fiebre desde el alta. No refiere otra sintomatología salvo la asociada a su discopatía ya conocida (dolor cervical, adormecimiento de brazo y pierna).

En TAC de cráneo de 15 de abril de 2014: No se observan cambios densitométricos de sustancia gris y blanca, formaciones expansivas intracraneales ni áreas de realce patológico con el contraste. El IV ventrículo, cisternas basales y sistema ventricular supratentorial de forma, tamaño y densidades normales. Estructuras de la línea media centradas.

Como diagnósticos en esta consulta: Endocarditis aórtica con reemplazo valvular. Absceso esplénico en resolución.

- En seguimiento por el Servicio de Hematología para el control del Sintrom.

- En revisión en por el Servicio de Cardiología del Hospital Dr. José Molina Orosa, en fecha 30 de abril de 2014: ECG: ritmo sinusal. Ecocardiograma de 23 de abril de 2014: Sin incidencias. Prótesis mecánica normofuncionante. VI no dilatado ni hipertrófico con patrón de relajación normal. Movimiento anómalo en relación con cirugía previa. Función sistólica global conservada. AI y raíz de aorta normales. VD no dilatado y con buena función. No derrame pericárdico. Holter: no se objetivan arritmias significativas.

- Ingresa en la Unidad de Enfermedades Infecciosas/Servicio de Medicina Interna del HUGCDN durante el periodo 3 de junio a 1 de julio de 2014 para estudio por progresión de la paresia (tetraparesia). Estudio de radiculopatía.

En el apartado enfermedad actual: Antes del ingreso por endocarditis infecciosa, refería historia de hemiparesia izquierda lentamente progresiva, diagnosticado de múltiples hernias discales. A raíz de un episodio de dolor cervical izquierdo severo el 18 de enero de 2014 ingresó en el Hospital Dr. José Molina Orosa, lo que llevó al diagnóstico de endocarditis infecciosa por *Staphylococcus aureus* meticilin-resistente, trasladándose al HUGCDN para cirugía cardíaca.

Tras el alta, mejoría lenta quedando con astenia, disnea de esfuerzo, dolor esternal con el movimiento del tronco, tos o la inspiración profunda y progresión de las alteraciones de fuerza y sensibilidad de extremidades con dificultad para elevar MSI con pérdida de fuerza proximal y distal, claudicación de la marcha de MII y disminución de la sensibilidad de hemicuerpo derecho con disestesia y mantenimiento de la marcha. No fiebre, dolor de espalda, tos, expectoración, DPN, ángor, hemoptisis, edemas, síntomas biliares o abdominales, diarrea, síntomas miccionales, lesiones cutáneas ni articulares. Ecografía cardíaca sin complicaciones. Progresión de la paresia.

En el apartado evolución: Endocarditis infecciosa y complicaciones: curadas. Hemiplejia izquierda: Radiculopatía probables de MSI y leve MII. Citado en consultas externas de Neurocirugía. Dolor torácico y no consolidación de la esternotomía: seguimiento ambulatorio, citado en consultas externas de Cirugía Cardiovascular. Rotura del manguito de los rotadores izquierdo: Estudio ambulatorio por Traumatología. Déficit de vitamina B12, hallazgo incidental a estudiar de forma ambulatoria por Medicina Interna. Hemocultivos y cultivo valvular: *S. aureus*. Hemocultivo de brecha y cultivo de absceso esplénico: *Serratia marcescens*.

Es valorado por el Servicio de Neurocirugía: Historia previa de radiculopatía a diferentes niveles que presenta empeoramiento clínico progresivo (monoparesia izquierda y debilidad motora en cintura pélvica de predominio izquierdo). Los datos de la exploración sugieren afectación a nivel del sistema nervioso periférico (reflejos miotáticos abolidos).

Además, teniendo en cuenta la afectación sensitiva a nivel genital, sin nivel sensitivo medular y la afectación radicular asociadas, podríamos estar ante un síndrome de cola de caballo -desde 3 años atrás sensación de acorchamiento en cara lateral de muslo izquierdo, que empeora de forma progresiva hasta hacerse extensiva a todo el miembro, asociando además pérdida de sensibilidad en la zona genital sin llegar a afectar a los esfínteres-. La parestesia en hemicuerpo derecho podría estar

en relación con las lesiones isquémicas presentadas en febrero en hemisferio izquierdo.

Dada la progresión clínica se solicita RM cervical y lumbar para ver evolución radiológica de las discopatías y estudio EMG -polineuropatía sensitivo-motora de predominio desmielinizante-.

- En valoración, en fecha 29 de julio de 2014, por el Servicio de Rehabilitación: Marcha independiente sin arrastre del pie. Independiente para sus AVDs básicas salvo para cargar por dolor esternal y de hombro. Mínima inestabilidad a la marcha, condicionada en parte por hipoestesia en pie izquierdo y discreta debilidad distal.

- En fecha 8 de septiembre de 2014 acude al S. de Urgencias del Hospital Dr. José Molina Orosa por traumatismo en región costal derecha.

- En fecha 21 de octubre de 2014 acude a la Unidad de Enfermedades Infecciosas del HUGCDN por progresión de la afectación neurológica de las extremidades. Se concluye que debe ser estudiado por el Servicio de Cardiología para descartar síncope cardiogénico y angina así como por el de Neurología para descartar epilepsia generalizada y/o parcial compleja.

- El 9 de diciembre de 2014 acude al S. de Urgencias del H. Dr. José Molina Orosa por cuadro de disminución de fuerza en MSI y MII. Diagnóstico al ingreso, accidente isquémico transitorio (AIT).

En TAC cerebral: sistema ventricular y cisternas dentro de los límites normales. No áreas sugestivas de hemorragia intracraneal, ni isquemia aguda ni LOES. Estructuras de la línea media centradas.

- Sufre traumatismo en muñeca izquierda el 8 de febrero de 2015.

- Acude, en fecha 9 de mayo de 2015, al S. de Urgencias del Hospital Dr. José Molina Orosa por lumbalgia bilateral de dos días de evolución. Diagnóstico: Lumbalgia crónica.

- Acude al S. de Urgencias del Hospital Dr. José Molina Orosa en fecha 15 de mayo de 2015 por dolor torácico izquierdo. Realizada exploración física, analítica, Rx de Tórax y ECG se concluye dolor torácico de características no isquémicas.

Se explora herida quirúrgica torácica: Esternón íntegro con fusión total y alambres esternales rotados que justifican el dolor del paciente. Se extraen.

- Cita en el Servicio de Neurocirugía en fecha 29 de mayo de 2015:

Refiere que en el HUGCDN le diagnosticaron polineuropatía periférica (PNP) pero que el EMG muestra una PNP sensitiva leve.

Aporta RMN realizada donde se objetiva múltiples hernias discales.

El estudio neurofisiológico PESS (potenciales evocados somatosensoriales) arrojó valores de los potenciales corticales de extremidades superiores simétricos y dentro de los límites de la normalidad. Posible bloqueo de conducción.

- En revisión por el Servicio de Cardiología del HUGCDN en los meses marzo de 2015 y julio de 2016 Holter normal.

- En ecocardiograma de fecha 23 de julio de 2015: Válvula mitral, pulmonar y tricúspide normales, válvula aórtica prótesis mecánica en posición normal, normofuncionante. Insuficiencia ligera periprotésica. VI no dilatado con hipertrofia concéntrica ligera y función sistólica conservada. Alteración de la relajación. AI dilatada.

2. En el presente asunto, la Propuesta de Resolución desestima la reclamación presentada, al considerar que en el expediente no ha resultado acreditado que la infección padecida por el reclamante haya sido consecuencia de la asistencia sanitaria prestada, ni se ha podido encontrar el origen de dicha infección. Se añade que consta acreditada la adopción de las medidas necesarias para evitar infecciones, resultando además que el único lugar donde se localizó el patógeno fue en el propio paciente y que actualmente no puede aseverarse que se trate de una infección hospitalaria, nosocomial, pues se han publicado numerosos informes de colonización e infección en individuos provenientes de la comunidad, incluso en personas sin contacto hospitalario previo.

Los informes obrantes en el expediente permiten afirmar, en el mismo sentido que la Propuesta de Resolución, que la asistencia sanitaria prestada al paciente fue adecuada, sin que conste acreditado que la infección sufrida tuviera su origen en el ámbito hospitalario. Consta asimismo demostrado, a través del informe del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital de Lanzarote, que se adoptaron las medidas precisas para evitar la posibilidad de infecciones.

Así, de acuerdo con el informe del SIP, en el contexto de la patología discal previa padecida por el paciente, éste ingresa el 18 de enero de 2014 en el Hospital Dr. José Molina Orosa, presentando un cuadro llamativo de dolor cervical y lumbar con irradiación a miembros superior e inferior con anestesia de los mismos. Además llama la atención, en analítica de sangre, la elevación de leucocitos y neutrófilos en

la línea de sugerir proceso infeccioso al ingreso, como apunta el Servicio de Traumatología en su informe.

Según indica también este informe, como único procedimiento invasivo se objetiva colocación de vía venosa periférica para administración de analgesia.

Durante el ingreso en el referido Centro manifiesta proceso infeccioso que se diagnostica como endocarditis infecciosa de válvula aórtica por *Staphylococcus aureus* meticilin resistente (MRSA) con manifestación clínica de insuficiencia aórtica; infarto esplénico (complicación frecuente en infección por *Staphylococcus aureus*), posible infarto renal y lesiones compatibles con vasculitis leucocitoclástica y/o embolismo sépticos.

Ante los síntomas padecidos se realiza hemocultivo en el que se aísla *Staphylococcus aureus* meticilin resistente. No obstante, el tratamiento antibiótico se indicó desde la persistencia del cuadro febril, si bien se adaptó al resultado del hemocultivo y antibiograma.

En relación con el origen de la infección, pone de manifiesto este informe que, al aislarse microorganismo resistente, se suele aludir a su procedencia hospitalaria. Sin embargo, indica también la posibilidad de desarrollo en el ámbito extrahospitalario de infecciones ocasionadas por microorganismos resistentes.

Por otra parte, evidencia también este informe que al no haberse sometido el paciente, durante su ingreso en el Hospital de origen, a ningún procedimiento invasivo salvo la colocación de vía venosa periférica, se podría considerar ésta como puerta de entrada más probable del agente infeccioso. Sin embargo, indica, sería viable y resolvería la duda si en el cultivo del catéter venoso se hubiera aislado el mismo microorganismo que en las sangre del paciente (hemocultivo) y en el cultivo de la válvula cardíaca afecta. Sin embargo el cultivo de la punta de catéter fue negativo. Se añade que durante la estancia del paciente no se manifestó signos locales de infección de la vía venosa.

En cambio, frente al resultado negativo del cultivo en punta de catéter, sí se aisló *Staphylococcus aureus* (escasas colonias) en exudado nasal izquierdo del reclamante durante el estudio de posible portador del microorganismo.

En este mismo sentido se manifiesta el informe del Servicio de Traumatología del Hospital Dr. José Molina Orosa, que indica resulta difícil determinar con exactitud el origen de la infección presentada por el paciente ya que, si bien es perfectamente

válida la posibilidad de una puerta de entrada del germen a través de la vía periférica tomada tras su ingreso, existen datos, asimismo, muy sugerentes que la infección pudiera estar ya presente en el momento de su llegada a este Centro: el *St. aureus* no es un germen de exclusividad hospitalaria, sino que se encuentra perfectamente presente en ambientes extrasanitarios, llama la atención lo aparatoso del cuadro clínico inicial por el que el paciente acude a Urgencias, que no es habitual en las patologías de origen discal y, por último, en el hemograma realizado al paciente en las primeras horas de su ingreso destaca la existencia de una leucocitosis con desviación a la izquierda que hace sospechar la existencia de una infección inespecífica previa.

Por su parte, el informe del Servicio de Medicina Interna del mismo Centro considera que «es imposible determinar con certeza absoluta el origen de la bacteriemia por *Staphylococcus aureus* meticilin resistente, pero éste es un patógeno implicado en infecciones asociadas a los cuidados hospitalarios, y en concreto al uso de dispositivos como sondas urinarias (no consta en la historia que el paciente fuera portador de sonda vesical y el urocultivo fue negativo), tubos endotraqueales que no portó el paciente, y catéteres endovasculares (portador de vía venosa periférica). No había factores de riesgo para la infección como el uso prolongado de antibióticos, hemodiálisis, ingresos previos en UCI (...) y desconocemos si existían factores favorecedores de colonización [portador nasal, contacto con pacientes portadores (...)], que son más frecuentemente causa de infección que en el caso de la colonización por el *Staphylococcus aureus* meticilin sensible. No podemos tampoco descartar la colonización del personal que atendió al paciente o de los fómites. Por tanto, el único factor de riesgo conocido fue el catéter venoso periférico, pero es imposible asegurar de forma absoluta cuál fue el origen de la infección, desconociendo datos relevantes como la existencia o no de colonización previa por el germen (hasta un 7% de individuos sanos como demuestra la bibliografía existente) del paciente o del entorno».

Sin embargo, en relación con este informe, aclara el SIP que sí se conoce el resultado positivo en exudado de fosa nasal izquierda del paciente en el estudio de portador.

De los informes anteriormente citados resulta pues que no se puede concluir que la infección padecida por el reclamante tuviera un origen hospitalario, pues el único procedimiento invasivo que se le practicó fue la colocación de una vía venosa periférica y el resultado del cultivo de la punta del catéter realizado ante la

posibilidad de contaminación fue negativo. Sin embargo, en el estudio de portador que también se le realizó al paciente, el exudado de la fosa nasal izquierda fue positivo y, como ha indicado el SIP, el principal nicho ecológico de *Staphylococcus aureus* en humanos lo constituyen las fosas nasales anteriores, las cuales son fuentes potenciales de infección y un factor de riesgo elevado para subsiguientes infecciones invasivas, demostrándose en reiteradas ocasiones que una gran parte de las infecciones por *Staphylococcus aureus* se originan a partir de la flora propia del paciente. A todo ello se une la existencia de una leucocitosis con desviación a la izquierda que se detectó en el hemograma realizado al paciente en el momento de su ingreso que, como indica el Servicio de Traumatología y coincide el de SIP, hace sospechar la existencia de una infección inespecífica previa.

Por otra parte, no ha quedado constancia alguna en el expediente de que al paciente no se le hubieran proporcionado las medidas adecuadas y pertinentes tanto en orden a la prevención, mediante las oportunas medidas de asepsia de acuerdo con los protocolos establecidos, como al ulterior tratamiento de la afección padecida hasta conseguir su curación.

Por todo ello, procede concluir que la desestimación de la reclamación que se propone es ajustada a Derecho, al no concurrir en el presente caso los requisitos que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución se considera conforme a Derecho.