



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 121/2018

(Sección 2ª)

La Laguna, a 3 de abril 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 (...), en nombre y representación de (...) y (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 77/2018 IDS)*.*

FUNDAMENTOS

I

El objeto del presente dictamen, solicitado por el Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud, Organismo Autónomo de la Comunidad Autónoma. La solicitud de dictamen, de 19 de febrero de 2018, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo el 23 de febrero de 2018. 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.

* Ponente: Sr. Belda Quintana.

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 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 (...) y de (...), al haber sufrido en su esfera moral el daño por el que reclama, que es el fallecimiento de (...), pareja de hecho y padre, respectivamente, de los reclamantes, lo que se acredita en el expediente [art. 31.1.a) LRJAP-PAC], si bien, en este caso, actúan mediante representación, también acreditada en el expediente, de (...) (art. 32 LRJAP-PAC).

2. Asimismo, el órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin al 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.

3. Por su parte, 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.

4. Asimismo se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación, al haberse presentado dentro del plazo de un año para reclamar de conformidad con lo dispuesto en el art. 142.5 de la LRJAP-PAC, pues la reclamación se presentó el 20 de marzo de 2015 y, si bien el hecho lesivo, la muerte de (...), se produjo el 3 de agosto de 2012, el cómputo del plazo había quedado interrumpido por la sustanciación Diligencias Previas Penales, nº 3826/2012, en el Juzgado de Instrucción nº 3 de Las Palmas de Gran Canaria, que dieron lugar a Auto de sobreseimiento de 30 de septiembre de 2014, que fue recurrido y desestimado por Auto de 3 de noviembre de 2014, habiendo sido apelado, asimismo, el 21 de noviembre de 2014. Consta finalmente Auto de la Sección Segunda de la Audiencia Provincial, de 20 de abril de 2015, que desestima el citado recurso. Así, empieza nuevamente a computarse el

plazo desde la notificación a los interesados del Auto de sobreseimiento provisional y archivo de las actuaciones, de la Audiencia Provincial de Las Palmas de Gran Canaria, con el que concluye el procedimiento judicial, siendo, de hecho, posterior a la fecha de la reclamación de responsabilidad patrimonial el propio auto. Ello se infiere de la interpretación conjunta del inciso final del 142.4 de la LRJAP-PAC, que, aunque se refiere a sentencias que anulen un acto administrativo, que no es el caso, es la referencia de la que podemos disponer para entender cuándo debe empezarse a contar al plazo de prescripción tras la sentencia o resolución judicial. Dice este artículo que «prescribirá al año de haberse dictado la sentencia definitiva», y el art. 4.2 del RPAPRP, concreta: desde haberse dictado sentencia firme. Ello sólo lo sabrá el actor cuando se le notifique, pues es en la notificación de ésta donde se contienen los datos de la sentencia, según se dispone por el art. 248.4 de la Ley Orgánica del Poder Judicial.

III

El objeto de la reclamación que se analiza, según el escrito de los interesados presentado el 20 de marzo de 2015, viene dado por los siguientes hechos:

«PRIMERO.- El 12 de junio de 2012 (...) sufrió un accidente laboral al caer desde el techo de una nave de una altura de unos 5 o 6 metros.

(...)

SEGUNDO.- (...) ingresó ese mismo 12 de junio de 2012 en el hospital Insular de Gran Canaria para ser atendido de las lesiones sufridas por el citado accidente laboral. Lesiones que no eran graves ni hacían temer por su vida y que consistían en una fractura inestable de vértebra lumbar L1 con invasión del canal y una fractura del calcáneo de pie derecho.

Sin embargo, este ingreso hospitalario se extendió hasta las 20:10 horas del 3 de agosto de 2012 en que (...) falleció debido a un shock séptico originado por una infección nosocomial.

TERCERO.- El 6 de agosto de 2012 se interpuso denuncia ante el decanato de los Juzgados de Las Palmas de Gran Canaria para que se investigara las razones de la muerte de (...).

Como consecuencia de esta denuncia el Juzgado de Instrucción número Tres de Las Palmas de Gran Canaria incoó las Diligencias Previas nº 3826/2012 (...).

CUARTO.- Es el 12 de septiembre de 2014, fecha en la que se emite y comunica a las partes procesales el informe del médico forense realizado por el Instituto de Medicina Legal

de Las Palmas, cuando la familia del fallecido tiene por primera vez conocimiento de la causa de la muerte de (...): una infección hospitalaria.

Durante la estancia del paciente en el hospital jamás se ofreció razones a su familia sobre el alarmante deterioro de su salud y el inesperado y fatal desenlace que se produjo.

(...)».

En la reclamación se cuantificó la indemnización que se reclama en 500.000 euros, si bien, en trámite de audiencia se cuantifica en 300.000 euros, a los que se añaden los intereses legales que se produzcan desde el momento del fallecimiento hasta la resolución final de procedimiento que nos ocupa.

IV

Constan en este procedimiento las siguientes actuaciones:

- El 27 de marzo de 2015 se identifica el procedimiento y se insta a los interesados a mejorar su solicitud mediante la aportación de determinada documentación, viniendo aquéllos a cumplimentar el trámite el 15 de abril de 2015, si bien, en este momento no se entrega copia del testimonio de las actuaciones penales, sino solicitud de aquella documentación al Juzgado, entregándose cuando se remiten por aquél.

- Con fecha 24 de abril de 2015 se insta a aportar nueva documentación, de la que se hace entrega el 13 de mayo de 2015.

- Por Resolución de 21 de mayo de 2015, de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación. De ello recibe notificación la parte interesada el 28 de mayo de 2015.

- El 22 de mayo de 2015 se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), viniendo a emitirlo, tras recabar la documentación oportuna, el 20 de octubre de 2016.

- El 26 de octubre de 2016 se dicta acuerdo probatorio, del que son notificados los reclamantes el 7 de noviembre de 2017, en el que se incorporan las pruebas aportadas por la Administración, y se admiten las propuestas por los interesados, concediendo a éstos plazo para aportar la consistente en «aportar documentación que acredita la situación personal y familiar del fallecido», sin que se aporte transcurrido el plazo concedido al efecto.

- El 14 de febrero de 2017 se confiere a los interesados trámite de audiencia, de lo que reciben notificación el 1 de marzo de 2017, viniendo a presentar escrito de

alegaciones el 15 de marzo de 2017. En el mismo se insiste en los términos de la reclamación inicial, si bien se reduce la cuantía indemnizatoria solicitada a 300.000 euros.

- El 26 de mayo de 2017 se solicita informe complementario al Servicio de Medicina Preventiva, que lo emite el 7 de junio de 2017.

- Dado el nuevo documento incorporado al expediente, se concede nuevo trámite de audiencia a los reclamantes, de lo que reciben notificación el 11 de julio de 2017, viniendo a presentar escrito de alegaciones en el que se insiste en la responsabilidad de la Administración, aunque se hayan observado los protocolos para evitar infecciones nosocomiales, lo que no se discute.

- El 4 de diciembre de 2017 se emite Propuesta de Resolución desestimatoria de la pretensión de los reclamantes, y en el mismo sentido consta borrador de Resolución del Director del Servicio Canario de la Salud, sin fecha. Ello es informado favorablemente por el Servicio Jurídico el 8 de febrero de 2018, dictándose Propuesta de Resolución definitiva el 15 de febrero de 2018.

V

1. La Propuesta de Resolución, como se ha señalado, desestima la reclamación de los interesados, lo que fundamenta en los informes recabados a lo largo de tramitación del procedimiento, concluyendo la inexistencia de nexo causal entre el daño por el que se reclama y el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. Pues bien, han de distinguirse, como hace adecuadamente el informe conjunto de Medicina Interna y de Enfermedades Infecciosas, de 10 de octubre de 2016, cuatro periodos de tiempo en el proceso asistencial del fallecido.

1) Por un lado, entre el 12 de junio de 2012, y el 22 de junio de 2012, que, sin embargo, entendemos que es el 21 de junio, fecha en la que por vez primera el paciente presenta orina colúrica y pico febril.

En fecha 12 de junio de 2012, tras sufrir accidente laboral por caída desde unos 5 metros de altura alrededor de las 19:00 h el paciente ingresa en urgencias hospitalarias del CHUIMI. En este momento consta en su historia clínica, tal como informa el SIP, que se sigue protocolo de politraumatizado: se le realizan analíticas, es valorado por traumatólogo, que observa fractura conminuta del calcáneo derecho colocando férula posterior, se le realizan TACs cráneo y cuello, tórax-abdomen-pelvis,

donde consta: Fractura aplastamiento inestable de L1 con afectación del muro posterior y ocupación del canal medular 60% observando esquirlas óseas intracanal medular.

Pasa a planta de hospitalización de Neurocirugía, donde se indica la necesidad de tratamiento quirúrgico, si bien, ante la ausencia de sintomatología deficitaria neurológica motora o sensitiva se decide tratamiento diferido.

Y en planta, profilácticamente, el 13 de junio de 2012 se recoge frotis nasal para detección control de SAMR (estafilococo aureus meticilín resistente), en cumplimiento del Programa de vigilancia y control de gérmenes patógenos multirresistentes.

Asimismo se realiza el estudio preoperatorio y pruebas complementarias. Se indica para reducción de fractura colocación de almohada lumbar y por persistir la sintomatología de dolor lumbar es valorado por la Unidad del Dolor el 13, 14, 18 y 20 de junio instaurando bomba de analgesia con cloruro mórfico y ajustando el tratamiento analgésico según evolución.

Consta evolución estable, neurológicamente, buena movilidad y sensibilidad, afebril, dolor controlado. El 19 de junio de 2012 constan analíticas en rango de normalidad.

El 20 de junio se realiza TAC lumbosacro, con reconstrucción en 3D de la vértebra fracturada que confirma el diagnóstico inicial.

Ha de destacarse que el paciente es portador de sonda vesical, y vía venosa periférica [sueroterapia, bomba de analgesia, extracciones (...)] que se modifica en la tarde de 19 de junio.

En los cuidados de enfermería diarios: 1.- La atención a la vía venosa periférica, no consta flebitis, obstrucción, extravasación, enrojecimiento, induración e infección. 2.- El mantenimiento de la sonda vesical, no consta obstrucción, adherencias, hematuria, etc.

Hasta este momento, no se ha producido ninguna incidencia en el estado de salud del paciente, que, en todo caso, ha sido adecuadamente tratado de la sintomatología relacionada con la causa de su ingreso, observando además medidas profilácticas en evitación de infecciones nosocomiales, por lo que se ajusta a la *lex artis ad hoc* la actuación médica en esta fase.

Al respecto, ha de aclararse que el informe del Jefe de Servicio de UMI del CHUIMI, emitido el 10 de septiembre de 2015 señala expresamente:

«La infección nosocomial es frecuente en pacientes con defensa baja y pérdidas de barreras anatómicas, como ocurre cuando se colocan catéteres intravasculares o sondas», que es el caso que nos ocupa, pues el paciente es portador de sonda vesical, y vía venosa periférica [sueroterapia, bomba de analgesia, extracciones (...)].

2) Hay un segundo periodo, desde el 21 de junio hasta el 26 de junio, donde se presenta la sintomatología infecciosa del paciente.

Por primera vez, el jueves 21 de junio, en turno de mañana se objetiva orina colúrica. Ese mismo día alrededor de las 23 horas hace un pico febril de 38° que cede con antitérmicos. Se indica extracción de hemocultivos, urocultivos que se realizan a primera hora del viernes día 22 y se le cambia la sonda vesical.

Al respecto, se aclara por el SIP que es necesario que transcurra cierto tiempo para que los microorganismos crezcan en el medio de cultivo y se pueda una vez detectada su presencia (preliminar presencia y tinción de Gram) identificar el germen, lo que prolonga el tiempo. Además es posible que los microorganismos estén presentes en la sangre en muy pequeñas cantidades, por lo que necesitan un mínimo de tiempo para reproducirse hasta cantidades que permitan su detección. Los hemocultivos normales tienen un período de incubación mínimo de 4-7 días, se podrá prolongar entre 15 y 30 días en función de la sospecha.

Posteriormente permanece afebril, con orina colúrica, si bien pendiente de resultados de cultivos.

El día 23, durante el turno de tarde el paciente presenta dificultad respiratoria, dolor precordial y distensión abdominal. Tras valoración por neurocirujano se piden nuevas pruebas: EKG que descarta isquemia, analítica con discreta leucocitosis y elevación de bilirrubina y radiografía de abdomen que presenta distensión de asas intestinales. Inicia oxigenoterapia.

Asimismo es valorado por Medicina Interna en relación con la disnea y distensión abdominal, que, tras la exploración y pruebas realizadas recomienda seguimiento con placa de abdomen y exploración y enemas mediante sonda rectal.

El día 24, ante el diagnóstico de íleo paralítico, por decisión del Neurocirujano de guardia se coloca sonda nasogástrica y se retira tratamiento con bomba de analgesia.

Persiste la situación con empeoramiento, distress respiratorio y distensión abdominal, por lo que se realiza nuevo TAC de tórax, abdomen y pelvis a las 21.30 horas, que observa derrame pleural mínimo, con vía biliar y resto normal. Se realizan nuevas determinaciones analíticas (lactato y amoníaco normales). Es valorado por especialistas en Cirugía General y Cardiología, quien solicita ecocardiografía que resultó sin hallazgos relevantes, así como por los servicios de Medicina Intensiva y Medicina Interna.

Pues bien, como se observa, durante este proceso se realizan al paciente todas las pruebas diagnósticas y terapéuticas relacionadas no solo con los síntomas propios de la patología por la que ingresa, sino con la sintomatología que se va presentando que se relaciona con el diagnóstico final de infección nosocomial, aún sin determinar.

Así, consta ya por parte del especialista de Medicina Interna, que a las 23:00 del 24 de junio anota:

«Decidimos aún en ausencia de signos directos y claros de sepsis, iniciar antibioterapia empírica (Tienam® (imipenem) Antibiótico betalactámico de amplio espectro, carbapenem, empleado en infecciones nosocomiales y en infecciones causadas por bacterias multirresistentes) y Metronidazol (Antifúngico)».

Consta, pues, a las 24:00 en las notas de enfermería que se pauta tal tratamiento antibiótico intravenoso y que es administrado al paciente.

En los días posteriores, 25 de junio, se somete también a control y seguimiento estricto, se realiza TAC craneal que descarta lesión craneal.

A las 23:36 horas se describe por neurocirujano que el paciente está con tratamiento antibiótico pautado por Medicina Interna, y aun así solicita nuevas determinaciones analíticas, hemocultivos, EKG y Rx de tórax.

De la lectura de dichas pruebas, en el momento de la exploración tanto por Neurocirugía como por Medicina Interna se descarta patología aguda cardiopulmonar si bien se contacta con Medicina Intensiva a las 00:47 h. para valorar ingreso en dicho servicio por inestabilidad hemodinámica.

Se observa que en esta fase no solo se implicaron todos los servicios relacionados con las posibles patologías del paciente y se realizaron todas las pruebas diagnósticas y terapéuticas relacionadas, como se ha dicho, no solo con los síntomas propios de la

patología por la que ingresa, sino con la sintomatología que se va presentando, hasta el punto de pautar y administrar de forma empírica antibioterapia profiláctica frente a los patógenos hospitalarios más frecuentemente implicados, a pesar de no estar aún ante la sintomatología clara y los resultados de los hemocultivos realizados.

De ello se infiere por el informe del SIP que estamos ante un tratamiento adecuado siguiendo los protocolos médicos, por lo que se ajusta a la *lex artis ad hoc* la actuación médica también en esta fase.

3) Como se ha dicho, ya en la madrugada del día 25, ya día 26, pues, el paciente presenta inestabilidad hemodinámica, por lo que a las 00:47 horas se contacta con Medicina Intensiva para valorar ingreso en dicho servicio, pero a las 00:50 horas, el paciente sufre parada cardiorrespiratoria y tras maniobras de resucitación se resuelve dicha parada pasando a UMI.

Es el día 26 de junio cuando se obtiene resultado de hemo/urocultivo realizado el 22 de junio, apareciendo bacilo gram negativo en sangre y orina, por lo que se pauta ya antibioterapia específica: Amikacina, Linezolid, Piperacilina-tazobactam y Caspofungina.

Asimismo, se realiza hemocultivo el día 27 de junio que resultó negativo para gérmenes, pero, sin embargo el urocultivo de la misma fecha persistía positivo para *Pseudomona aeruginosa*, por lo que el día 28 se modifica antibioterapia por Meropenem, Tobramicina y Anidulafungina.

El 29 de junio, según notas de UMI ante datos de sepsis no controlados, se describe que siendo los gérmenes estafilococo aureus sensible, en sangre y *pseudomona aeruginosa* en orina, están cubiertos ambos.

Asimismo, el 30 de junio consta como antibioterapia: Linezolid + Meropenem + Anidulafungina, con la aclaración de que ya la Tobramicina (Aminoglucósido) había cumplido los días indicados.

En cultivo de broncoaspirado de 23 de julio de 2012 se detecta la presencia de *pseudomona aeruginosa*, lo que justifica la sobreinfección y patología respiratoria que se presentó durante su estancia en UMI.

El 2 de agosto: nueva pauta antibiótica con Piperacilina tazobactam + ciprofloxacino.

Como se observa en esta larga fase, el paciente es sometido a continuas pruebas, tratamientos y valoraciones por distintos especialistas, aplicando y cambiando los tratamientos a raíz de los resultados de las pruebas realizadas, permaneciendo en UMI el paciente, hasta el 30 de julio, con los diagnósticos: shock séptico, encefalopatía anóxica, coma, parada cardiorrespiratoria recuperada, sobreinfección respiratoria por pseudomona.

Se observa, por tanto, que en esta tercera fase, en la que empeora el estado del paciente, sin embargo, los servicios asistenciales han actuado conforme a la *lex artis* en todo momento.

4) El día 31 de julio el paciente pasa a planta de Neurocirugía, presentando los días 1 y 2 de agosto fiebre con abundantes secreciones respiratorias, por lo que una vez más se modifica el tratamiento antimicrobiano para adecuarlo a la nueva situación, a Piperacilina/Tazabactam y Ciporfloxacino.

Por ello, una vez más, se observa la adecuación a la *lex artis* de la actuación de los servicios sanitarios, a pesar de lo cual el paciente es *exitus* el 3 de agosto de 2012, a las 20:10 horas.

3. A la vista de todo lo expuesto se observa, y así lo concluye el informe del SIP, y en igual sentido la Propuesta de Resolución, que nos hallamos ante un paciente que ya ingresó con leucocitosis leve, propia de un contexto, tal y como explica el informe conjunto de los Servicios de Medicina Interna y Enfermedades Infecciosas, de politraumatismo, lo que se traduce en una respuesta inflamatoria.

Asimismo, se trata de un paciente portador de sonda vesical y vía venosa periférica [sueroterapia, bomba de analgesia, extracciones, (...)].

Al respecto, como se indicó anteriormente, el informe del Jefe de Servicio de UMI del CHUIMI, emitido el 10 de septiembre de 2015 señalaba que «La infección nosocomial es frecuente en pacientes con defensa baja y pérdidas de barreras anatómicas, como ocurre cuando se colocan catéteres intravasculares o sondas», que es el caso que nos ocupa.

Por otro lado, se ha constatado, a la vista de los antecedentes del paciente que se han expuesto, y que obran en su historia clínica, que desde el momento de su ingreso se han llevado a cabo los protocolos para prevenir, primero, y para tratar, después, las infecciones nosocomiales, lo que no se discute por los reclamantes en su escrito de alegaciones.

De hecho, consta que la infección se produjo por gérmenes sensibles a los antibióticos que, desde unos días antes de ser comprobado, ya se estaba administrando al paciente. Así consta en la Historia Clínica y lo recoge el informe SIP: «El tratamiento antibiótico que le fue suministrado desde el día 24 de junio aún en ausencia de signos directos y claros de sepsis (Nota clínica de Medicina Interna de 24 de junio 23:00 horas), empírico al principio sin los resultados de los cultivos extraídos el día 22 de junio, basado en las comorbilidades del paciente, el tiempo de hospitalización, los factores de riesgo para microorganismos específicos y, sobre todo, orientado hacia los agentes patógenos probables, resultó adecuado».

Como señala la Propuesta de Resolución, la adecuación de la asistencia también fue confirmada en el informe forense de 12 de septiembre de 2014 aportado por el reclamante, que concluye: «Tras la revisión de la Historia Clínica no se objetivan errores en el tratamiento pautado, dilaciones injustificadas, ni existen criterios objetivos de la existencia de mala praxis».

Por todo lo expuesto hasta aquí no puede sino concluirse que en todo momento la actuación sanitaria dispensada al paciente fue conforme a la *lex artis ad hoc*, que, tal y como ha venido la jurisprudencia de nuestro Tribunal Supremo (por todas, Sentencia de la sala de lo Contencioso-Administrativo, de 19 de abril de 2011 (RJ 2011\3643)) es en el ámbito sanitario el criterio que determina la existencia o no de responsabilidad de la Administración. Por tanto, no es imputable a la Administración el daño por el que se reclama.

CONCLUSIÓN

La Propuesta Resolución es conforme a Derecho, pues, no concurriendo los elementos necesarios para la imputación de responsabilidad a la Administración Sanitaria en cuanto al daño por el que se reclama, procede desestimar la reclamación de los interesados.