



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 8 6 / 2 0 1 8

(Sección 2ª)

La Laguna, a 26 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 de (...), (...) y (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 128/2018 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el 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. Las reclamantes solicitan una indemnización que supera la cantidad de 6.000 euros. Esta cuantía determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Sr. 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. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

II

1. (...), actuando en nombre y representación de (...) y de (...), (...) y (...), formula el 14 de octubre de 2016 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 al esposo y padre, respectivamente, de

* Ponente: Sr. Belda Quintana.

sus representadas y a consecuencia de la cual estiman que se produjo su fallecimiento.

Las reclamantes exponen en su escrito inicial, entre otros extremos, los siguientes:

- El paciente, de 83 años de edad, fue intervenido el 24 de septiembre de 2015 en el Hospital Universitario de Canarias (HUC) de sustitución de válvula aórtica. Tras la intervención presenta complicación infecciosa, entrando en situación de shock séptico de origen bacteriano asociado a catéter por *S. aureus*, así como otro foco asociado a infección urinaria por *Pseudomonas aeruginosa*.

- Tras este episodio, que le provoca padecimientos físicos y psíquicos que podrían haberse evitado con una correcta esterilización y desinfección del material hospitalario, sigue ingresado en el HUC a causa de la situación clínica que venía presentando y del shock séptico provocado.

- Con el paso de los días su situación clínica se agrava. El 21 de octubre de 2015 se somete a nueva intervención quirúrgica por sospecha de endocarditis e infección de la herida quirúrgica.

- Tras una progresiva y lenta recuperación, el paciente se encuentra estable, por lo que el día 4 de noviembre de 2015 se le extuba sin incidencias. Sin embargo, el día 5 vuelve a deteriorarse de forma progresiva, presentando nueva situación de shock séptico que se instaura de forma florida durante la noche. Presenta deterioro global con fracaso respiratorio progresivo. Como consecuencia de ello sufre fracaso renal agudo, desembocando el día 6 de noviembre en parada cardiorrespiratoria y a pesar de iniciar medidas de resucitación cardiopulmonar avanzada el paciente fallece a las 9:45 horas de este día en el seno de un fracaso multiorgánico fulminante.

Las reclamantes consideran que el fallecimiento del paciente fue debido a la infección por *Staphylococcus aureus* asociado al catéter y a la infección urinaria por *Pseudomonas aeruginosa*, que podían haberse evitado, toda vez que la profilaxis del instrumental sanitario no se encontraba en la situación de higiene que se requiere a un hospital de tercer nivel. Entienden que una correcta desinfección hubiera permitido hacer frente a un postoperatorio sin complicaciones y que, aun siendo un paciente pluripatológico, habría dispensado al equipo médico posibilidades de éxito o, cuando menos, de prolongar la vida del enfermo.

Cuantifican la indemnización que solicitan en la cantidad de 71.897,02 euros, calculada en aplicación del Anexo, Tabla I, de la Resolución de 5 de marzo de 2014,

de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, por la que se publican las cuantías de las indemnizaciones por muerte, lesiones permanentes e incapacidad temporal que resultarán de aplicar durante 2014 el sistema para valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación.

2. En el presente procedimiento las reclamantes ostentan la condición de interesadas en cuanto titular de un interés legítimo, ya que pretenden el resarcimiento de un daño que han sufrido en su esfera moral como consecuencia, presuntamente, de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud a su familiar. Se ha acreditado asimismo en el expediente, tras su subsanación, la representación conferida.

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 dentro del plazo que al efecto prevé el art. 142.5 LRJAP-PAC, por lo no puede considerarse extemporánea.

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 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.

5. 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. 91.3 LPACAP. La demora producida no impide sin embargo que se dicte resolución, pesando sobre la Administración la obligación de resolver expresamente, a tenor de lo establecido en los arts. 21.1 y 24.3.b) LPACAP.

En particular, consta en el expediente que la reclamación fue correctamente calificada y admitida a trámite, tras su subsanación, el 11 de noviembre de 2016, y 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, constando en el expediente el informe de los Servicios de Cirugía Cardiovascular y de Microbiología y Control de Infecciones del HUC, así como las historias clínicas del paciente obrantes en el correspondiente Centro de Atención Primaria y en el referido Hospital. Se ha incorporado también el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP).

A las reclamantes se le ha otorgado asimismo trámite de audiencia, sin que se presenten alegaciones en el plazo concedido.

El procedimiento viene concluido con la preceptiva Propuesta de Resolución, desestimatoria de la reclamación formulada, sobre la que no se ha recabado el informe de la Asesoría Jurídica Departamental, al tratarse de una cuestión resuelta previamente y que ya ha sido informada por este Servicio [art. 20.j) del Reglamento del Servicio Jurídico, aprobado por Decreto 19/1992, de 7 de febrero] con ocasión de anteriores procedimientos.

6. Por último, como observación previa antes de entrar a analizar el fondo del asunto, procede señalar que la Propuesta de Resolución ha de ser corregida en su Fundamento de Derecho Primero en cuanto a la legitimación activa para actuar en este procedimiento, pues si bien inicialmente solo una de las interesadas aportó poder de representación, con posterioridad las restantes lo otorgaron mediante comparecencia *apud acta* efectuada ante funcionario del Servicio Canario de la Salud (folio 49 del expediente).

III

1. Por lo que se refiere al fondo del asunto, sostienen las reclamantes que el fallecimiento del paciente se produjo por la infección contraída como consecuencia de la falta de esterilización y desinfección del material sanitario. Esta afirmación es negada en la Propuesta de Resolución, en la que se estima correcta la asistencia sanitaria prestada y se propone en consecuencia la desestimación de la reclamación.

2. En el expediente se encuentran en primer lugar acreditados los antecedentes médicos del paciente y los datos relativos a la cirugía practicada y su curso inmediatamente posterior en la UVI.

Estos antecedentes, tal como constan en el informe del SIP con base en la historia clínica del paciente son:

«- El 1 de julio de 2015, el cardiólogo remite al paciente, de 82 años, al Servicio de Cirugía Vasculardel HUC, con diagnóstico de estenosis aórtica y clínica de disnea progresiva. Tras ser valorado en cirugía vascular el 15 de julio de 2015, anotan en lista de espera para cirugía cardíaca, diagnóstico de valvulopatía aórtica calcificada, estenosis muy severa, sintomática, tras explicación al paciente de la cirugía y del riesgo quirúrgico por la cirujana cardiovascular, como así figura en la historia clínica.

- Ingresa en HUC el 21 de septiembre de 2015 para cirugía programada. Previamente a la cirugía firma consentimiento informado.

El paciente, con antecedentes de HTA, diabetes mellitus tipo 2, insuficiencia cardíaca derecha, hipertensión pulmonar, enfermedad arterial coronaria, bloqueo de rama izquierda, con valvulopatía aórtica calcificada con estenosis severa, se intervino quirúrgicamente en el HUC el 24 de septiembre de 2015 de sustitución valvular aórtica con válvula biológica. Como hallazgo intraoperatorio la aorta muy calcificada con válvula aórtica calcificada.

Al no poder sondar al paciente se requiere al urólogo, quien tuvo que realizarle una talla vesical en el quirófano (cistotomía suprapúbica), que es una técnica quirúrgica percutánea mediante la cual se comunica la vejiga con el exterior.

Tras dicha operación y estando en la UVI, sale con ritmo de marcapasos del quirófano y pasa a ritmo sinusal con bloqueo de rama izquierda, tendencia a la bradicardia durante la noche, por lo que le reinician marcapasos y tratamiento médico pertinente. Sufre bloqueo auriculoventricular de segundo y tercer grado por lo cual necesita medicación hasta recuperación del ritmo.

Cuando recupera lo hace con bloqueo de rama izquierda que ya tenía previo y bloqueo aurículo-ventricular de primer grado, permanece en vigilancia durante una semana en la UVI».

En el expediente consta asimismo demostrado que esta intervención practicada al paciente el 24 de septiembre de 2015, consistente en una sustitución valvular aórtica, era la necesaria y adecuada ante la grave patología padecida por él (estenosis valvular aórtica muy severa). Así se pone de manifiesto en el informe del Jefe de Servicio de Cirugía Cardiovascular, que indica que se actuó conforme a lo recomendado en las Guías Europeas y Españolas de indicación quirúrgica. También en el informe del SIP, que aclara la cuestión en los siguientes términos:

«La estenosis o estrechamiento de la válvula aórtica es una enfermedad crónica progresiva (dicha válvula deja entrar y salir la sangre que llega al corazón proveniente de

todo el cuerpo a través de la arteria aorta). Cuando llega la fase sintomática, ocasionada por dicho fallo valvular, es causa frecuente de muerte súbita cardíaca. El único tratamiento efectivo para la estenosis aórtica severa es la cirugía. La posibilidad de intervención quirúrgica se plantea siempre que la enfermedad valvular sea grave y produzca síntomas manifiestos que perturben de forma importante la calidad de vida del enfermo y/o amenacen su vida a corto plazo, características que poseía el paciente, sujeto de esta reclamación (...) . La cirugía le daba la posibilidad de evitar una muerte súbita».

Por último, en relación con esta intervención, añade el primer informe citado que la misma transcurrió con normalidad, así como el postoperatorio inmediato, pudiendo ser extubado a las cuatro horas de la intervención. Consta que el paciente sufrió, estando ya en la UVI, alteraciones graves del ritmo cardíaco, considerada por el SIP una incidencia grave debido a sus comorbilidades, por la que permaneció en vigilancia durante una semana en el citado Servicio.

3. Por lo que se refiere a la infección padecida, ésta se encuentra asimismo demostrada en el expediente. Constan en relación con la misma el siguiente curso clínico (informe del SIP):

«- Se detecta complicación infecciosa a partir del día 3 de octubre, entrando en situación de shock séptico con disfunción multiorgánica que se comprueba de origen bacteriémico, y asociado a catéter, infección por *S. Aureus* Meticilin sensible, así como otro foco asociado tipo infección urinaria por *Pseudomona Aeruginosa*, diagnóstico de shock vasopléjico. Se presenta disfunción multiorgánica con gran deterioro general, sufre encefalitis séptica.

Se retira catéter central y se inicia cobertura antibiótica de amplio espectro protocolizada, corticoide, anticoagulante, reposición hidroelectrolítica etc. En el estado de shock vuelve a perder el ritmo cardíaco, pasa por fase de fibrilación, se aumenta las dosis de anticoagulantes. Consigue volver a su ritmo inicial el 5 de octubre por la tarde. Evoluciona tras unos días de forma favorable.

- El día 8 de octubre se traslada a planta de Cirugía Cardiovascular, algo confuso pero con la encefalopatía casi resuelta. La evolución es buena, inicialmente afebril. A partir del día 9 de octubre de 2015 los cultivos resultan negativos. Se retoma en planta el tratamiento antibiótico previo de Daptomicina y Cefepime añadiéndose la Cloxacilina.

Se practica ecocardiografía el 15 de octubre, muestra imagen dudosa paravalvular.

Se repite la prueba el 20 de octubre donde se sigue visualizando imagen ecodensa rodeando al anillo protésico valvular, imagen sospechosa de absceso periprotésico con válvula aórtica protésica normofuncionante y también imagen verrucosa sobre válvula tricúspide.

En este día se refiere en historial clínico que los médicos comentan que debido al buen estado del paciente, no tener leucocitosis, sin fiebre, y el alto riesgo de una reintervención, prefieren mantener una actitud expectante y no intervenirle continuando con los antibióticos.

El paciente presenta además herida de esternotomía que se abre en su tercio distal con salida de material purulento. Debido a que el paciente está estable, sin fiebre, sin signos de deterioro, con tratamiento antibiótico adecuado, se decide actitud expectante.

Todos los cultivos realizados en planta resultan negativos, del día 9 de octubre al 21 los distintos cultivos resultan negativos.

- El 21 de octubre presenta fiebre de 39 grados y deterioro general, crisis bacteriémica, por lo que se programa para intervención urgente por sospecha de endocarditis (absceso aórtico posible) e infección de la herida quirúrgica en tórax con dehiscencia herida quirúrgica o sea mediastinitis, por tanto se decide intervención urgente.

Se reinterviene el día 22 de octubre de 2015 por endocarditis con absceso anular (endocarditis infecciosa), previa firma del consentimiento informado por un familiar responsable, la familia tras ser informada no quiere se informe al paciente. En esta intervención se realiza limpieza quirúrgica del mediastino anterior, endocarditis infecciosa de probable causa *S. Aureus* meticilin sensible.

- El paciente sufre shock vasopléjico, fracaso renal, con tratamiento pertinente, mejora en los próximos días poco a poco.

- A partir de la cirugía del 22 de octubre los cultivos realizados sobre catéteres, orina, heces, exudados de herida quirúrgica, hemocultivos, coprocultivos, líquido pleural, cables de marcapasos, faríngeos, iodos dieron resultados negativos.

Posteriormente evoluciona favorablemente, recuperándose poco a poco. El día 1 de noviembre de 2015, se considera muy estable en líneas generales.

- Existencia de derrame pleura derecho que se drena el día 4 de noviembre de 2015, día igualmente en que se extuba y se pautan gafas nasales, se plantea su traslado a planta. El síndrome de respuesta inflamatoria sistémica en resolución, shock vasopléjico resuelto.

- El día 5 de noviembre vuelve a deteriorarse de forma progresiva, y por la noche de este día presenta cuadro de shock séptico y shock vasopléjico, reintubación orotraqueal.

El deterioro es global, fracaso respiratorio, fracaso renal, coagulopatía, fibrilación auricular, etc (...) Se añaden al tratamiento antibiótico previo de Daptomicina Cloxacilina y Rifampicina, Cefepime, Ciprofloxacino y Caspofungina para cobertura antifúngica, más corticoides, reposición hidroelectrolítica etc (...) Se hacen una serie de cultivos generales y resulta positivo a levaduras, en orina.

La situación de fracaso multiorgánico progresa, el 6 de noviembre presenta parada cardiorrespiratoria a las 09:20 horas presenciada, que a pesar de las maniobras de resucitación cardiopulmonar avanzada y saliendo de esta parada, vuelve a pararse a las 09:30 horas, se produce *exitus* a las 09:45 horas por parada cardíaca en el contexto de fallo multiorgánico».

Estos antecedentes son indicativos de que desde que se detectó la infección el día 3 de octubre de 2015 se llevaron a cabo los cultivos pertinentes, se procedió a la retirada del catéter venoso central y se administró la correspondiente medicación antibiótica de amplio espectro, resultando los cultivos negativos a partir del 9 de octubre y hasta el día 21 del mismo mes. Este día sin embargo presenta nuevamente fiebre y deterioro general (crisis bacteriémica), por lo que se programa intervención urgente por sospecha de endocarditis infecciosa (infección en válvula protésica) e infección de la herida quirúrgica en tórax con dehiscencia herida quirúrgica (mediastinitis). Esta intervención se lleva a cabo el día 22 de octubre, en la que se eliminaron los tejidos infectados. A partir de ese día presenta nuevamente mejoría y los cultivos realizados sobre catéteres, orina, heces, exudados de herida quirúrgica, hemocultivos, coprocultivos, líquido pleural, cables de marcapasos, faríngeos, iodos, dieron resultados negativos. Por último el 5 de noviembre sufrió una recaída y falleció al día siguiente por shock séptico y fallo multiorgánico.

Las reclamantes entienden que el proceso infeccioso padecido por el paciente se debió a una falta de esterilización y desinfección del material hospitalario empleado. En el expediente sin embargo no existe constancia alguna de este extremo ni las interesadas han aportado prueba alguna, consistiendo pues en su sola afirmación. Por el contrario, señala el informe de la Jefa de Servicio de Medicina preventiva que los dispositivos relacionados con las infecciones que padecía el paciente son estériles y de un solo uso, por lo que, completa el SIP, no deben ser esterilizados ni desinfectados, sino que ya llegan así, vienen esterilizados y se colocan. Además, conforme al primer informe citado, tanto la desinfección del material hospitalario de uso continuado como la esterilización del material quirúrgico, se llevan a cabo según los protocolos aprobados al efecto.

En cuanto a la causa de la infección, explica el SIP lo siguiente:

«La primera causa y vía de acceso de la infección de los catéteres centrales es a través de la propia piel del paciente (que es siempre la más frecuente zona que produce infección en los pacientes hospitalizados, de su propia piel) en la zona de inserción del catéter y en segundo lugar en el punto de conexión del catéter.

El primero atraviesa la piel y llega a la parte del catéter ya introducido bajo la piel (lugar de inserción del catéter) y los gérmenes provienen de la propia piel del paciente, ésta es la causa más frecuente de infección de los catéteres vía central.

Con respecto al punto de conexión del catéter y que está externo al cuerpo, no introducida dentro del cuerpo, en este segundo tipo los gérmenes pueden provenir de nuevo de la propia piel del paciente, de las manos de los sanitarios, el aire, etc.

La primera causa, como decíamos de acceso de los gérmenes es a través del lugar de inserción del catéter, de la piel adyacente, la causa más frecuente, le sigue en segundo lugar la contaminación del punto de conexión de los catéteres.

Los Estafilococos son los agentes causantes de estas infecciones con más frecuencia.

La colonización, por los gérmenes en los catéteres, en ocasiones no provoca enfermedad, pero pueden provocar sepsis, o infección diseminada, lo que llamamos metástasis de la infección, como ocurrió en el caso que nos ocupa, que afectó a la válvula protésica provocando endocarditis bacteriana cuyo tratamiento es quirúrgico si no se corrige».

Así pues, en el paciente se concretó la infección por gérmenes que pueden provenir de la propia piel del paciente (supuesto más frecuente) y ello a pesar de que el material hospitalario usado fuera de un solo uso y esterilizado, por lo que no fueron los causantes de la patología sufrida. Además, se siguieron en todo momento los controles y tratamientos adecuados de acuerdo con la evolución de su enfermedad, tanto médicos como quirúrgicos, si bien presentó una evolución desfavorable, en el curso de una enfermedad grave (estenosis aórtica), a la que se unían otras patologías (diabetes, insuficiencia cardíaca) que complicaban su situación.

Por todo ello se considera que al paciente se le dispensó una asistencia sanitaria adecuada por parte del Servicio Canario de la Salud. No se aprecia en esta asistencia infracción alguna de la *lex artis*, pues como de forma constante ha resaltado la jurisprudencia, la obligación de los servicios sanitarios es una obligación de medios, de tal forma que se han de poner a disposición de los pacientes todos los medios diagnósticos y de tratamiento necesarios a la vista de los síntomas que los pacientes refieren (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). Esto ha acontecido efectivamente en el presente caso, pues se utilizaron en el caso del paciente, como se ha acreditado en el expediente, las técnicas quirúrgicas y los tratamientos adecuados ante la patología inicialmente padecida, así como en orden a solventar las complicaciones detectadas, si bien no se consiguió su curación.

Por otra parte, el paciente recibió la debida información sobre los riesgos propio de la intervención quirúrgica a la que se sometió, entre los que se encontraba la posibilidad de padecer una infección de la herida quirúrgica o de la válvula protésica, añadiendo que esta última complicación es siempre grave y requiere una nueva operación de riesgo alto (folios 195 y 196 del expediente). Este riesgo fue pues conocido y asumido por él en el momento en que manifestó su consentimiento, por lo que también desde esta perspectiva la asistencia sanitaria puede considerarse ajustada a la *lex artis*.

Se ha de concluir por ello, tal y como señala la Propuesta de Resolución, en la inexistencia de nexo causal entre el fallecimiento del paciente y la actuación de la Administración sanitaria y, en su consecuencia, en la desestimación de la pretensión resarcitoria.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, por la que se desestima la reclamación presentada, se considera conforme a Derecho.