Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 3 4 2 / 2 0 1 8

(Sección 1ª)

La Laguna, a 24 de julio 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 a su hijo menor (...), como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 269/2018 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. Los interesados en este procedimiento solicitan una indemnización que supera la cantidad de 6.000 euros. Esta cantidad 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. 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. 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, 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. (...), actuando en representación de (...) y (...), que actúan en su propio nombre y como representantes legales de su hijo menor de edad (...), interpuso el 11 de octubre de 2010, reclamación de responsabilidad patrimonial por las lesiones sufridas por el menor, según alegan, como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario.

Los reclamantes exponen, entre otros extremos, lo siguiente:

- El 22 de enero de 2005, tras un periodo de gestación y embarazo normal, nace (...) en el Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria (HUNSC), detectándose un soplo en el corazón. Madre e hijo permanecen dos días ingresados en el hospital, durante los cuales se practican al menor toda una serie de pruebas médicas debido a que se le detectó un soplo en el corazón. Causa alta el 24 de enero de 2005 y se indica que debe pasar por consulta de Cardiología en 4 meses.

- El 31 de enero de 2005 el menor ingresa en Urgencias por haber contraído una gravísima infección (meningitis E. Coli Ble) durante su estancia en el HUNSC, permaneciendo ingresado hasta el 23 de marzo de 2005. A consecuencia de dicha infección la salud del menor sufre un grave quebranto, con una serie de secuelas irreversibles que originan un cambio radical en su vida y en la de sus padres. Al alta, en el informe de Pediatría constan como diagnósticos: sepsis clínica tardía (E. Coli Ble), meningitis bacteriana (E. Coli Ble), hidrocefalia secundaria, hiponatremia, anemia secundaria y convulsiones secundarias.

- El 28 de junio de 2005 el menor volvió a ser hospitalizado por presentar convulsiones, cuyo juicio clínico fue de «encefalopatía epiléptica».

- El 14 de marzo de 2006, la Dirección General de Servicios Sociales le reconoce un grado de minusvalía de carácter físico y sensorial del 77%.

- El 16 de enero de 2007 se le realizan en el Servicio de Neurofisiología Clínica del HUNSC estudios de potenciales auditivos de troncoencéfalo, con resultado de hipoacusia de transmisión derecha de intensidad leve.

- El 11 de abril de 2009 vuelve a ser hospitalizado para cambio de catéter ventricular instalado a causa de la hidrocefalia padecida.

- El 26 de marzo de 2009, el Servicio de Neurofisiología Clínica le realiza estudio con resultado de ausencia bilateral de respuesta E.R.G.

- El 9 de febrero de 2010 vuelve a ser hospitalizado, permaneciendo ingresado hasta el 12 de febrero de 2010, con diagnóstico de herpangina, sobreinfección bacteriana.

Los reclamantes consideran que el menor contrajo la meningitis bacteriana durante su estancia en el HUNSC con ocasión de su nacimiento y sostiene que esta infección fue de origen nosocomial puesto que en el hospital no se guardaban las medidas higiénicas suficientes y se incumplieron los protocolos generales de control de infecciones. Cuestionan asimismo la rapidez y eficacia con la que actuaron los médicos del hospital, si se tiene en cuenta las graves secuelas que padece el menor, lo que podría evidenciar un retraso en el diagnóstico.

Solicitan por los daños y secuelas sufridas por el menor una indemnización que asciende a la cantidad de 1.542.343,04 euros.

En su escrito proponen como prueba la documental que adjuntan, consistente en poder de representación y diversos informes clínicos, así como la pericial, mediante la aportación de informe médico en momento posterior.

2. En este procedimiento son de interés los siguientes antecedentes:

- El Servicio Canario de la Salud (SCS), tras la presentación de la reclamación, tramitó el oportuno procedimiento de responsabilidad patrimonial, en el que recayó el Dictamen de este Consejo 373/2012, de 31 de julio. Con fecha 12 de agosto de 2012 se dictó la Resolución finalizadora del mismo, que desestimó la reclamación al considerar prescrito el derecho a reclamar de los interesados.

- Los reclamantes presentan con fecha 21 de septiembre de 2012 recurso potestativo de reposición, que fue desestimado por Resolución de 4 de octubre del mismo año. Interpuesto recurso contencioso-administrativo, éste resultó estimado por Sentencia del Juzgado de lo Contencioso Administrativo n.º 1 de Las Palmas de Gran Canaria de 15 de marzo de 2016, que declaró la nulidad del acto recurrido y ordenó la retroacción del expediente a fin de que se resolviera el fondo del asunto.

Contra esta sentencia, el SCS interpone recurso de apelación, que fue desestimado por Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Canarias de 21 de febrero de 2017.

- En cumplimiento de lo ordenado por este pronunciamiento judicial, mediante Resolución del Director del SCS de 21 de marzo de 2017 se retrotraen las actuaciones del procedimiento y se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) sobre el fondo de la reclamación. Esta Resolución fue notificada a los interesados.

3. Constan con posterioridad las siguientes actuaciones:

- Con fecha 15 de mayo de 2017 se emite informe por el SIP, de carácter desfavorable, al considerar que la infección padecida no tuvo un origen hospitalario y la asistencia sanitaria prestada fue correcta. Se adjunta al informe el emitido por el Servicio de Pediatría del HUNSC.

- El 24 de mayo de 2017 se requiere a los interesados la proposición de los medios probatorios de los que pretendan valerse, lo que no llevan a efecto en el plazo concedido. Se dicta seguidamente acuerdo probatorio en el que se admiten las pruebas documentales propuestas por ellos en su reclamación inicial, así como las aportadas por la Administración. No se admite sin embargo la pericial médica también propuesta, al no haberse aportado.

- El 15 de junio de 2017 se otorga el preceptivo trámite de audiencia, en el que los interesados presentan escrito en el que reiteran sus alegaciones iniciales, así como la indemnización entonces cuantificada (1.542.343,04 euros).

- Con fecha 13 de octubre de 2017 emite su preceptivo informe la Asesoría Jurídica Departamental [art. 20.j) del Reglamento del Servicio Jurídico, aprobado por Decreto 19/1992, de 7 de febrero]. En este informe se considera procedente incorporar al expediente el informe del Servicio de Medicina Preventiva en relación con las medidas protocolizadas de control y vigilancia de las infecciones en el Centro Hospitalario, así como el informe del Servicio de Pediatría/Neonatología acerca de la rapidez y eficacia con la que sea actuó tras el ingreso del menor a los ocho días de nacido. Estos informes fueron efectivamente recabados y emitidos.

- Con fecha 4 de febrero de 2017 se otorga nuevo trámite de audiencia a los interesados, con traslado de los citados informes. No obstante, intentada la notificación personal en dos ocasiones por medio del servicio de correos, resultó infructuosa, por lo que se publicó anuncio en el Boletín Oficial de Canarias y en el

Boletín oficial del Estado. Transcurrido el plazo concedido no se presentaron alegaciones.

- El procedimiento viene concluso con la preceptiva Propuesta de Resolución, desestimatoria de la reclamación formulada.

III

1. Por lo que se refiere al fondo de asunto, sostienen los reclamante que su hijo sufrió una infección nosocomial que contrajo durante las 48 horas que permaneció en el hospital tras su nacimiento. Alegan como origen de la infección las diferentes pruebas diagnósticas que se le practicaron al haberle detectado un soplo cardiaco, así como las deficientes medidas de higiene hospitalaria e incumplimiento de los protocolos generales de control de las infecciones.

Estas afirmaciones son negadas en la Propuesta de Resolución, que desestima la reclamación con fundamento en los informes recabados, considerando que las medidas adoptadas fueron las adecuadas y que no ha quedado acreditado en el expediente el alegado origen nosocomial de la infección.

2. En el expediente ha quedado constatado que el menor nació el 22 de enero de 2005, con buen estado general, detectándose únicamente soplo sistólico, por lo que se realizó la prueba diagnóstica necesaria dos días después, tras cursar interconsulta al Servicio de Cardiología. Esta prueba consistió, de acuerdo con los informes médicos, en una ecocardiografía, en la que se detectó una comunicación interventricular mínima y un *ductus* mínimo. Según informa el SIP, en relación con la primera, lo normal es que cierre espontáneamente y no requiere cirugía y, en cuanto al *ductus* (pequeño vaso que comunica la aorta con la pulmonar) éste se cierra durante los tres primeros días posteriores al nacimiento. Recibe por ello el alta hospitalaria el mismo día 24, con revisión en cuatro meses. Durante su estancia además, de acuerdo con el informe del Servicio de Pediatría, el menor no presentó ningún signo clínico de sepsis o meningitis.

Consta asimismo acreditado que el 31 de enero de 2005 ingresa en el Departamento de Neonatología del Servicio de Pediatría del HUNSC procedente de Urgencias, con el diagnóstico de meningitis bacteriana y tras valoración se traslada a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. A su ingreso se inició tratamiento con antibioterapia de amplio espectro (ampicilina, cefotaxima y gentamicina). Al tercer día de ingreso, dado que el cultivo del líquido cefalorraquídeo extraído el 31 de

enero de 2005 es positivo para E. Coli Ble, se cambia a Ipanemen, pues esta bacteria es resistente a la ampicilina y cefotaxima y sensible a la gentamicina. La evolución del menor sin embargo fue tórpida, presentando una ventriculitis e hidrocefalia obstructiva secundaria a la meningitis. El menor presenta como secuelas hidrocefalia, síndrome de hipertensión intracraneal secundaria a la obstrucción de la válvula implantada para paliar la hidrocefalia, encefalopatía epiléptica, retraso psicomotor, hipoacusia leve de transmisión derecha y problemas oculares.

Los reclamantes alegan que su hijo contrajo la infección con ocasión de la práctica de las pruebas diagnósticas, extremo éste que sin embargo no queda acreditado en el expediente. Por el contrario, consta que la ecocardiografía practicada es un método totalmente incruento y no invasivo que no altera en lo más mínimo las barreras defensivas cutáneo-mucosas del neonato. Al menor se le practicaron también dos determinaciones de glucemia al ingreso mediante punción en el talón, de acuerdo con los protocolos existentes en la Unidad, siguiendo las medidas habituales de asepsia. Por último, el paciente estuvo monitorizado, lo que tampoco es un procedimiento invasivo y no altera la barrera cutáneo-mucosa. Por todo ello, concluyen los informes obrantes en el expediente (del Servicio de Pediatría y del SIP) que no se llevaron a cabo exploraciones, procedimientos, técnicas invasivas, tratamientos o manipulaciones que puedan considerarse como factores de riesgo o predisponentes para el desarrollo de una meningitis bacteriana por E. Coli.

Por lo que se refiere a las medidas preventivas de control de infecciones y de higiene hospitalaria, a cuya ausencia achacan los interesados el daño producido, tanto el Servicio de Pediatría como el de Medicina Preventiva indican que se siguen los protocolos en la materia. Así, en cuanto a la asistencia prestada al menor, refiere el Servicio de Pediatría que todos los recién nacidos a su llegada a Nidos son manejados con guantes por el personal médico, de enfermería y auxiliares y se siguen las normas de asepsia. A su vez, por parte del Servicio de Medicina Preventiva se informa que las normas de control vigentes en el HUNSC en el año 2005 eran las normas de control de microorganismos multirresistentes de los CDC (Centers for Diseases Control) e HICPAC (Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee) publicadas en 1996, que son los Organismos que marcan la pauta sobre las medidas de control y vigilancia que se deben instaurar en los hospitales. Para el caso que nos ocupa, informa, el microorganismo es de vigilancia y control opcional, ya que tiene su desarrollo normal en colon y tiene escasa supervivencia fuera de su ámbito. No obstante, el HUNSC es un hospital que controla su presencia y, una vez diagnosticado un paciente, se le coloca en aislamiento de contacto, lo que supone

que debe procederse a la higiene de manos con productos de base alcohólica y ponerse guantes y bata durante el cuidado del paciente, sin que sea aconsejable el uso de mascarillas. De igual modo, se instruye a sus familiares para llevar a cabo estas medidas, que ya estaban vigentes en el HUNSC en el año 2005. Se aclara por último que estas medidas deben ser adoptadas por todo el personal que atiende al paciente y su cumplimiento disminuye la difusión del microorganismo hacia otros pacientes, pero no evita las complicaciones que puedan derivarse de su presencia en el caso índice.

En cuanto al posible origen de la infección, los informes obrantes en el expediente descartan el origen nosocomial de la misma, indicando que no se pudo contraer en el hospital puesto que el recién nacido no fue sometido a ningún procedimiento de riesgo, apuntando como causa más probable que fuera transmitida por su madre o que se adquiriera en la comunidad. En este sentido, indica el SIP que la bacteria E. Coli se encuentra en el intestino y tiene más posibilidad de ser encontrada en lo que denomina «infección vertical» (materno-fetal, en el canal del parto), que en infección por transmisión nosocomial. A ello añade que las infecciones adquiridas en el hospital se consideran adquiridas en la Unidad de Cuidados Intensivos, donde no estuvo el niño, así como por otros factores, como la antibioterapia, técnicas neuroquirúrgicas, catéteres, intubación, respirador (...) ninguno de los cuales se practicó al menor. Por lo demás, como ya dijimos en nuestro Dictamen 373/2012, de 31 de julio, los reclamantes no han aportado prueba alguna que corrobore sus afirmaciones, a pesar de haber propuesto la pericial médica, limitándose a la sola aseveración de que el menor contrajo la infección en el Centro hospitalario. No existe pues prueba alguna en el expediente que permita concluir que el menor contrajo la enfermedad como consecuencia de la asistencia sanitaria que se le prestó con ocasión de su nacimiento.

Por último, por lo que se refiere a la asistencia prestada al menor tras su ingreso a los ocho días de vida, tampoco se ha acreditado por los interesados que se hubiera producido retraso alguno en el diagnóstico y tratamiento. Al contrario, consta que el ingreso de lactantes menores de un mes por cuadro febril siempre es una situación de prioridad, realizándose tras la exploración inicial una serie de exámenes complementarios protocolizados que incluyen la extracción de líquido cefalorraquídeo (LCR), lo que efectivamente se llevó a cabo en el caso de este menor el mismo día de su ingreso. A las pocas horas de estancia se obtuvo asimismo el diagnóstico de meningitis bacteriana y se inició el tratamiento pertinente,

consistente en antibioterapia empírica habitual, según protocolo, con tres antibióticos. A las 48 horas, tras la obtención del cultivo de LCR, que precisa un tiempo mínimo para su lectura en todos los casos, se obtiene positividad a E. Coli Ble, mostrando resistencia a dos de los tres antibióticos pautados, que se retiran y se sustituyen según antibiograma. Con estos datos, concluyen los informes emitidos que la actuación tras el ingreso del menor se llevó a cabo de forma correcta, sin retraso en el diagnóstico de la meningitis bacteriana ni en el inicio del tratamiento necesario y que las complicaciones sufridas por el menor tras la meningitis son las típicas de este padecimiento y no derivan de la asistencia sanitaria.

Se ha de concluir por ello que no concurren en el presente caso los requisitos necesarios para que proceda la declaración de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria y, en consecuencia, se estima conforme a Derecho la Propuesta de Resolución.

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.