



Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 1ª)

La Laguna, a 8 de junio de 2020.

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. 177/2020 IDS)*.***

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado el 5 de mayo de 2020 por oficio de la Excmo. Sr. Consejero de Sanidad (con entrada en el Consejo Consultivo el 6 de mayo de 2020), es la propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial extracontractual, iniciado el 28 de mayo de 2019, por (...), solicitando una indemnización como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida del Servicio Canario de la Salud (SCS).

2. La interesada cuantifica la indemnización que solicita en 28.000 euros, lo que determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación de la Sra. Consejera de Sanidad 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.

3. A la tramitación del procedimiento en que se ha aprobado el presente Dictamen le ha resultado de aplicación el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, declarando el estado de alarma en todo el territorio nacional. En atención al mencionado Real Decreto se dictó por el Presidente de este Consejo Consultivo la Resolución 14/20, de 17 de marzo, ordenando la interrupción de los plazos para la aprobación de dictámenes, lo que ha afectado a la tramitación de este

* Ponente: Sr. Suay Rincón.

procedimiento consultivo. No obstante, por Resolución de 19 de mayo de 2020 de la Presidencia del Consejo Consultivo, se acuerda el levantamiento de la suspensión del plazo para emitir dictamen en los expedientes tramitados por el SCS, en base a la Resolución de 23 de abril de 2020 del Presidente del Consejo de Dirección del SCS, que ordena la continuación de los procedimientos indispensables para la protección del interés general, sobre la base de la DA3ª del Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, modificado por el Real Decreto 465/2020, de 17 de marzo.

4. Resultan aplicables la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), así como la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, por la fecha en la que se interpone la reclamación de responsabilidad patrimonial (DT3ª LPACAP). También son de aplicación la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica; así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

II

1. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo, y, por ende, del derecho a reclamar de (...), la cual reclama en su propio nombre, al haber sufrido presuntamente daños personales como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida del SCS (art. 4 LPACAP). En cuanto a la legitimación pasiva, por otra parte, la ostenta el SCS como titular del servicio público sanitario.

2. El órgano competente para resolver es la Dirección del 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. El órgano competente para instruir y proponer la resolución de 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, en relación con la Resolución de 23 de diciembre de 2014 por la que se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos del SCS.

3. La reclamación de responsabilidad patrimonial se interpone dentro del plazo de un año a que se refiere el art. 67 LPACAP, ya que la cesárea a la que la reclamante atribuye la infección posterior tuvo lugar el 19 de junio de 2018 y la reclamación de responsabilidad patrimonial se interpone el 28 de mayo de 2019.

III

La reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta por (...) se basa en los siguientes hechos:

«Que por medio de este escrito informo a esta administración de que con fecha 19/06/18 tras practicárseme una intervención de cesárea, se me causó una infección por bacterias en el Hospital Universitario de Nuestra Señora de Candelaria y que tras ya casi un año de sufrimiento y convalecencia a día de hoy siguen los dolores y han quedado secuelas irreversibles de deformidad de la zona, causándome todo ello, problemas de salud, tanto físicos como psíquicos. Y que dada la situación de salud en la que me encuentro a raíz de esta intervención y provocada por la misma, me veo en la necesidad de formular:

RECLAMACIÓN POR RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL DE LA ADMINISTRACIÓN SOLICITANDO EL RESARCIMIENTO POR LOS DAÑOS DERIVADOS DE LA ASISTENCIA SANITARIA RECIBIDA PROCEDENTE DEL SERVICIO CANARIO DE SALUD del HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE CANDELARIA sito en Ctra. Ofra S/N La Cuesta 38320 La Laguna, dependiente de LA CONSEJERIA DE SANIDAD DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS. En reclamación de responsabilidad patrimonial por el normal o anormal funcionamiento de la administración por los daños y perjuicios que se me han ocasionado en la intervención quirúrgica que se me realizó con fecha 19 de junio de 2018 por estos servicios públicos de salud, al amparo de lo dispuesto en los artículos 32 y ss. de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.

CONFORME A LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES DE HECHO:

PRIMERO. - Que vengo padeciendo graves secuelas desde que el 18 de junio de 2018 fui ingresada en el Hospital Nuestra Señora de Candelaria y el 19 de junio de 2018 me fuera practicada una intervención de cesárea desde la que he venido soportando graves padecimientos que me han dejado secuelas desde hace ya casi un año, y que, con fecha actual, no ha habido una recuperación normal, pues siguen los dolores y no puedo desempeñar una vida normal. Todo ello debido a que-tras la

intervención; sufrí una gran infección en la -zona provocada por una bacteria en el quirófano presentando fiebre de entre 38,7 a 39 grados.

SEGUNDO. - Cabe decir, que respecto de los peligros que corrí en esta intervención, tampoco se me informó adecuadamente sobre los riesgos, simplemente se me dijo que tenía que firmar un documento que además está en blanco.

TERCERO. - Tras la intervención y al ver que no persistían las molestias y presentaba fiebre, quedé posteriormente ingresada, constatado así en el informe médico que acudía por dehiscencia de herida quirúrgica urgente con fiebre superior a 38,7 grados. En este informe médico se detalla mi situación clínica como herida abierta con salida de material serohemático, muy endurecida y con hematomas y edemas. La herida no solo presentaba edema como determinan los informes del mismo hospital, sino que además alude a que presenta amplias zonas con tejido necrosado, todo ello producido por una contaminación en el QUIRÓFANO DEL HOSPITAL con la bacteria ESCHERICHIA COLI BLEE, por todo lo cual estuve durante 11 días ingresada en aislamiento.

CUARTO. - En la actualidad, tras haber ya pasado casi 12 meses desde la cirugía de cesárea, mi calidad de vida se ha visto gravemente comprometida, los dolores me impiden desarrollar mi vida con normalidad sin contar con la ayuda de terceros en muchas ocasiones, y que, además, desde entonces no he podido conciliar el sueño con normalidad por el dolor permanente en el abdomen, unido esto al daño estético -que ha provocado que la herida se infectara con la bacteria causando una anormal cicatrización. Por todo ello, mi estado anímico se ha visto gravemente afectado, así como el de mi familia.

COMO CONCLUSIÓN, se considera inequívoca la relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y la lesión, cómo se reconoce en los informes médicos aportados, y en las mismas pruebas solicitadas tras la operación. Que la lesión y el daño producido haya sido por el normal o anormal funcionamiento de la administración pública ha producido un resultado nefasto para mi salud. Y en cuanto a la valoración del daño y el cálculo de la cuantía de la indemnización, se estará a lo dispuesto para las secuelas ocasionadas, que no solo me han producido dolor, deformación, y daños psíquicos, sino que además han afectado permanentemente a la calidad de vida normal, -necesitando ayuda de terceros en numerosas ocasiones para el desarrollo normal de la vida diaria, pues todo ello ha provocado una situación de desesperación que han producido un estado anímico nefasto.

En mi caso concurre todo lo citado a consecuencia de actividad de la Administración Sanitaria (o de su actuación equivocada), que ha producido el siguiente resultado: infección por bacteria ESCHERICHIA COLI BLEE en quirófano del Hospital Nuestra Señora de la Candelaria en una intervención por cesárea, que ha provocado no solo fuertes dolores con fiebre, poniendo en riesgo mi vida, sino deformación de mi abdomen de manera permanente junto a los daños psíquicos y familiares, pues no he podido ni hacerme cargo de mi bebé recién nacida sin ayuda, porque el dolor ha coartado tanto mi movimiento como la posibilidad de desarrollar mi maternidad con normalidad».

IV

1. En el curso del procedimiento constan practicadas las siguientes actuaciones:

1.1. Se interpone reclamación de responsabilidad patrimonial el 28 de mayo de 2019, por (...), contra el SCS, por la asistencia sanitaria recibida en el Hospital Nuestra Señora de Candelaria. Cuantifica la indemnización que solicita en 28.000 euros.

1.2. Mediante Resolución del Director del SCS, de fecha 4 de junio de 2019, se acuerda la admisión a trámite de la reclamación y se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP). Dicha Resolución se notifica a la interesada el 24 de julio de 2019.

1.3. El 11 de octubre de 2019, se emite informe por parte del SIP (folios n.º 89 y ss.), acreditándose, a la vista de la historia clínica de la reclamante y de los informes preceptivos correspondientes, la siguiente sucesión cronológica de hechos:

1.- Entre los antecedentes obstétricos cesárea previa en su segunda gestación. Atelectasia lóbulo medio pulmón izquierdo.

- En fecha 18 de junio de 2018 a las 12:15 horas ingresa, a las 41 semanas de gestación, en el HUNSC por gestación cronológicamente prolongada a fin de finalizar la misma mediante preinducción de balón de Cook. Se mantiene balón de Cook durante 12 horas y al no iniciar el trabajo de parto pasa a paritorio para inducción directa.

- Firma Documento Consentimiento Informado para inducción del parto el 18 de junio. Entre los riesgos incluidos infección materna o fetal y fracaso de la inducción. Se realiza amniorrexis artificial fluyendo LA claro.

- Durante el periodo de dilatación, a los 6 cm, realizó pico febril y se registró taquicardia fetal. En hemograma 16.500 leucocitos. En ese momento fluye LA +++.

Ante la justificación de parto estacionado y sospecha de corioamnionitis se indicó cesárea, consta a las 22:30, además salpinguectomía bilateral. Hora de nacimiento 22:59 horas del 19 de junio de 2018.

- Se describe asepsia de la zona y colocación de campos estériles. De forma intraoperatoria se objetiva, condicionado por el antecedente de cesárea previa, síndrome adherencial severo con sangrado profuso - adherencia de 01 a trompa izquierda-, además líquido amniótico meconial y maloliente. Ante la sospecha de corioamnionitis se envió la placenta para cultivo resultando positivo para E. coli. Se realizó profilaxis antibiótica de forma intraoperatoria (Cefazolina 2 gr iv) siguiendo el protocolo de corioamnionitis. Se coloca sistema de vacío PICO sobre incisión de piel (prevención de infección de heridas). Sangrado profuso y síndrome anémico severo que requirió de transfusión sanguínea (de concentrados de hematíes).

- Durante el posoperatorio recibió tratamiento antibiótico iv durante 5 días.

- Causa alta en fecha 23 de junio de 2018. Entre las indicaciones, solicitar cita en su Centro de Salud para retirada de puntos de sutura el 26 de junio y cita con su Matrona de Zona para revisión puerperal.

2.- En fecha 28 de junio acude al HUNSC por dehiscencia de herida quirúrgica, sospecha de infección herida. Causa ingreso. Describe fiebre en el domicilio, 38.7°C. En el Centro de Salud se pautó tratamiento antibiótico. A la exploración física: Temperatura de 36.7°C, herida abierta con salida de material serohemático, muy indurada con hematoma en resolución. Se tomó exudado de la herida.

- En fecha 29 de junio desbridamiento de la herida quirúrgica con colocación de drenaje tipo teja cierre primario. En las muestras tomadas para cultivo se aisló E. coli BLEE. Recibe tratamiento antibiótico y se indica aislamiento de contacto por germen BLEE.

- Causa alta el 9 de julio de 2018. Entre las indicaciones, retirada de puntos el 12 de julio en el Centro de Salud y revisión en CAE, 5. Ginecología patológica, el 25 de julio de 2018. Tras el alta siguió curas en el Centro de Salud.

3.- En control en consultas externas del Servicio de Obstetricia, en fecha 25 de julio de 2018, refiere continuar con curas en el Centro de Salud. No fiebre, no signos inflamatorios. Se describe cicatriz con buen aspecto, persiste dehiscencia de 3-4 cm en ángulo derecho. Se le indica continuar con curas y control en 4-6 semanas.

- En fecha 6 de noviembre de 2018 persiste dehiscencia de 1 cm, no signos de infección, no signos inflamatorios, no drena material a la presión. Se cita en dos meses.

1.4. El 8 de octubre de 2019, se dicta acuerdo probatorio, admitiendo los medios probatorios propuestos por las partes:

1.- Por parte de la interesada: La documental consistente en documentación clínica (folios n.º 230- 253).

2.- Por parte del SCS, la documental consistente en:

- Historia Clínica relativa a los hechos, objeto de reclamación.
- Informe del SIP (folios n.º 54- 61).
- Informe de Servicio de Medicina Preventiva del HUNSC (folio n.º 63).
- Informe del Servicio de Ginecología del HUNSC (folios n.º 65- 66).

El Acuerdo Probatorio es notificado a la interesada el 24 de octubre de 2019.

1.5. El 8 de octubre de 2019, se acuerda dar trámite de audiencia a la interesada a fin de que en el plazo de diez días pueda acceder al expediente y aportar escrito de alegaciones.

La interesada comparece, el 31 de octubre de 2019, en las dependencias del Servicio de Normativa y Estudios, de la Secretaría General del SCS, de Santa Cruz de Tenerife, a fin de acceder a su expediente y retirar copia íntegra del mismo. Se le hace entrega de la documentación, en el mismo acto.

Finalmente, el 6 de noviembre de 2019, la interesada aporta escrito de alegaciones, en el registro de entrada de la Secretaría General del SCS.

1.6. La Asesoría Jurídica Departamental, conforme a lo dispuesto en el art. 20.j) del Decreto 19/1992, de 7 de febrero, del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias, no informa por existir otros informes similares [AJS 40/17- C – que indica que ha de existir una necesaria relación causal a fin de poder reconocer responsabilidad patrimonial, conforme a lo dispuesto en el art. 139 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, de aplicación en relación con lo establecido por la Disposición Transitoria Tercera, apartado a) LPACAP]. La Asesoría Jurídica en dicho informe trae a colación la STS Sala 3ª sección 6ª de 21 de marzo de 2006, que indica lo siguiente: «*no basta para*

dar lugar a la responsabilidad patrimonial la apreciación de deficiencias en la atención médica prestada, siendo necesario que el perjuicio invocado cuya reparación se pretende, sea consecuencia o tenga como factor causal dicha prestación sanitaria».

1.7. La propuesta de resolución de la Ilma. Sra. Secretaria General del SCS, desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial, se suscribe con fecha 30 de abril de 2020.

2. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, aun expirado éste, y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, sobre la Administración persiste el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

3. En la tramitación del procedimiento no se aprecia que se haya incurrido en deficiencias formales que, por producir indefensión a los interesados, impidan un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada.

V

1. La sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007 afirma que *«la responsabilidad de la Administración sanitaria no deriva, sin más, de la producción del daño, ya que los servicios médicos públicos están solamente obligados a la aportación de los medios sanitarios en la lucha contra la enfermedad, mas no a conseguir en todos los supuestos un fin reparador, que no resulta en ningún caso exigible, puesto que lo contrario convertiría a la Administración sanitaria en una especie de asegurador universal de toda clase de enfermedades. Es por ello que, en cualquier caso, es preciso que quien solicita el reconocimiento de responsabilidad de la Administración acredite ante todo la existencia de una mala praxis por cuanto que, en otro caso, está obligado a soportar el daño, ya que en la actividad sanitaria no cabe exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, pues la función de la Administración sanitaria pública ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria con empleo de las artes que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, mas sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir, en todo caso, una curación».*

Asimismo, entiende el Tribunal Supremo en sentencia de 23 de septiembre de 2009 (recurso de casación n.º 89/2008) *«que el hecho de que la responsabilidad sea objetiva, no quiere decir que baste con que el daño se produzca para que la*

Administración tenga que indemnizar, sino que es necesario, además, que no se haya actuado conforme a lo que exige la buena praxis sanitaria, extremos éstos que deben quedar acreditados para que se decrete la responsabilidad patrimonial de la Administración».

La sentencia del Tribunal Supremo de 11 de abril de 2014 declara lo siguiente:

«Las referencias que la parte recurrente hace a la relación de causalidad son, en realidad un alegato sobre el carácter objetivo de la responsabilidad, que ha de indemnizar en todo caso, cualquier daño que se produzca como consecuencia de la asistencia sanitaria. Tesis que no encuentra sustento en nuestra jurisprudencia tradicional, pues venimos declarando que es exigible a la Administración la aplicación de las técnicas sanitarias, en función del conocimiento en dicho momento de la práctica médica, sin que pueda mantenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño. La responsabilidad sanitaria nace, en su caso, cuando se ha producido una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado. Acorde con esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser, por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria».

Así, pues, no existe otra exigencia de comportamiento a los facultativos que la de prestar la asistencia sanitaria aconsejable en cada caso, con los medios adecuados a su alcance; pero no la de garantizar un resultado, por lo que la obligación de indemnizar sólo surgirá cuando se demuestre que la actuación de los servicios sanitarios fue defectuosa o negligente, ya sea en el diagnóstico de la enfermedad o en su tratamiento.

2. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial, a la vista de la historia clínica de la interesada, los informes recabados y el informe del SIP. Sobre la base indicada, el SIP formula las siguientes conclusiones:

«1-El objeto de la reclamación es la infección de herida quirúrgica (cesárea) por germen Echerichia coli BLEE que la paciente relaciona con el entorno hospitalario. Añade que no recibió información sobre el riesgo de infección.

Frente a esta afirmación y a la vista de la Historia Clínica y de los informes recabados observamos:

** El motivo de ingreso, en fecha 18 de junio de 2018, fue finalizar la gestación cronológicamente prolongada mediante preinducción con balón de Cook. Al no iniciar*

trabajo de parto después de 12 horas de mantenimiento del mismo se indicó inducción del parto.

Por tal motivo firmó Documento Consentimiento Informado para inducción del parto en el que se incluye entre los posibles riesgos la infección materna o fetal. Por tanto, el riesgo de infección era conocido por la reclamante.

La sospecha de corioamnionitis durante la fase de dilatación llevó a la indicación de cesárea. No se discute la indicación de cesárea. La corioamnionitis es una causa importante de morbilidad materna y fetal incluyendo sepsis neonatal.

* El agente aislado en cultivo de placenta, solicitado ante la sospecha de corioamnionitis, es el mismo que el aislado en estudio de exudado de herida quirúrgica, *Echerichia coli*. Informa el Servicio de Medicina Preventiva que las corioamnionitis suelen estar producidas por flora procedente de la vagina siendo la *E. coli* uno de los microorganismos que se aíslan con más frecuencia.

Entre las complicaciones maternas de la corioamnionitis encontramos la infección heridas, abscesos pélvicos e incluso bacteriemia.

* La reclamante quizás considere que la bacteria *E. coli* BLEE (*Echerichia coli* con betalactamasas de espectro extendido) es exclusiva de ambientes hospitalarios, sin embargo se aísla tanto en estos ambientes como en la comunidad siendo responsable en la etiología de infecciones de vías respiratorias altas, infecciones del tracto urinario, heridas quirúrgicas, sangre o gastroenteritis.

E. coli es una bacteria que se encuentra normalmente en el intestino del ser humano y de los animales de sangre caliente. Las infecciones por este microorganismo no tienen su origen exclusivamente hospitalario, sino que con frecuencia se adquiere en la comunidad.

Por otra parte, en general se considera infección hospitalaria a aquella que aparece más de 48 horas después del ingreso hospitalario. Sin embargo la paciente ingresa el 18 de junio a las 12:15 horas y presentó pico febril, se registró taquicardia fetal y leucocitosis el día 19 de junio, circunstancias que llevaron a la sospecha de corioamnionitis y posterior confirmación mediante cultivo aislándose *E.coli*. Es decir, no cumple el anterior criterio de infección hospitalaria. Se añade que incluso las manifestaciones de corioamnionitis ocurrieron en menos de un día de ingreso, es decir en un tipo inferior al periodo de incubación del este microorganismo.

2.-Previo a la confirmación de corioamnionitis y ante la sospecha de la misma se tomaron las medidas adecuadas:

** Se indicó cesárea intraparto.*

** Se indicó cultivo de placenta.*

** Durante la cesárea se describe asepsia de la zona y colocación de campos estériles realizándose profilaxis antibiótica de forma intraoperatoria y colocación de sistema de vacío PICO sobre la incisión de piel {prevención de infección de heridas}.*

** Durante el postoperatorio de cesárea recibió tratamiento antibiótico iv durante 5 días.*

3.-Diagnosticada la infección de la herida quirúrgica por el mismo organismo causante de la corioamnionitis el abordaje fue adecuado.

4.-En cualquier caso, si la infección por E. coli hubiese tenido su origen en el hospital hubiese ocurrido a pesar de las medidas adoptadas para su prevención. La infección tras una intervención quirúrgica es un hecho posible sin que implique mala praxis y puede ocurrir a pesar de que medien las medidas oportunas de asepsia en el intento de minimizarla.

Así, en el HUNSC, como nos ha informado el Servicio de Medicina Preventiva, se llevan medidas de control de la infección por esta bacteria. “De forma mensual, se recoge muestras de aire de los quirófanos para comprobar y asegurar su bioadmisibilidad según la Norma española UNE 171340 sobre ‘validación y cualificación de salas de ambiente controlado en hospitales’. La muestra del quirófano 33 se tomó el 15 de junio de 2018 con resultado negativo”.

El quirófano fue evaluado el día anterior para su seguridad bioambiental, siendo ésta admisible.

Durante el ingreso posterior de la paciente se instauró un aislamiento de contacto, tal y como establecen los procedimientos vigentes en el HUNSC, para evitar la difusión del microorganismo a otros pacientes.

Se añade que durante su ingreso, primero en la planta ES03 y luego en la planta EN03, fue la única paciente con necesidad de aislamiento, por lo que no se puede hablar de brote.

5.- El hecho de indicar una cesárea es debido a que las circunstancias de la gestación y/ o parto no permiten la vía vaginal o hacen presumir un mayor riesgo, en cuanto a la morbilidad y mortalidad, para la madre o para el feto, y, por lo tanto,

no existen otras alternativas que ofrezcan mayores garantías para el futuro hijo y para su madre.

No sería correcta la afirmación de la reclamante en relación al DCI para cesárea no programada. La decisión de realizar cesárea, en este caso, es urgente y por tanto entraría entre los supuestos que limitan la exigencia de DCI.

Lo anterior sin perjuicio de la posibilidad de infección de la herida quirúrgica o la formación de seromas, hematomas, dehiscencia y/o eventración postquirúrgica, sin que implique, como afirma la reclamante, actuación contraria a la lex artis. Es decir aún puestos los medios para evitar su aparición la infección es un hecho posible».

3. A la vista de las circunstancias del caso valoradas en su conjunto, llegamos a la conclusión de que no concurren los requisitos para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

La razón para desestimar la reclamación se fundamenta en la inexistencia en el expediente de prueba alguna acreditativa de que de que la infección de la herida quirúrgica tras la cesárea a que fue sometida la reclamante en el Hospital Nuestra Señora de Candelaria y sus secuelas posteriores tuvieran alguna relación causal con una infección hospitalaria.

La reclamante, por una parte, no aporta elementos probatorios en sustento de su planteamiento acerca de la existencia de dicha relación causal. Y, por otra parte, de la instrucción del procedimiento, antes bien, cumple deducir que se ha actuado en todo momento conforme a la «lex artis».

Antes de la cirugía y durante su desarrollo se sospecha que la paciente padece corioamnionitis, por lo que se envía a laboratorio la placenta para cultivo, que da resultado positivo para la bacteria E. Coli. También esa misma bacteria aparece en muestras posteriores del 28 y 29 de junio tras un reingreso de la paciente.

La bacteria E. Coli suele estar producida por flora de la vagina, siendo la E. Coli un microorganismo que se aísla con frecuencia.

Las pruebas en muestras de aire de Medicina Preventiva para comprobar y asegurar la bioadmisibilidad según la Norma Española UNE 171340 sobre «validación y cualificación de salas de ambiente controlado en hospitales» se tomaron en la sala de la intervención quirúrgica realizada a la reclamante el 15 de junio de 2018 con resultado negativo.

La paciente dio resultado positivo apenas 14 horas después del ingreso, mucho antes de las 48 horas que se toman como referencia para indicar que una infección tiene causa nosocomial.

Durante el ingreso posterior de la paciente se instauró un aislamiento de contacto, tal como establecen los procedimientos vigentes en el FIUNSC, para evitar la difusión del microorganismo a otras pacientes. Durante su ingreso, primero en la planta ESO3 y luego en la planta ENO3, fue la única paciente con necesidad de aislamiento, por lo que no se puede hablar de brote.

Las muestras positivas posteriores de la paciente, a lo largo del mes de agosto, muestran crecimiento de *E. coli* multisensible, por lo que se trata de otro tipo de microorganismo que no puede ser atribuido a origen nosocomial, al haber transcurrido más de un mes desde el alta de la paciente.

En cualquier caso, como indica el informe del SIP, si la infección por *E. coli* hubiese tenido su origen en el hospital y hubiese ocurrido a pesar de las medidas adoptada para su prevención, no habría mala praxis.

Por otra parte, durante la cesárea se describe asepsia de la zona y colocación de campos estériles realizándose profilaxis antibiótica de forma intraoperatoria y colocación de sistema de vacío PICO sobre la incisión de piel (prevención de infección de heridas).

Durante el postoperatorio de cesárea recibió tratamiento antibiótico durante 5 días.

Diagnosticada la infección de la herida quirúrgica por el mismo organismo causante de la corioamnionitis el abordaje fue adecuado.

La paciente, por lo demás, firmó documento de consentimiento informado para inducción del parto en el que se incluye entre los posibles riesgos la infección materna o fetal. Por tanto, el eventual riesgo de una posible infección era conocido por la reclamante.

Por virtud de cuanto antecede, procede la desestimación de la reclamación de la responsabilidad.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución sometida a dictamen, que desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por (...), es ajustada a Derecho.