

Acuerdo n<sup>o</sup>:           **8/11**  
Consulta:           **Consejero de Sanidad**  
Asunto:           **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación:       **23.11.11**

**ACUERDO** de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, emitido por unanimidad, en su sesión de 23 de noviembre de 2011, sobre consulta formulada por el Consejero de Sanidad, al amparo del artículo 13.1.f).1<sup>o</sup> de su Ley Reguladora, 6/2007, de 21 de diciembre, en el asunto promovido por F.J.G.A. e hijos, representados por J.S.M.C., sobre responsabilidad patrimonial de la Comunidad por las secuelas que padece su esposa y madre, C.M.A., tras contraer infección nosocomial durante su estancia en el Hospital La Paz.

## **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** Por el Consejero de Sanidad, mediante oficio de 15 de septiembre de 2011, registrado de entrada el día 27 del mismo mes, se formula preceptiva consulta a este Consejo Consultivo por trámite ordinario, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, a la Sección VIII, presidida por el Excmo. Sr. D. Andrés de la Oliva Santos, que firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberado y aprobado, por unanimidad, en Comisión Permanente de este Consejo Consultivo en su sesión de 23 de noviembre de 2011.

El escrito solicitando el dictamen preceptivo fue acompañado de documentación que, numerada y foliada se consideró suficiente.

**SEGUNDO.-** Mediante escrito presentado en el Servicio de Correos el día 10 de marzo de 2003 y debidamente entregado el 14 de marzo del

mismo año, se formula reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración por entender que las gravísimas lesiones que padece la reclamante son consecuencia de una infección bacteriana intrahospitalaria contraída durante las intervenciones quirúrgicas que le practicaron en el Hospital La Paz.

Se alega que “(...) [la paciente] *sufrió, poco después de superar exitosamente un derrame cerebral, el contagio infeccioso provocado por la bacteria acinetobacter, en el seno del propio hospital, ya que a su ingreso y según las pruebas hematológicas practicadas en el primer momento que entró en el Servicio de Urgencias del Hospital, no sufría infecciones de ningún tipo (...) que en plena convalecencia (...) se descubrió una nueva infección microbiótica, esta vez provocada por pseudomonas (...)* Que una paciente que presenta a su ingreso una patología tan severa y comprometida como es un derrame cerebral, acabe por ser víctima de dos infecciones tan graves que se conviertan en algo más peligroso que el primigenio derrame, es algo muy difícil de aceptar (...) Además se hizo preceptivo recolocar el encéfalo, desplazado por el producto de la infección, lo que nos da una idea cercana de la gravedad y de la entidad de la infección (...) tan grande como para ser la causa del desplazamiento del cerebro (...) Desde entonces y hasta el momento actual [la paciente] se encuentra en estado vegetativo, incapaz de moverse apenas, inconsciente, sin habla, aunque en ocasiones los reclamantes logran apreciar signos comunicativos de que su madre y esposa les entiende y que está sufriendo”.

Solicita que se abra una investigación a cerca de la probabilidad de que hayan existido más casos de contagio de la bacteria acinetobacter entre pacientes intervenidos quirúrgicamente o manipulados por técnicas pseudoquirúrgicas de manera coetánea a la paciente.

También se solicita una comprobación de los protocolos de limpieza del quirófano, UCI, planta de Neurocirugía, así como del instrumental utilizado, así como informes de los facultativos y documentación clínica.

Se cuantifica la indemnización en ciento ochenta mil euros (180.000 €) como consecuencia de los daños físicos como psíquicos ocasionados tanto a la paciente como a su familia.

De la documentación clínica que obra en el expediente se desprende lo siguiente:

La paciente, de 41 años en el momento de los hechos y con antecedentes de migrañas, ingresó el 10 de abril de 2002 en el Servicio de Urgencias del Hospital La Paz, tras haber sufrido un súbito y brusco dolor de cabeza y pérdida del conocimiento, presentando también paresia facial izquierda y claudicación en miembros izquierdos.

Se le realizó TAC, que detectó una hemorragia subaracnoidea y hematoma temporoparietal derecho. Se realizó estudio arteriográfico que puso de manifiesto aneurisma de la bifurcación de la arteria cerebral derecha.

La paciente ingresó en la UVI, donde fue sometida a tratamiento con medidas de soporte.

El día 11 de abril, le fue realizada la práctica quirúrgica del cierre endovascular del aneurisma, con buenos resultados. Se realizó un TAC postquirúrgico que objetivó un prominente edema que precisó, para su evacuación, la realización urgente de craniectomía.

Trasladada a la Unidad de Cuidados Intensivos, se detectó un proceso febril que reveló infección por la bacteria acinetobacter que afectó por completo el sistema respiratorio, precisando la práctica de una traqueotomía.

Pese a la instauración del adecuado tratamiento antibiótico, persistió la fiebre y se pusieron de manifiesto abscesos cerebrales, edema cerebral, hidrocefalia, cerebrosis y herniación del cerebro, por lo que fue nuevamente intervenida para la evacuación de aquéllos así como para la ampliación de la craneotomía descompresiva. Estas complicaciones generaron un sufrimiento cerebral grande y generalizado, que dejó como secuela encefalopatía estructural residual, quedando la paciente en estado vegetativo, sin previsible recuperación.

Consta en el expediente documento de consentimiento informado para traqueotomía, cirugía de la hidrocefalia y absceso cerebral (folios 24 a 26).

**TERCERO.-** Por los hechos que anteceden se incoó el correspondiente expediente por responsabilidad patrimonial de la Administración de conformidad con lo dispuesto en los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, del Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJ-PAC) y en el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo por el que se aprueba el Reglamento de Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (RPRP).

En fase de instrucción se recabaron los informes médicos que conforman la historia clínica de la paciente (folios 20 a 61) y el informe de la Inspección Sanitaria, de 29 de mayo de 2003, (folios 62 a 64), en el que cabe leer lo siguiente:

*“Aunque puede leerse en la bibliografía que el acinetobacter baumannii posee una extraordinaria rapidez y capacidad para presentar y desarrollar resistencias y contagios en el medio ambiente hospitalario, es lo cierto, como queda acreditado, que [la paciente] desde el día 11 de abril de 2002, en que se le realizó un tratamiento endovascular del aneurisma de cerebral media, y a consecuencia de diversas infecciones nosocomiales, hubo de ser reintervenida quirúrgicamente, finalizando en un deterioro*

*psicofísico que precisa medidas generales de nutrición por sonda y tratamiento de infecciones pulmonares y urinarias que presenta de modo periódico.*

*Se trata, por tanto, de un cuadro clínico residual que la paciente no estaba obligada a soportar.*

*Consecuentemente (...) entiendo que debe darse una satisfacción a [la paciente] por el tratamiento recibido en el Hospital La Paz, que conforma este informe”.*

También se ha incorporado al expediente el dictamen médico pericial emitido por la aseguradora de la Consejería de Sanidad, de 15 de abril de 2004 (folios 78 a 86) cuyas conclusiones ponen de manifiesto:

*“1. Que la paciente ingresó en el Hospital de la Paz con un cuadro severo consistente en hemorragia subaracnoidea y hematoma cerebral a causa de un aneurisma de la bifurcación de la arteria cerebral media derecha.*

*2. Preciso ingreso en UCI al constatare alteración del nivel de consciencia.*

*3. Se realizó un estudio completo con TAC y arteriografía, llegando a un diagnóstico cierto y preciso.*

*4. Se realizó un tratamiento endovascular del aneurisma, en principio, con buen resultado; pero en el TAC de control que se realizó se objetivó edema cerebral que desplazaba estructuras vecinas por lo que precisó una intervención quirúrgica.*

*5. Posteriormente comienza con fiebre y se objetiva una infección por Acinetobacter en sangre, tejido cerebral, líquido cefalorraquídeo reservorio craneal y aspirado bronquial.*

6. *El origen de esta infección esta casi con toda seguridad en el foco neumónico mientras estuvo en la UVI, desde donde por vía hematogena llego hasta el cerebro en donde progresa, produciendo cerebritis y posteriormente abscesos cerebrales que son drenados.*

7. *Se suceden diversos problemas: obstrucción de los drenajes en varias ocasiones por lo que se produce hidrocefalia, precisando nuevas intervenciones quirúrgicas con el fin de drenar completamente nuevos abscesos que se han formado a partir de la cerebritis.*

8. *El internamiento en la UVI era completamente necesario dada la gravedad que presentaba.*

9. *Tanto los procedimientos diagnósticos como el tratamiento han sido correctos y muy efectivos en cuanto a la conservación de la vida de la paciente, que hemos visto muy seriamente amenazada, ya que tanto el hematoma cerebral como la hemorragia subaracnoidea tienen una elevada mortalidad cada entidad por su lado, más ambas a la vez y así mismo los abscesos cerebrales.*

10. *Dada la gran envergadura de la infección cerebral que presentó la paciente sobre un cerebro muy dañado por las entidades ya descritas, ha quedado como secuela una encefalopatía estructural residual.*

11. *El germen acinetobacter se encuentra sobretodo en las UCIS y su erradicación es prácticamente imposible al estar colonizando suelos, objetos inanimados, etc. y el control solo se puede realizar de forma parcial sin que por ello se reconozca una negligencia o un mal funcionamiento del sistema.*

12. *Los sistemas de vigilancia, protocolos de limpieza y bioseguridad de quirófanos y central de esterilización fueron correctos y acorde a la Guía de Control y Prevención de la Infección Nosocomial del hospital.*

*13. No vemos vulneración en la Lex Artis en todos los procedimientos llevados a cabo con la paciente.*

Con fecha 25 de mayo de 2004 se confiere a los interesados el trámite de audiencia con la remisión del expediente administrativo, presentando escrito de alegaciones el 11 de junio del mismo año, donde se ratifica de lo declarado anteriormente *“aceptando un acuerdo transaccional en aras de evitar un pleito innecesario”* (folios 91 y 92).

El 4 de noviembre de 2004, se elevó por el Director General del Instituto Madrileño de la Salud propuesta de resolución desestimatoria.

El Servicio Jurídico en la Consejería, con fecha 26 de noviembre de 2004, informó: *“... Nos adherimos al criterio expresado por la Inspección Médica por entender que, a pesar de la actuación correcta de los facultativos en la asistencia sanitaria de la paciente, el funcionamiento del servicio público le produjo a la misma unos daños desproporcionados que ésta no se halla obligada a soportar, concurriendo en el presente supuesto los requisitos establecidos en los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, para la precedencia de la indemnización (...) por lo que se informa desfavorablemente la propuesta de resolución de referencia, que debería ser de carácter estimatorio parcial, accediendo a la indemnización de los daños causados mediante baremo”*.

Con fecha 27 de mayo de 2004, tuvo entrada en el Registro del Instituto Madrileño de Salud escrito del adjunto segundo del Defensor del Pueblo por el que comunicaba la queja formulada ante esa institución por los reclamantes, informando que se admitía a trámite (folio 108).

Como respuesta, el Viceconsejero de Asistencia e Infraestructuras Sanitarias dirigió escrito, de fecha 30 de septiembre, al Adjunto segundo del Defensor del Pueblo con un sucinto resumen del estado de la instrucción del expediente (folios 142-143).

Consta en el expediente que, con fecha 17 de septiembre de 2004, se interpuso por parte de los reclamantes recurso contencioso-administrativo que se tramitó como procedimiento ordinario 510/2004 (folio 114 y siguientes) y sobre el que este órgano consultivo ha podido averiguar, a través de las bases de datos jurídicas, que ha recaído sentencia número 375/2009, de 2 de abril de la Sección 9ª de la Sala de lo contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid (JUR/2010/281245).

**CUARTO.-** La Sección Séptima del Consejo de Estado, una vez estudiado el expediente, con fecha 22 de julio de 2005, acordó devolver el mismo a la Comunidad de Madrid, al objeto de que se incorporase un informe del Colegio Oficial de Médicos de Madrid, para que determinase:

*“- Si de los documentos obrantes en el expediente puede deducirse que el estado vegetativo en el que se encuentra la paciente es consecuencia directa de las infecciones macrobióticas padecidas durante el postoperatorio, o si cabe la posibilidad de que la situación actual de la afectada sea consecuencia de la intervención a que fue sometida originariamente.*

*- Si la intervención quirúrgica del aneurisma en la bifurcación de la arteria cerebral media derecha produce o puede producir como secuela un estado de inconsciencia o semiinconsciencia en el que se precise de medidas nutricionales y de respiración.*

*- Si la presencia del acinetobacter baumannii en quirófano, UCI y UVI es probable o inevitable, o si por el contrario, un riguroso cumplimiento de los protocolos de higiene, esterilización y bioseguridad de los sistemas evita o puede evitar su presencia y/o contagio.*

*En consecuencia, a propuesta de la mencionada Sección y en virtud de la atribución que me confiere los artículos 126 y 127 del Reglamento de este Consejo de Estado, aprobado por Real Decreto 1674/1980, de 18 de*

*julio, en relación con los artículos 14.2 y 18.3 de su Ley Orgánica, tengo el honor de devolver el expediente a V.E. para que, una vez completado con el trámite expresado, sea nuevamente remitido a este Consejo de Estado para dictamen” (folio 148).*

Con fecha 8 de noviembre de 2005, la Directora General del Servicio Madrileño de Salud, remitió al Ilustre Colegio de Médicos de Madrid el expediente y copia del escrito del Consejo de Estado, para la elaboración del informe requerido.

El informe del Ilustre Colegio de Médicos de Madrid, de 28 de febrero de 2006 (folios 151 a 154) expone las cuestiones planteadas por el Consejo de Estado en los siguientes términos:

*“- Debe deducirse que el estado vegetativo en el que se encuentra la paciente es consecuencia de una constelación etiológica, no pudiendo ser atribuido aisladamente ni a las intervenciones, primera y sucesivas, ni a las infecciones macrobióticas acontecidas durante el postoperatorio.*

*- La intervención quirúrgica endovascular del aneurisma en la bifurcación de la arteria cerebral media, practicada a la paciente, no suele producir estado persistente de inconsciencia o semiinconsciencia en los que se precise de medidas nutricionales y de respiración.*

*- La presencia del acinetobacter baumann en quirófano, UCI, UVI es posible y hasta inevitable pese al más riguroso cumplimiento de los protocolos de higiene, esterilización y bioseguridad de los sistemas”.*

El 9 de mayo de 2006, el responsable de la Unidad normativa, régimen jurídico y responsabilidad patrimonial remitió el expediente, ya incorporado el informe del Colegio de Médicos, a la Secretaría General Técnica de la Consejería de Sanidad, desde donde se remitió, a su vez, el 19 de mayo de 2006 a la Secretaría General Técnica de la Vicepresidencia Primera y Portavocía del Gobierno.

El 8 de agosto de 2008 el Secretario General Técnico de la Vicepresidencia Primera y Portavocía del Gobierno devolvió el expediente a la Secretaria General Técnica de la Consejería de Sanidad para que se emitiese dictamen por el Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid a partir del 1 de septiembre de aquel año.

El 25 de agosto de 2008 la Subdirectora General de Coordinación Normativa, por sustitución de la Secretaria General Técnica, devolvió una vez más al Secretario General Técnico de la Vicepresidencia Primera y Portavocía del Gobierno el expediente junto con otros ya informados por el Consejo de Estado *“entendiendo que debe ser dicho órgano consultivo y no el nuevo consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, el que emita el correspondiente dictamen preceptivo”*.

El 5 de junio de 2011, de nuevo el Secretario General Técnico de la Vicepresidencia Primera y Portavocía del Gobierno devolvió el expediente a la Secretaria General Técnica de la Consejería de Sanidad para que se emitiese dictamen por el Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid.

El 15 de septiembre de 2011 el Consejero de Sanidad solicitó finalmente la consulta a este órgano.

A la vista de los hechos anteriores cabe hacer las siguientes

## CONSIDERACIONES EN DERECHO

**ÚNICA.-** La citada sentencia número 375/2009, de 2 de abril de 2009, de la Sección 9ª de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, desestima el recurso contencioso-administrativo interpuesto contra la desestimación por silencio administrativo de la reclamación de responsabilidad presentada y declara en

su Fundamento Jurídico Quinto que *“las partes discrepan en el presente recurso acerca de si debe la Administración responder o no del contagio infeccioso adquirido en las instalaciones hospitalarias que provocaron a la paciente un estado vegetativo y, posteriormente, tras un paulatino deterioro, la muerte en agosto de 2004.*

*Se ha acreditado, por reconocerlo así la propia Administración, que la paciente contrajo enfermedades nosocomiales durante su estancia hospitalaria, aunque los servicios médicos no se muestren de acuerdo ni en qué momento ni en qué estancia se adquirieron.*

*Sin embargo, como es sabido, la Administración no debe responder de toda enfermedad contraída en un centro hospitalario, en primer lugar, porque los contagios son inevitables en muchas ocasiones y, en segundo, porque la infección hospitalaria, no constando mala praxis o actuación contraria a protocolo o desatención en las medidas de profilaxis y prevención, constituye un riesgo inherente a la intervención, que el paciente debe de asumir. Obran al respecto en el expediente administrativo (f. 73 y s.s. y 239) informes en los que se afirma que se han cumplido las exigencias de profilaxis contenidas en el protocolo, sin que la parte actora haya presentado prueba alguna tendente a desvirtuar aquellos informes ni a acreditar el incumplimiento de esas medidas de cuidado por parte del hospital.*

*La actora se limita a acoger el informe de la Inspección en cuya conclusión se recoge que «aunque puede leerse en la bibliografía que el acinetobacter baumannii posee una extraordinaria rapidez y capacidad para presentar y desarrollar resistencias y contagios en el medio ambiente hospitalario, es lo cierto, como queda acreditado, que Dña. [la paciente], desde el día 11 de abril de 2002, en que se le realizó un tratamiento endovascular del aneurisma de cerebral media, y a consecuencia de diversas infecciones nosocomiales, hubo de ser reintervenida*

*quirúrgicamente, finalizando en un deterioro psicofísico que precisa medidas generales de nutrición por sonda y tratamiento de infecciones pulmonares y urinarias que presenta de modo periódico.*

*Se trata, por tanto, de un cuadro clínico residual que la paciente no estaba obligada a soportar.*

*Consecuentemente, y conocido como es que la Administración debe reparar y, en su caso indemnizar, por las lesiones sufridas como consecuencia del funcionamiento no solo anormal, sino también normal de los servicios públicos, es por lo que, y sin entrar a valorar cantidad, entiendo que debe darse una satisfacción a Dña. [la paciente] por el tratamiento recibido en el Hospital La Paz, que conforma este informe.»*

*En contra de lo que pudiera parecer en una primera lectura, lo cierto es que estas conclusiones tienen menos eficacia práctica si se leen con atención. En efecto, en el primer párrafo, la Inspección sostiene, por un lado, que [la enferma] adquirió una enfermedad nosocomial, lo que no se pone en duda y, por otro, se relatan los efectos de la misma, lo que tampoco es negado por ninguna de las partes.*

*En el segundo párrafo, se sostiene que [la paciente] no estaba obligada a soportar la contracción de la enfermedad. También en esta afirmación hay pleno acuerdo entre las partes, llamando la atención de la Sala que un técnico en medicina haga una valoración jurídica porque ello, quizá, sea ajeno a sus funciones. Pero independientemente de ello, (...) el informe de la Inspección debió enlazar tal antijuridicidad (no obligación de soportar el daño) con la infracción de la lex artis médica, que por lo indicado en los Fundamentos anteriores es el presupuesto preciso para calificar de tal modo al perjuicio ocasionado y consecuentemente para originar responsabilidad en la Administración. Pero la Inspección no analiza este parámetro, por lo que parece basar su criterio favorable en la producción*

*de un resultado no deseado, que no es bastante para generar crédito resarcitorio a favor de quien lo sufre.*

*En el tercer párrafo, la Inspección se limita a recordar la existencia del instituto de la responsabilidad patrimonial.*

*Así pues, la Inspección no trata en absoluto el problema de la enfermedad nosocomial y del cumplimiento o incumplimiento por parte del Hospital de las medidas profilácticas necesarias”.*

Este Consejo entiende que el deber de resolver expresamente sobre una reclamación, deber que pesa sobre la Administración por aplicación del artículo 42 de la LRJ-PAC, se extingue una vez recaída sentencia, aunque cuando no sea aún firme, en el proceso judicial iniciado contra la desestimación presunta de la reclamación de que se trate. Así se ha declarado y argumentado con amplitud en el Acuerdo 6/11, de 19 de octubre, al que nos remitimos.

Por lo anteriormente expuesto, el Consejo Consultivo adopta el siguiente

### **ACUERDO**

Devolver el expediente a la Consejería de Sanidad al haber recaído sentencia en el recurso contencioso administrativo interpuesto por los reclamantes contra la desestimación presunta de la solicitud de responsabilidad patrimonial planteada.

Madrid, 23 de noviembre de 2011