



ANTECEDENTES

PRIMERO.- El procedimiento de responsabilidad patrimonial sobre el que versa la consulta ya fue sometido al Consejo Jurídico, que emitió Dictamen 185/2008, en el que se concluía la necesidad de completar la instrucción mediante la incorporación de nuevos informes. Cabe, por tanto, dar por reproducidos los antecedentes fácticos que se expresan en dicho Dictamen, sin perjuicio de reiterar ahora los más significativos.

Con fecha 9 de mayo de 2005, x. y su esposa, interponen reclamación de responsabilidad patrimonial contra el Servicio Murciano de Salud, por los daños sufridos como consecuencia de la atención sanitaria prestada al primero de los actores.

Según la reclamación, sufrió de cefaleas reiteradas e inespecíficas que trató inicialmente con analgésicos hasta que, el 19 de enero de 2000 en el Hospital Virgen de la Arrixaca, se le detectó una "tumoración cerebral que nace en la hoz del cerebro, que se extiende a ambos lados, sobre todo en el lado derecho y que es sugestivo de una naturaleza meningiomatosa". El 7 de marzo es intervenido en el indicado Hospital, practicándole una craneotomía frontal derecha.

Durante la estancia en la UCI tuvo un cuadro febril con hipertermia, siéndole aislado en hemocultivo y catéter venoso el hongo *Candida albicans*. Al alta, se produce una aparente mejoría, aunque al mes vuelven las cefaleas y la fiebre. Finalmente, es ingresado de nuevo en julio, siendo alta el 29 de agosto, tras practicarle pruebas de líquido cefalorraquídeo (LCR).

El 1 de septiembre, debido a la presencia de cefaleas intensas y fiebre por encima de 38,5°, unido a una infección respiratoria y el comienzo de cefaleas gravativas y fiebre, fue nuevamente ingresado, siendo dado de alta el 2 de octubre. A dicha fecha, ya se sospechaba la existencia de una meningitis bacteriana, por lo que se realiza nuevo tratamiento antibiótico y con corticoides, identificándose la presencia de *Candida albicans*.

Entre el 2 y el 6 de noviembre vuelve a estar ingresado.

Ante la persistencia y agravación de los síntomas se trasladó a la Fundación Jiménez Díaz de Madrid, donde el 13 de noviembre se informa: *"En los últimos estudios de imagen se detecta una imagen anillada en zona operatoria que abarca también al otro lado situada sobre el cuerpo calloso y dilatación ventricular (...). Nos parece absolutamente preciso intervenir esa masa anillada, extirparla y analizarla"*.

Del 13 de diciembre de 2000 al 14 de enero de 2001, vuelve a la Arrixaca, donde es sometido a diversos tratamientos. En informe de 12 de enero de los Dres. x, y. se hace constar lo siguiente:

"No se practicó punción del lecho quirúrgico del meningioma por craneotomía o por esterotaxia debido a las dudas diagnósticas de que dicha imagen fuera muy compatible con un absceso (efecto de masa mínimo en el cuerpo calloso y en el cerebro adyacente) (...) Tenemos alguna duda de que pueda ser un absceso pero el hecho de que no tenga un efecto de masa significativo nos hace pensar que existen muchas posibilidades de que simplemente se trate del lecho quirúrgico encapsulado (...) En último extremo realizaremos punción de la dudosa imagen de absceso cerebral con vistas a descartar cualquier foco de acantonamiento (...) Le

hemos expresado nuestra opinión a la familia y prefieren contactar con otros servicios neuroquirúrgicos para una segunda opinión. Facilitamos las exploraciones neurorradiológicas a la familia para que puedan ser evaluadas por los Neurocirujanos que vayan a estudiar al paciente".

El 14 de enero de 2001 ingresa en la Clínica Quirón de Barcelona, donde el 23 del mismo mes se reabre la craneotomía extrayendo un importante absceso cerebral ubicado en el cuerpo calloso por debajo de la zona quirúrgica, de donde se evacuan fibras correspondientes a una porción de torunda de algodón.

Entre el 1 de febrero de 2001 y el 1 de julio de 2002, se relatan diversas actuaciones relacionadas con el sistema de derivación (sistema ventrículo-peritoneal con válvula) que causan diversas complicaciones, entre las que destacan repetidas hidrocefalias.

A la fecha de la reclamación, el paciente presenta una situación de gran invalidez que, para los reclamantes, es consecuencia directa de la meningitis crónica producida por *Candida albicans*, adquirida durante su estancia en el Hospital Virgen de la Arrixaca. Si bien no es posible determinar el momento en que se produjo la infección, teniendo en cuenta el carácter ubicuo del indicado hongo, lo cierto es que la primera demostración objetiva de la infección tiene lugar durante la estancia del paciente en la UVI del citado Hospital, al aislarse el microorganismo en hemocultivo. Por ello, consideran los reclamantes que en cualquiera de las actuaciones y situaciones que se produjeron desde su ingreso hospitalario, pasando por la intervención neuroquirúrgica de extirpación de un meningioma de la hoz, la posterior reintervención para evacuación de un hematoma en el lecho quirúrgico, la anestesia, su estancia en la sala de reanimación o en la UVI, pudo el paciente contagiarse o producirse una situación de inmunodeficiencia que facilitase la invasión meníngea del agente infeccioso, considerando evidente que la meningitis por *Candida albicans* se produjo con ocasión y como consecuencia del ingreso del paciente en el Hospital público.

La pretensión indemnizatoria asciende a 976.489 euros para el enfermo, a la que habría que incorporar los días de hospitalización y curación posteriores a los que se han tenido en cuenta para calcular dicha cantidad, así como las que se determinen para adecuación de la vivienda y del vehículo propios. Para la esposa, se solicita una indemnización de 300.000 euros por daños morales.

Para acreditar sus imputaciones, los reclamantes aportan la siguiente documentación:

- Informe pericial de parte, elaborado por especialista en Neurología, que alcanza las siguientes conclusiones:

"1º X. padece una minusvalía psico-física en grado severo que le impide desarrollar cualquier actividad laboral, social y familiar, precisando la ayuda de otras personas para efectuar las actividades básicas de la vida diaria, mereciendo la calificación de gran inválido.

2º Esta situación es la consecuencia de una serie de complicaciones médicas concatenadas.

*3º El origen primario que inició las complicaciones señaladas se encuentra en la infección por *Candida albicans* que motivó sucesivamente una meningitis con endodermatitis y subsiguiente hidrocefalia.*

*4º No es posible determinar el momento en el que se produjo la infección por *Candida albicans*. Teniendo en cuenta el carácter ubicuo de este hongo. Hay que tener en cuenta que la primera demostración objetiva de la infección tiene lugar durante su estancia en la UVI del Hospital de Arrixaca cuando se aísla este hongo por hemocultivo.*

5º Desde su ingreso hospitalario, pasando por la intervención neuroquirúrgica de extirpación de un meningioma de la hoz, la posterior reintervención para evacuación de un hematoma en el lecho quirúrgico, la anestesia, su estancia en la sala de reanimación o su estancia en la UVI, hasta la identificación del agente responsable; pudo en cualquier de estos momentos

contagiarse o producirse una inmunodeficiencia que facilitase la invasión meníngea del agente infeccioso.

6º No existen indicios de mala praxis médica ni vulneración de la "lex artis" por ninguno de los médicos, aislada o corporativamente que atendían a x..

*7º La meningitis por *Candida albicans* origen de las complicaciones que sufrió x. sucedió con ocasión y como consecuencia de estar ingresado en un Hospital de la Seguridad Social y sometido por consiguiente a una relación extracontractual con el paciente,*

8º Según es cuerpo de doctrina, a través de las diversas sentencias del Tribunal Supremo y de las distintas audiencias, las lesiones que padece x. no atribuibles a ningún profesional en concreto, deben inculparse a la responsabilidad objetiva de la institución, en este caso el Hospital de Arrixaca y en definitiva el INSALUD que debe velar por prevenir las infecciones nosocomiales y responder por ellos si las hubiera".

- Informe médico de valoración del daño personal.
- Informe oftalmológico.
- Informe del neurocirujano que extrajo la porción de torunda de algodón.
- Testimonio de las actuaciones penales y auto de archivo.
- Partes de alta y baja e informe de vida laboral.
- Resolución de reconocimiento de gran invalidez.

Asimismo, los reclamantes proponen prueba documental (historias clínicas e informes de los diversos centros sanitarios donde fue atendido); pericial (las aportadas, más el informe de la Cátedra de Medicina Legal de la Universidad de Murcia y las que procedan para acreditar la necesidad de adecuación de la vivienda familiar y del vehículo del interesado); y testificales (del representante de la mercantil donde trabajaba, del jefe de la Policía Local de San Pedro del Pinatar y del neurocirujano que le extrajo el cuerpo extraño).

SEGUNDO.- Constan en el expediente las actuaciones penales seguidas con ocasión de denuncia presentada, el 16 de enero de 2003, contra los doctores que realizaron las primeras aperturas craneales por el olvido de la porción de torunda de algodón. El 12 de mayo de 2004, el Juzgado de Instrucción núm. 2 de Murcia acuerda el sobreseimiento libre de los dos imputados y el archivo de las actuaciones penales, siendo notificado a los interesados el 26 de mayo siguiente.

En el curso de dichas actuaciones se emiten los siguientes informes:

a) El de un Catedrático de Neurocirugía de la Universidad Complutense que alcanza las siguientes conclusiones:

"1ª. La actuación del Servicio de Neurocirugía de Murcia, en colaboración con otros Servicios del mismo Centro Hospitalario, fue, en todo momento, correcta en cuanto al diagnóstico y/o tratamiento de la patología principal, hematoma post operatorio, déficit motor e insuficiencia respiratoria a que se refiere el presente informe.

2ª. En particular, y respecto a la infección, debe descartarse la hipótesis de que fuera causada por un cuerpo extraño, "olvidado" en el lecho quirúrgico, como muestran:

- La utilización exclusiva de gasas y lentinas radiopacas.
- El resultado negativo de las pruebas radiológicas realizadas.
- La persistencia de la infección, tras la evacuación del denominado "absceso", por cuerpo extraño "algodonoso", sin que conste, por otra parte el análisis microscópico de uno u otro.

3ª. La infección es atribuible a microorganismos comensales, que se encuentran en diversas partes del organismo y que producen enfermedad cuando disminuyen las defensas orgánicas, como sucedió en este caso.

*El diagnóstico es el de candidiasis hematógena diseminada, al haberse aislado la *Candida albicans* en sangre y en líquido cefalorraquídeo. Ello justifica la recurrencia de la infección.*

4ª. Los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, instaurados por o bajo la supervisión del Servicio de Neurocirugía del Hospital Virgen de la Arrixaca, en relación con el proceso infeccioso fueron plenamente adecuados, recurriendo primero a métodos no invasivos y proponiendo una nueva craneotomía para confirmar el diagnóstico que, si no realizó el Servicio, fue por decisión libre del enfermo.

En definitiva, el diagnóstico y tratamiento recibidos por x. en el Servicio de Neurocirugía de Murcia, en relación con su patología principal y las complicaciones derivadas, son plenamente conformes con el estado actual de la ciencia neuroquirúrgica y con las prácticas habituales y más diligentes. Ninguna de las complicaciones y secuelas descritas son atribuibles a conducta negligente alguna de los Dres. x, y".

b) El del Médico Forense, según el cual el paciente "padecía un meningioma del que fue intervenido, produciéndose posteriormente un hematoma en el lecho del tumor y una infección septicémica, una hipertensión ventricular que fue resuelta con una válvula de descarga y la persistencia de una imagen radiológica, de dudosa morfología. Todo este cuadro fue tratado de forma correcta por los diferentes equipos que intervinieron para tratar las diferentes complicaciones. Agotadas las terapéuticas no agresivas se propone exploración a cielo abierto. La no verificación de existencia de fibras de algodón en el tejido de inflamación crónica, desde el punto de vista microscópico invalida la existencia de ese presunto cuerpo extraño algodonoso. En nuestro criterio la actuación del equipo médico Virgen de la Arrixaca y el de la Fundación Jiménez Díaz fue plenamente correcta, ajustándose a la *lex artis*".

TERCERO.- Entre los informes remitidos por los diversos centros sanitarios en los que fue tratado el paciente, constan los siguientes:

1. El del neurocirujano que efectuó la primera intervención quirúrgica (meningioma), que se expresa en los siguientes términos:

"En la reclamación apuntan a que la meningitis crónica por *Cándida Albicans* que padecía el paciente fue adquirida durante la estancia en nuestro hospital. En lo que a la actuación neuroquirúrgica se refiere debemos de declarar que se atuó en todo momento a las normas de "*lex artis*" aceptadas en el tratamiento de la lesión expansiva (meningioma) que padecía el paciente. El paciente fue intervenido de un meningioma, sufrió la complicación postoperatoria (nada excepcional y previamente informado el paciente de que podía suceder) de un hematoma en el lecho quirúrgico, fue reintervenido 24 horas después de dicho hematoma. Ambas intervenciones se practicaron con total rigor y ajuste a las técnicas aceptadas en la Neurocirugía, como fue probado durante la comparecencia tras la denuncia por negligencia sufrida por los Especialistas que intervinieron al paciente. Posteriormente permaneció en la UCI, sufriendo en ella infecciones respiratorias y septicemias, con cultivos positivos a *Cándida Albicans*, pero previamente también tenía cultivos positivos a otros microorganismos que precisaron tratamiento con antibióticos.

No creemos demostrado que el paciente sufriera la infección por *Cándida* debido a falta de medidas profilácticas o terapéuticas, debido a que el hongo en cuestión no es un microorganismo que se encuentre sólo en las manos del personal sanitario o en los instrumentos, es un organismo saprofito y oportunista, que vive normalmente en el cuerpo de un paciente y que supera las defensas del mismo en pacientes con predisposición personal y con tratamientos prolongados con antibióticos. En el caso del paciente el tratamiento con antibióticos fue absolutamente imprescindible para curar las infecciones respiratorias que tenía el paciente".

2. El de la Fundación Jiménez Díaz, de Madrid, según el cual:

"El Servicio de infecciosas considera que el tratamiento que el paciente sigue para la *cándida* es adecuado sin precisar cambios y que el tratamiento definitivo se obtendrá con el análisis

microbiológico del material de la zona anillada intracraneal.

Por nuestra parte consideramos que el plan terapéutico establecido por el Servicio de Neurocirugía de la Arrixaca es lo que nosotros también proponemos. Nos parece absolutamente preciso intervenir esa masa anillada, extirparla y analizar. Es previsible que sea también necesario colocar una válvula derivativa de hidrocefalia pues la dilatación ventricular se debe a la aracnoiditis secundaria a la meningitis.

El paciente decide ser trasladado de nuevo al hospital de Murcia para completar allí su tratamiento"

CUARTO.- Con fecha 20 de febrero de 2006 se solicita informe a la Inspección Médica. Es emitido el 1 de junio de 2007, alcanzando las siguientes conclusiones:

"1. De la Historia Clínica deducimos que la actuación en el primer ingreso fue correcta. No hay datos que sugieran inadecuación del tratamiento quirúrgico. La candidemia se detectó y trató con antifúngicos.

2. En la historia natural de candidemia y meningitis fúngica cabe la evolución a la cronicidad. En la Historia Clínica no consta tratamiento antifúngico en el segundo ingreso. No podemos evaluar la implicación de esta actuación en el proceso, evidenciándose que entre la primera candidemia y el diagnóstico de meningitis hay un intervalo muy amplio. La demostración de que la misma cándida persiste en los tejidos o se trata de una nueva infección en paciente susceptible sólo se podría efectuar por técnicas de biología molecular en muestras de uno y otro episodio. No se han almacenado microorganismos con este fin.

3. Los informes sucesivos señalan la secuencia de meningitis, aracnoiditis, hidrocefalia como resumen del proceso del paciente.

4. Tras consenso en segunda opinión médica, un tercero efectúa de forma privada la reapertura craneal por supuesta imagen de absceso. No hay datos fehacientes en la Historia Clínica de la etiología del mismo.

5. Ingresos sucesivos dentro y fuera de la Comunidad Autónoma palian en lo posible la sintomatología que surge".

El informe recoge, asimismo, el fallecimiento del paciente ocurrido el 6 de junio de 2006, en el Hospital Los Arcos, con diagnóstico de infección urinaria, insuficiencia respiratoria crónica reagudizada, meningioma intervenido e hidrocefalia crónica postoperatoria.

QUINTO.- La compañía de seguros del SMS también aporta informe médico colegiado, cuyas conclusiones son las que siguen:

"1. Todas las actuaciones médicas diagnósticas y terapéuticas llevadas a cabo en este paciente nos parecen totalmente correctas.

2. El cirujano ha descrito el abandono de una torunda de algodón mientras el informe del patólogo no describe ningún resto de fibras de algodón.

3. En todo caso un resto de algodón, que es estéril, no tiene por qué suponer el desarrollo de ninguna infección postquirúrgica.

4. La infección de candida albicans fue tratada correctamente con anfotericina y no se debe a mala higiene hospitalaria, sino a factores inmunológicos y a tratamientos antibióticos del paciente que eran necesarios.

5. La sospecha diagnóstica de absceso cerebral se realizó en noviembre del 2000 en su Hospital de Murcia y se le ofreció intervención quirúrgica, pero el paciente prefirió acudir a un centro privado (Clínica x.) para la cirugía.

6. El paciente falleció por las complicaciones derivadas del tratamiento de su hidrocefalia, y de sus múltiples episodios de malfunción valvular, y de un cuadro final de sepsis e insuficiencia respiratoria".

SEXTO.- Conferido trámite de audiencia a los interesados, formulan alegaciones en las que

solicitan la práctica de nuevas diligencias consistentes en la solicitud de informe a las Cátedras de Microbiología y de Medicina Legal, ambas de la Facultad de Medicina de Murcia, así como a la Inspección Médica.

Desde la instrucción, se comunica a los reclamantes que los informes a los departamentos universitarios deben ser solicitados por ellos mismos y a su costa, tal como ya se les indicó respecto a las pruebas periciales propuestas en su escrito inicial, para las que incluso se otorgó un plazo extraordinario de prueba, sin que finalmente aportara ninguna.

SÉPTIMO.- Requerida la Inspección Médica para emitir informe acerca de las cuestiones que plantea la parte actora, se expresa en los siguientes términos:

*"A.- Si la infección por *Cándida Albicans* sufrida por x. fue diagnosticada en marzo de 2000 (folio 806 in fine, y folio 807).*

*El paciente sufrió dos infecciones por *Cándida Albicans* claramente separadas en el tiempo. No se puede asegurar que fueran provocadas por la misma cepa de *Cándida Albicans*, salvo que se estudiaran por técnicas de biología molecular, para lo cual se necesitarían las cepas, que no han sido almacenadas con este fin.*

*El día 29 de marzo de 2000, según la documentación clínica analizada, se diagnostica a x. en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (HUVA) la primera infección en sangre por "*Cándida albicans*" (hemocultivos positivos de fecha 23/03/2000) o candidemia (levadura que también se aísla en el cultivo del catéter venoso) y una bacteriemia por "*Staphylococcus epidermidis*".*

Del análisis de la historia clínica se desprende que la Candidemia se trató cumpliendo tiempos de protocolo publicados por las sociedades científicas expertas en el tema para este tipo de infecciones (alrededor de 14 días a partir del último hemocultivo positivo) y con los antifúngicos recomendados. En este caso, se trató con antifúngicos (Fluconazol y Anfotericina B) durante aproximadamente 4 semanas.

*B.- Si a pesar de esa infección por *Cándida albicans*, el paciente fue tratado con corticoides, en vez de un tratamiento contra *Candida albicans* (antifúngicos).*

*El tratamiento con corticoides se realizó siempre sin evidencia de infección por *Cándida albicans*, y cuando se tuvo evidencia (cultivos positivos), se administró asociado a antifúngicos.*

1) Primer uso de corticoides.

El día 2 de Abril de 2000, tras haber iniciado previamente tratamiento antifúngico con fluconazol, se intenta la administración de Anfotericina B liposómica (antifúngico) produciéndose una posible reacción anafiláctica por lo que se administran corticoides, antihistamínicos, sedación discreta y se conecta a ventilación mecánica.

Cuando se administra tratamiento antibiótico o antifúngico como es el caso de la Anfotericina B, se recomienda asociar corticoides a éstos para evitar reacciones anafilácticas secundarias a la lisis o rotura masiva de los microorganismos (levaduras) y secundarias al propio fármaco.

La utilización de corticoides ante una reacción de este tipo es la actitud adecuada y que salva la vida del paciente.

2) Segundo uso de corticoides.

*Tras el alta el 24 de Abril del 2000 por mejoría, el día 19 de Junio de 2000 el paciente acude a consulta encontrándose bien, y se le indica revisión al año. El paciente se incorpora a su trabajo habitual. El día 11 de julio de 2000 el paciente consulta de nuevo en urgencias del HUVA por cuadro compatible con meningitis linfocitaria y se plantean dudas diagnósticas clínico analíticas entre meningitis tuberculosa o postquirúrgica, e ingresa en el servicio de neurocirugía con el juicio diagnóstico de meningitis linfocitaria tardía postquirúrgica. Ante la negatividad del cultivo del LCR (no crecimiento de bacterias ni levaduras) y pendientes del cultivo definitivo de *Mycobacterium tuberculosis* (puede tardar 8 semanas en crecer el bacilo)*

se inicia tratamiento empírico con tuberculostáticos y corticoides cubriendo también posible infección por anaerobios.

Los corticoides en la meningitis tuberculosa evitan la endarteritis obliterante y adherencias aracnoideas. En Meningitis crónicas de más de 4 semanas de evolución, con o sin tratamiento, si no mejora se puede ensayar la administración de corticoides manteniendo el tratamiento antituberculoso y/o antifúngico.

El día 10 de agosto de 2000 se suspende el tratamiento tuberculostático ante la negatividad del Mantoux y de la PCR para *Mycobacterium tuberculosis* y se realiza nueva punción lumbar para valorar evolución bioquímica del LCR y se siguen manteniendo los corticoides.

En conclusión, siempre que hubo evidencia de infección por *Cándida albicans* los corticoides se administraron asociados a tratamiento antifúngico.

C.- Si el tratamiento con corticoides agrava la enfermedad de *Cándida albicans*.

Su uso es controvertido dependiendo de la clínica y complicaciones derivadas de la infección.

Podría estar indicado su uso, aunque siempre acompañado de tratamiento antifúngico simultáneo. Algunos autores aconsejan su empleo en pacientes adultos con elevado riesgo de exacerbarse la respuesta inflamatoria tras la administración del antibiótico.

Y una vez sometido a tratamiento antifúngico, el tratamiento con glucocorticoides mejoraría la inflamación y el edema y disminuye la fiebre y la frecuencia de convulsiones. Si el paciente presenta signos de hipertensión intracraneal, no debe dudarse en la administración de manitol y/o dexametasona.

D.- Si no se tuvo en cuenta el diagnóstico de meningitis de origen fúngico.

En el ingreso de Julio de 2000 donde se sospecha meningitis linfocitaria postquirúrgica tardía o meningitis tuberculosa no hay constancia de que se haya tenido en cuenta el posible diagnóstico de meningitis de origen fúngico. Aunque sí se solicitaron cultivos del líquido cefalorraquídeo donde no hubo crecimiento de *Cándida albicans*.

En este ingreso fue valorado por el Servicio de Enfermedades Infecciosas y, en algunos comentarios escritos, tienden a relacionar el episodio con el procedimiento quirúrgico previo, o con alguna complicación infecciosa del anterior ingreso. Pero ante la ausencia de cultivos positivos se decide el tratamiento empírico del microorganismo de más lento crecimiento *Mycobacterium tuberculosis*.

E.- Si el paciente sufrió un importante retraso en el inicio del tratamiento contra *Cándida* (folio 812).

Se hubiera ganado tiempo de haber tenido la evidencia de cultivo positivo a *Candida albicans* en el LCR de las primeras punciones lumbares a su ingreso en Julio de 2000, pero no se tuvo hasta el 01/09/2000 e inmediatamente se inició tratamiento antifúngico.

En el primer ingreso, en Marzo de 2000, se inicia tratamiento antifúngico el día 29/03/2000, el mismo día que se recibe el resultado del laboratorio de microbiología de hemocultivos con crecimiento de *Cándida albicans* sensible a Fluconazol, prescribiéndose este antifúngico.

Como refiere la Inspectora médica x. en su informe de fecha 29 de Mayo de 2007: "En la historia natural de candidemia y meningitis fúngica cabe la evolución a la cronicidad. En la historia clínica del paciente no consta tratamiento antifúngico en el segundo proceso, evidenciándose que entre la primera candidemia y el diagnóstico de meningitis por *Candida albicans* hay un intervalo muy amplio. La demostración de que la misma candida persiste en los tejidos o se trata de una nueva infección en paciente susceptible sólo se podría efectuar por técnicas de biología molecular comparando muestras de uno y otro episodio, pero no existe cepario o banco donde se hayan almacenado las cepas de estos microorganismos con este fin."

Concluyendo: en la segunda infección por *Candida albicans* (Meningitis candidiásica) en cuanto

los cultivos fueron positivos se inició tratamiento antifúngico inmediato sin retraso.

F.- Si este retraso en el tratamiento contra la Cándida diagnosticada meses antes provocó un cuadro clínico irreversible en su enfermedad.

Las dos infecciones por Candida albicans remitieron y los cultivos se negativizaron y en el absceso tras su extirpación no se encontró esta levadura.

El paciente falleció por las complicaciones derivadas del tratamiento de su hidrocefalia, y de los múltiples episodios de malfunción valvular, y de un cuadro final de sepsis e insuficiencia respiratoria. No está clara la relación de la meningitis candidiásica con la producción del absceso y la evolución presentada en años posteriores".

OCTAVO.- Dada audiencia de este nuevo informe a los interesados, ninguno presenta alegaciones, formulándose, con fecha 16 de abril de 2008, propuesta de resolución que aun considerando que la reclamación fue extemporánea, entra a conocer del fondo del asunto, proponiendo su desestimación por no concurrir los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

NOVENO.- Recabado el Dictamen del Consejo Jurídico, se emite con número 185/2008, concluyendo que la reclamación se formuló dentro del plazo legalmente establecido y que era necesario completar la instrucción con un informe del correspondiente servicio o unidad encargado de garantizar la asepsia en el Hospital Virgen de la Arrixaca, que expusiera las medidas preventivas aplicadas con carácter general en el año 2000 para evitar el contagio por cándida de los pacientes ingresados en el Hospital (o al menos en quirófanos, sala de reanimación, habitaciones y UCI) y del interesado en particular, comparándolas con las que eran exigidas por la ciencia médica en el momento en que se intervino al paciente.

Del mismo modo, el informe debería ser expresivo de la incidencia de infecciones por cándida albicans en el Hospital en el año 2000, en comparación con los índices de infección por el indicado hongo en el resto de centros hospitalarios.

Tras la aportación de dicho informe al expediente, debía someterse todo lo actuado a la Inspección Médica para que, a la luz de aquél, valorara si las medidas aplicadas al enfermo para la prevención de las infecciones por cándida fueron adecuadas a la *lex artis*.

Del mismo modo y con ocasión del análisis de la legitimación activa que correspondía a la parte actora, se pone de manifiesto la no acreditación en el expediente de la composición de la comunidad hereditaria del paciente fallecido.

DÉCIMO.- Con fecha 15 de diciembre de 2008, la instrucción solicita a la parte actora que acredite la composición de la comunidad hereditaria del paciente fallecido y la existencia de uno de sus hijos, pues ésta no queda suficientemente probada en el expediente.

Por la representación letrada de los actores se acompaña copia de acta de notoriedad de declaración de herederos *ab intestato*, de fecha 29 de noviembre de 2006, a favor de los dos hijos del fallecido, x. y., sin perjuicio de la cuota legal usufructuaria correspondiente a la viuda. Anexa al documento notarial consta copia autenticada del Libro de Familia, acreditativo de la existencia de los dos hijos del fallecido.

UNDÉCIMO.- Del mismo modo, el 15 de diciembre, se solicita informe del Servicio o Unidad encargado de garantizar la asepsia en el Hospital Virgen de la Arrixaca, sobre las medidas preventivas aplicadas con carácter general en el año 2000 para evitar el contagio por cándida en los pacientes ingresados en el Hospital (o al menos en Quirófanos, Sala de Reanimación, habitaciones y UCI) y del interesado en particular, comparándolas con las que eran exigidas por la ciencia médica en el momento en que se intervino al paciente, y que fuera además expresivo de la incidencia de infecciones por el indicado hongo en el Hospital en el año 2000, en comparación con los índices de infección en el resto de Centros hospitalarios.

La Dirección del Hospital remite sendos informes de mayo de 2008, emitidos por el Servicio de

Medicina Intensiva y por el de Medicina Preventiva a requerimiento de la Dirección de los Servicios Jurídicos y del letrado de la compañía aseguradora del SMS.

El Servicio de Medicina Intensiva se expresa en los siguientes términos:

"1.- No existió ningún brote de infecciones por *Candida albicans* en el año 2000 ni en ningún otro, al no tratarse de un patógeno relacionado con brotes epidémicos.

2.- Los datos correspondientes a infección en nuestro Servicio los años 1999-2001 son los siguientes

Período de estudio 1999 2000 2001

NUMERO DE PACIENTES CONTROLADOS

762 846 836

EDAD 55+18 52,2+19,5 54+19

SEXO (V/H) 537/225 571/275 576/260

APACHE 13,5+0 14,8+7 15,5+7

ESTANCIA 11,5+14 10,6+10 11,1+13

MORTALIDAD 21,5% 16,9% 17%

INFECCIONES 27,4% 22,4% 24,7%

% DE CANDIDA ALBICANS 1,6% 1,59% 4,2%

3.- No se realizaron controles de rutina ni muestras ambientales ya que no existía una situación de brote epidémico y, por otro lado, son medidas inútiles para prevenir infecciones por *cándida albicans* al tratarse de un patógeno que forma parte de la flora habitual del tubo digestivo y mucosas de los pacientes.

4.- El Servicio tiene sus propios protocolos de vigilancia y control de la infección nosocomial, en base a la información recogida por el Programa ENVIN (Estudio Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial), en el que participamos de forma activa desde su instauración en 1994.

5.- Finalmente, este paciente recibió nutrición parenteral y antibióticos previos que son medidas que pueden favorecer el sobrecrecimiento de *candida albicans*, pero que se aplican de forma habitual a nuestros pacientes. Detectada la infección se trató de manera adecuada en base a la mejor práctica clínica".

El Servicio de Medicina Preventiva, por su parte, informa:

"Al ser la UCI de adultos una unidad de alto riesgo de infección nosocomial, por sus características asistenciales y elevado número de camas. Esta Unidad está vinculada a un estudio multicéntrico de incidencia de infecciones nosocomiales de UCIs, debiendo dirigirse a ellos para que les facilite la información que nos solicitan sobre infecciones nosocomiales.

En este servicio Medicina Preventiva sólo disponemos de estudios de Prevalencia de infecciones nosocomiales en la UCI.

En esa Unidad como en el resto del hospital, tienen conocimiento de todos los protocolos de prevención y control de infecciones nosocomiales, y reciben cursos sobre actualización en prevención de infecciones nosocomiales".

DUODÉCIMO.- Solicitado nuevo informe al Servicio de Inspección de Prestaciones Asistenciales, se contesta que, vistos los emitidos por el Servicio de Medicina Intensiva y de Medicina Preventiva, "no consideramos necesario ampliación o nuevo informe desde Inspección Médica".

DECIMOTERCERO.- Conferido trámite de audiencia a los interesados, comparecen los actores y solicitan la suspensión del procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial por pendencia del proceso contencioso-administrativo instado sobre los mismos hechos.

DECIMOCUARTO.- Con fecha 29 de abril de 2009, el órgano instructor formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación al considerar que no concurren los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

En tal estado de tramitación y una vez incorporados los preceptivos extracto de secretaría e índice de documentos, se remitió de nuevo el expediente al Consejo Jurídico en solicitud de Dictamen, mediante escrito recibido el pasado 15 de mayo de 2009.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen, legitimación, plazo para reclamar y procedimiento.

Cabe dar por reproducidas las Consideraciones que sobre tales extremos se contienen en el Dictamen 185/2008, añadiendo ahora que las nuevas actuaciones instructoras han permitido delimitar con claridad la composición de la comunidad hereditaria del paciente fallecido, que sería la beneficiaria de la indemnización en el caso de una eventual resolución estimatoria de la solicitud.

En cuanto al procedimiento, una vez realizadas las actuaciones sugeridas en aquél, cabe considerar plenamente instruido el mismo, sin perjuicio de señalar la poca o nula concreción del informe del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital acerca de las medidas adoptadas para garantizar la asepsia en el centro y evitar el contagio de los pacientes por cándida, cuya valoración a efectos de prueba será objeto de especial atención en la siguiente Consideración.

SEGUNDA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria en supuestos de infección nosocomial.

En orden a evitar innecesarias repeticiones, se dan por reproducidas las consideraciones efectuadas en el Dictamen 185/2008, de constante cita. No obstante, parece oportuno recordar las ideas esenciales en las que se asienta la concepción jurisprudencial y la doctrina de este Consejo Jurídico (por todos, Dictámenes 121/08 y 132/09) en relación con las reclamaciones de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos como consecuencia de infecciones adquiridas o manifestadas en el ámbito hospitalario:

1ª) La mera constancia de una infección en dicho contexto no es título de imputación suficiente de responsabilidad. Ello conllevaría una radical objetivación de la responsabilidad, contraria a aquella doctrina jurisprudencial, común a todos los casos en que se pretende la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas derivada de la asistencia sanitaria, que propugna que *"...frente al principio de responsabilidad objetiva que convertiría a la Administración sanitaria en aseguradora del resultado positivo y curativo de todas la dolencias, ha de recordarse el criterio que sostiene este Tribunal de que la responsabilidad de la Administración sanitaria es la lógica consecuencia que caracteriza al servicio público sanitario como prestador de medios, pero no garantizador de resultado, en el sentido de que es exigible de la Administración sanitaria la aportación de todos los medios que la ciencia en el momento actual pone a disposición de la medicina para la prestación de un servicio adecuado a los estándares habituales, pero en modo alguno puede determinar la existencia de una responsabilidad una actuación médica que se haya acomodado a la lex artis, es decir, al estado de la ciencia existente en aquel momento, puesto que no cabe entender que el principio de responsabilidad objetiva instaurado en el artículo 139 y siguientes de la LPAC conduce a la consecuencia que parece estimar la recurrente de hacer responsable a la Administración de cualquier circunstancia afectante al paciente con independencia de una correcta actuación y prestación de los servicios sanitarios médicos, pues apreciarlo así convertiría a la Administración en una aseguradora universal de cualquier daño"* (Sentencia del Tribunal Supremo de 20 de junio de 2007).

Esta doctrina, por tanto, no encuentra excepción en el ámbito de las infecciones hospitalarias, debiendo concurrir el resto de presupuestos exigidos por los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), en la interpretación que de ellos realiza la jurisprudencia, para declarar el nacimiento de la obligación de indemnizar, a saber:

- a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupos de personas.
- b) Que el daño sufrido sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando el nexo causal.
- c) Ausencia de fuerza mayor.
- d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

2ª) Ha de atenderse al carácter evitable o no de la infección, es decir, si se adoptaron por la Administración sanitaria todas las medidas posibles para evitarla, lo que nos conecta, inevitablemente, con el criterio de la "lex artis", que actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa cuando del ámbito sanitario se trata, como tiene declarado el Tribunal Supremo en numerosas sentencias (Por todas, la STS, Sala 3ª, de 22 de diciembre de 2001). En este sentido, la *lex artis* es un criterio de normalidad de carácter relativo que se aplica "ad hoc", en relación siempre a un caso concreto, y que exige, en su aplicación al presente supuesto, la adopción por parte del servicio responsable de unas medidas adecuadas para evitar la contaminación.

Consecuencia de lo anterior es que si el daño alegado pudo evitarse, cabe afirmar su antijuridicidad, es decir, que el paciente no está obligado a soportarlo (artículo 141.1 LPAC).

3ª) También ha de atenderse en estos casos a aquellos principios generales de la prueba que pueden modular la distribución de su carga, tomando en consideración tanto el principio de disponibilidad y facilidad probatoria hoy consagrado en el artículo 217.6 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, como la imposibilidad o extrema dificultad de probar un hecho negativo. En aplicación de tales criterios, correspondería a la Administración sanitaria acreditar qué medidas se adoptaron en orden a evitar el contagio, pues pretender que fuera el reclamante quien hubiera de probar que aquéllas no se tomaron le abocaría a una verdadera *probatio diabolica*.

Aplicadas las anteriores consideraciones al presente supuesto, se alcanzan las siguientes conclusiones:

1. Para los reclamantes las secuelas que sufre el paciente se deben a una doble causa: a) infección hospitalaria por *Candida albicans*, y b) olvido de porción de torunda de algodón (Hecho Quinto de la reclamación).
2. A pesar de esta inicial afirmación, y como ya se indicaba en el Dictamen 185/2008, la reclamación no desarrolla esa segunda causa, probablemente porque ya en el previo proceso penal los informes técnicos evacuados habían descartado cualquier relación causal entre la presencia en la zona de la primera intervención de fibras procedentes de una torunda de algodón y la situación clínica del paciente, conclusión que se contiene, incluso, en el informe pericial de parte unido al procedimiento por los actores.
3. En consecuencia, para éstos, la situación clínica del paciente al momento de su reclamación es consecuencia directa de la meningitis crónica producida por *Candida albicans* y adquirida durante su estancia en el Hospital Virgen de la Arrixaca, pues desde su ingreso hospitalario, la operación neuroquirúrgica de extirpación del meningioma, la posterior reintervención para evacuación de hematoma en el lecho quirúrgico, la anestesia, su estancia en reanimación y luego en UCI (donde inicialmente se detectó el agente responsable), en cualquiera de estos

momentos, pudo contagiarse o producirse una situación de inmunodeficiencia que facilitase la invasión meníngea por el hongo. Para los reclamantes, el mero hecho de la infección habida en el contexto de la estancia hospitalaria es suficiente para considerar imputable a la actuación médica en su conjunto y, por extensión, a la Administración titular del centro hospitalario, los daños derivados del proceso infeccioso que aquejó al enfermo.

4. Con carácter previo, no obstante, parece necesario acotar el proceso infeccioso al que se refiere la reclamación. Las consideraciones ya efectuadas acerca de la peculiar aplicación en estos supuestos de las reglas rectoras de la carga de la prueba, no pueden llegar a eximir a la parte reclamante de una mínima actividad probatoria que sustente sus alegaciones, más allá de la mera manifestación o expresión de una posible causa del daño. En este sentido, los actores aportan al procedimiento un informe médico que apunta como episodios más probables en los que pudo adquirir la infección el paciente, su paso por el quirófano y la UCI.

Por ello, los únicos episodios que se consideran como probable origen de la infección, en la medida en que cuentan con un mínimo soporte técnico, serían las intervenciones quirúrgicas de 7 y 9 de marzo y la posterior estancia en UCI.

5. Sin perjuicio de las consideraciones que se realizan más adelante, lo cierto es que la infección se produjo, pues resulta indiscutido en el expediente la existencia de una candidemia, diagnosticada el día 29 de marzo de 2000 (a los 21 días de la extirpación del meningioma) y, posteriormente, en julio de ese mismo año, una meningitis candidiásica.

Ahora bien, como ya se ha dicho y a diferencia de lo sostenido por los reclamantes, la mera constancia de una infección en el contexto hospitalario no es título de imputación suficiente de responsabilidad. Antes bien, siendo evidente la existencia de un daño, con las características exigidas por el ordenamiento como requisito para el nacimiento de la responsabilidad patrimonial (individualizado, efectivo y evaluable económicamente), su calificación de antijurídico y el establecimiento de un nexo causal entre aquél y la actuación, por omisión, de la Administración, exige establecer si se adoptaron todas las medidas posibles, de acuerdo con el estado de la ciencia en el momento de prestación de la asistencia sanitaria, para evitar la infección. De forma que el carácter evitable o no de la infección aparece relacionado con el criterio jurisprudencialmente configurado de la "lex artis".

A tan esencial determinación se dirigía la actuación instructora sugerida por el Consejo Jurídico en nuestro anterior Dictamen, para que el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital informara acerca de las medidas adoptadas con carácter general en el año 2000 dirigidas a la prevención de las infecciones en el centro hospitalario y las especialmente aplicadas en el caso del paciente. Sin embargo, el informe unido al procedimiento, emitido con anterioridad al Dictamen y en contestación a una solicitud formulada por la asistencia letrada de la Comunidad Autónoma y de la compañía aseguradora del SMS en el desarrollo del procedimiento contencioso-administrativo que se sigue por los mismos hechos, resulta absolutamente genérico y de escasa utilidad a los fines perseguidos.

En efecto, señalar que en la Unidad de Cuidados Intensivos, como en el resto del Hospital, tienen conocimiento de todos los protocolos de prevención y control de infecciones nosocomiales y que se reciben cursos de actualización sobre las mismas, no acredita que dichos protocolos y las medidas preventivas conocidas se apliquen ni, menos aún, en las dependencias y servicios por los que pasó el interesado durante su ingreso.

Por otra parte, los informes aportados únicamente aluden a la UCI, cuando la reclamación señala como orígenes más probables de la infección no sólo esa Unidad, sino también el quirófano durante la intervención del meningioma.

Ya señalamos en nuestro Dictamen 185/2008, y ha de reiterarse ahora ante la insuficiencia de los informes unidos al procedimiento con posterioridad a aquél, que no podía considerarse

probado que se hubieran cumplido todas las medidas preventivas exigidas en evitación de infecciones nosocomiales, lo que impide calificar la candidemia como inevitable. Y ello en atención a las siguientes consideraciones:

a) El informe del neurocirujano que intervino al enfermo únicamente indica que no considera demostrado que la infección fuera debida a la falta de medidas profilácticas o terapéuticas, dado que el agente infeccioso es un hongo saprofita y oportunista que vive normalmente en el cuerpo del paciente, que logra superar las barreras o defensas del mismo en aquellos casos en que existe una predisposición personal o un tratamiento prolongado con antibióticos, supuesto éste que apunta como posible en el caso del reclamante, toda vez que hubo de ser sometido a antibioticoterapia, que además considera imprescindible para curar las infecciones respiratorias que padecía. Sin embargo, este informe no apunta cuáles eran dichas medidas profilácticas y terapéuticas que hubieran podido evitar la infección, cuya efectiva aplicación, como hemos dicho, cumple demostrar a la Administración, en atención a la virtual inversión de la carga de la prueba que la jurisprudencia viene declarando en la materia, en aplicación del principio de facilidad probatoria.

b) Tampoco ilustra al respecto el primer informe de la Inspección Médica, pues si bien refiere una entrevista con el responsable de infección nosocomial en la UCI del Hospital Virgen de la Arrixaca y una visita a las instalaciones de dicha unidad, debe advertirse que las actuaciones profilácticas que allí se relatan (medidas de precaución universales, recordatorio al personal de enfermería de la necesidad de su observación, asepsia, uso de guantes, mascarilla y bata en las técnicas más problemáticas, y lavado de manos) son las que se aplican en el momento de la entrevista, es decir en el año 2007, siete años después de la intervención, y sólo en una de las diversas dependencias o servicios por los que pasó el enfermo desde su ingreso hasta el momento en que se detectó la candida en hemocultivo y catéter, sin referencia alguna a los episodios quirúrgicos de los días 7 y 9 de marzo de 2000, apuntados por el perito de la parte como posible origen de la infección.

Además, dicho informe, que ilustra acerca de la posible procedencia endógena (la más frecuente) y exógena de las candidiasis, así como de las medidas precautorias a aplicar en evitación de éstas, no describe cuáles de esas medidas aconsejadas por la ciencia médica para prevenir la infección se aplicaron al enfermo, por lo que tampoco puede ser concluyente en la valoración de la específica actuación preventiva de la infección que se llevó a cabo sobre el paciente, a la luz del criterio de la "lex artis", juicio éste que no realiza la Inspectora informante.

c) Por su parte, el segundo informe de la Inspección Médica, de fecha 28 de febrero de 2008, tampoco aporta nuevos datos acerca de las actuaciones preventivas de la infección, pues responde a las cuestiones planteadas por los reclamantes con ocasión del trámite de audiencia, que centran ahora su atención tanto en el tratamiento pautado al paciente y que pudo permitir o facilitar la infección, como en el instaurado una vez declarada aquélla. Para la Inspección tales tratamientos eran necesarios y se adecuaron a la patología del paciente en cada momento, afirmando la necesidad de administrar corticoides al paciente (factor de riesgo que, en la medida en que disminuye las barreras naturales del organismo, posibilita su supercolonización por hongos saprofitos) y la corrección del tratamiento antifúngico pautado. Por ello, de tales informes no cabe deducir indubitadamente que la infección fuera inevitable, aun atendiendo a la concurrencia en el paciente de factores de riesgo como el tratamiento antibiótico prolongado a que había sido sometido y la administración de corticoides.

d) El análisis de otros informes técnicos obrantes en el expediente tampoco permite abundar en la conclusión de que se aplicaron todas las medidas preventivas exigidas. Así, el unido al procedimiento por la compañía aseguradora considera que el prolongado tratamiento con

antibioterapia en la UCI es la causa más probable de la infección, apuntando su origen endógeno y descartando de forma categórica la exoinfección, al señalar que *"en ningún caso se debe a una mala higiene hospitalaria"*. Sin embargo, esta afirmación queda huérfana de prueba en el informe.

De hecho, la posibilidad del origen exógeno de las infecciones por *Candida* tras colonización de catéteres y dispositivos intravasculares, es expresamente reconocida por la Inspección, afirmando, además, que las candidiasis sistémicas, como la que afectaba al paciente, *"son las micosis más frecuentes en pacientes con enfermedades debilitantes subyacentes o bien cuando por algún mecanismo se introducen las levaduras directamente al torrente circulatorio o a los tejidos"*. En este sentido, el hongo se aisló inicialmente en hemocultivo (23 de marzo de 2000), en catéter venoso (27 de marzo), y más tarde en líquido cefalorraquídeo (LCR).

e) Es cierto que el informe del Servicio de UCI aportado al procedimiento tras nuestro anterior Dictamen muestra cómo el porcentaje de infección por *Candida albicans* en el año 2000 es el más bajo (1,59%) del trienio 1999-2001; pero este dato, por sí sólo, aun siendo significativo no permite considerar la infección como inevitable.

El Consejo Jurídico es consciente de la dificultad de acreditar qué concretas medidas de asepsia se aplicaron a un determinado paciente, años después de que la asistencia se prestara, pero en supuestos como el sometido a consulta debe la Administración extremar la diligencia en la acreditación de las medidas preventivas adoptadas y, en lo posible, huir de declaraciones genéricas y de escaso valor probatorio. Así, a modo de ejemplo, hubiera sido de gran utilidad para sostener la inevitabilidad de la infección y su carácter endógeno, la aportación al procedimiento de los partes de control de limpieza y asepsia en quirófanos de los días en los que se intervino al paciente, la profilaxis preoperatoria, un estudio detallado de la historia clínica que permitiera conocer si se aplicaron los protocolos de cuidado y limpieza de catéteres, etc.

En atención a lo expuesto cabe concluir que, ante la ausencia de prueba suficiente por parte de la Administración de haber adoptado todas las medidas de prevención de infecciones nosocomiales en la atención al paciente, singularmente durante las intervenciones quirúrgicas y la estancia en UCI, la candidemia sistémica desarrollada por aquél en el curso del ingreso hospitalario comprendido entre el 6 de marzo y el 24 de abril de 2000 no puede considerarse inevitable, siendo por tanto imputable a la Administración sanitaria, con cuya actuación queda vinculada causalmente.

6. Ahora bien, para los reclamantes, con apoyo en el informe pericial de parte unido a la reclamación, *"la meningitis por Candida albicans es la causante de todas las complicaciones que se suceden en el curso clínico de este paciente"*.

Sin embargo, en el primer ingreso hospitalario, en el cual adquiere la infección que hemos vinculado en relación de causalidad con la actuación de la Administración sanitaria, el paciente no desarrolla meningitis, como se puede ver en el informe de alta de 24 de abril de 2000, siendo el diagnóstico principal *"meningioma del falx"* y otros diagnósticos secundarios: *"hematoma postoperatorio, edema pulmonar lesional, intubación endotraqueal, ventilación mecánica, traqueostomía temporal y craneotomía"*.

Los primeros síntomas de meningitis se manifiestan meses más tarde, el 11 de julio de ese mismo año, si bien no se relaciona dicha patología con la infección previa. La Inspección Médica, en el segundo de sus informes, relata que *"en el ingreso de julio de 2000 donde se sospecha meningitis linfocitaria postquirúrgica tardía o meningitis tuberculosa, no hay constancia de que se haya tenido en cuenta el posible diagnóstico de meningitis de origen fúngico. Aunque sí se solicitaron cultivos de líquido cefalorraquídeo donde no hubo crecimiento"*.

de candida albicans. En este ingreso fue valorado por el Servicio de Enfermedades Infecciosas y, en algunos comentarios escritos, tienden a relacionar el episodio con el procedimiento quirúrgico previo, o con alguna complicación infecciosa del anterior ingreso. Pero ante la ausencia de cultivos positivos se decide el tratamiento empírico del microorganismo de más lento crecimiento Mycobacterium tuberculosis".

El paciente sufre dos infecciones por candida albicans claramente separadas en el tiempo. Ello no supone, necesariamente, que se trate de dos cepas diferentes y que la meningitis diagnosticada en julio no tenga su origen en la infección de marzo, pues afirma la Inspección Médica que *"en la historia natural de candidemia y meningitis fúngica cabe la evolución a la cronicidad"*. No obstante, inmediatamente añade que no puede afirmarse que ambas infecciones fueran provocadas por la misma cepa, salvo que se estudiaran por técnicas de biología molecular, lo que resulta imposible dado que no se han conservado muestras del germen para este fin. Es decir, según la Inspección, no puede afirmarse que la infección que produce la meningitis sea la misma que adquirió el paciente durante su ingreso de marzo-abril de 2000.

Además, la candidemia del primer ingreso fue tratada y resuelta satisfactoriamente, obteniendo cultivos negativos para candida albicans tras la terapia antifúngica aplicada, tal y como consta en el informe del Servicio de Medicina Intensiva de 11 de abril de 2000, de alta a Neurocirugía, y en el informe de microbiología correspondiente al 4 de abril, que reporta la negatividad del hemocultivo realizado.

De hecho, tras el alta hospitalaria de 24 de abril, el paciente se encuentra bien y se reincorpora al trabajo, según consta en hoja de consulta de Neurocirugía del 19 de junio de 2000, en que se le cita para revisión ordinaria al cabo de un año.

Tras ingresar de nuevo el 11 de julio de 2000, con síntomas de meningitis, el Servicio de Enfermedades Infecciosas pone de manifiesto una duda diagnóstica acerca de la filiación de la meningitis, y toma en consideración que pudiera ser consecuencia del proceso infeccioso anterior. No obstante, dado que las nuevas pruebas microbiológicas realizadas sobre el líquido cefalorraquídeo del paciente vuelven a arrojar resultados negativos para candida, descartan inicialmente la candida como origen de la meningitis y optan por instaurar un tratamiento para la meningitis tuberculosa, atendida la mayor tardanza en obtener crecimientos del Mycobacterium tuberculosis en cultivos.

Dado de alta el 29 de agosto de 2000, vuelve a ingresar el 1 de septiembre, fecha en que se realiza una punción lumbar en la que se aísla candida albicans (cinco meses después de la negatividad de los cultivos realizados tras el tratamiento fungicida), diagnosticándose por primera vez la meningitis candidiásica.

Así pues, no puede considerarse acreditado que la meningitis candidiásica tenga su origen en la infección adquirida en las intervenciones quirúrgicas de 7 y 9 de marzo de 2000 o durante su estancia en UCI, al no haber sido probado este extremo por los actores, a quienes corresponde el *onus probandi*, por así disponerlo el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

Comoquiera que la reclamación, siguiendo en este extremo el informe pericial de parte unido a la misma, sitúa el origen de la infección en la atención recibida durante las intervenciones quirúrgicas del 7 y 9 de marzo de 2000 o en el período de estancia en UCI -desde esa última fecha hasta el 11 de abril del mismo año-, y dado que la meningitis candidiásica a la que se imputan todos los daños padecidos por el paciente responde a un proceso infeccioso que no cabe considerar acreditado que tenga su origen en el ingreso hospitalario comprendido entre el 6 de marzo y el 24 de abril de 2000, único período en el que el interesado fue intervenido quirúrgicamente y estuvo ingresado en la UCI, no puede establecerse un vínculo causal entre los padecimientos del enfermo, que son consecuencia de la meningitis originada por el

segundo de los procesos infecciosos, y la actuación sanitaria durante aquellos primeros episodios.

TERCERA.- Recapitulación.

El paciente sufrió dos procesos infecciosos claramente separados en el tiempo:

a) El primero de ellos, correspondiente al primer ingreso hospitalario en marzo de 2000, consiste en una candidemia que hemos considerado imputable a la Administración al haber fracasado ésta en la demostración de su carácter inevitable, pues no ha probado que, en la asistencia prestada al enfermo durante su paso por los quirófanos y la UCI, se hubieran cumplido todas las medidas preventivas exigidas por la ciencia médica en evitación de infecciones nosocomiales.

En esta primera infección por *Candida albicans* no se produce meningitis y la candidemia es superada con el tratamiento antifúngico pautado, obteniendo cultivos negativos para el referido germen y llegando el paciente a reincorporarse a su trabajo.

b) El segundo proceso infeccioso, en julio de 2000, también consiste en una infección por *Candida albicans* que, en esta ocasión, sí genera una meningitis en el paciente, de la que derivan las terribles secuelas por las que se reclama. Sin embargo, no puede considerarse probado que esta meningitis tenga su causa en la infección por *Candida* adquirida en el ingreso hospitalario de marzo de 2000, lo que impide vincular causalmente el daño alegado con el servicio público sanitario.

CUARTA.- El daño y su valoración.

Consecuencia de lo expuesto en las Consideraciones precedentes es que únicamente puede declararse el derecho de los actores a ser indemnizados por el daño que, de conformidad con el material probatorio obrante en el expediente, cabe entender causado por la infección sufrida en el ingreso hospitalario de marzo-abril de 2000.

En este sentido y como ya se ha dicho, la vinculación establecida en la reclamación entre meningitis candidiásica y secuelas, determina que ninguna de ellas pueda estimarse producida por el primer proceso infeccioso, pues ha quedado huérfano de prueba que la referida meningitis tuviera su origen en aquella primera infección.

Así pues, únicamente podría entenderse como daño derivado de esa primera infección por *Candida*, el período de incapacidad temporal necesario para su curación. No es fácil determinar dicho período, pues se superpone al derivado del postoperatorio de la extirpación del meningioma, la reintervención dos días después para resolver la complicación consistente en el sangrado del lecho quirúrgico, y la insuficiencia respiratoria que presenta en días sucesivos, con edema agudo de pulmón. Careciendo el expediente de datos suficientes para discriminar qué días de incapacidad corresponden a la patología de base del paciente y cuáles a la infección, puede tomarse como referencia la duración del tratamiento con antifúngicos, que la Inspección sitúa en unas cuatro semanas y que comienza el 29 de marzo de 2000.

Desde esta fecha a la del alta hospitalaria transcurren 27 días que, a razón de 49,475316 euros diarios (cantidad establecida por Resolución de la Dirección General de Seguros, de 2 de marzo de 2000, por la que se da publicidad a las cuantías de las indemnizaciones por muerte, lesiones permanentes e incapacidad temporal que resultan de aplicar durante el año 2000 el sistema de valoración de daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación a que se someten expresamente los reclamantes), arroja un resultado de 1.335,83 euros, que puede incrementarse hasta en un 10%, aplicando como factor corrector el de perjuicios económicos, toda vez que sí constan en el expediente las retribuciones percibidas en la empresa, siendo su base de cotización en el mes anterior al de la baja laboral de 144.000 pesetas (865,46 euros).

Esta cantidad habrá de ser actualizada conforme a lo establecido en el artículo 141.3 LPAC.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula las siguientes

CONCLUSIONES

PRIMERA.- Se informa desfavorablemente la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, al considerar el Consejo Jurídico que procede su estimación parcial en los términos expresados en la Consideración Segunda de este Dictamen.

SEGUNDA.- La determinación del daño imputable a la Administración y su cuantificación a efectos indemnizatorios ha de adecuarse a lo indicado en la Consideración Tercera de este Dictamen.

No obstante, V.E. resolverá.

