



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 2 4 9 / 2 0 0 6

(Sección 2ª)

La Laguna, a 27 de julio de 2006.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad, en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado por la reclamación de indemnización formulada por F.B.S., J. Y S.B.S., como consecuencia de los daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 209/2006 IDS)\*.*

## F U N D A M E N T O S

### I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad, es la propuesta de resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial de la Administración por daños cuya causación se imputa al funcionamiento del Servicio Canario de Salud (SCS).

2. La legitimación de la Excm. Sra. Consejera para solicitar el Dictamen, su preceptividad y la competencia del Consejo Consultivo para emitirlo resultan de los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley del Consejo Consultivo.

3. La reclamación ha sido interpuesta el 19 de marzo de 2001 por el viudo y los dos hijos de una señora fallecida el 6 de abril de 2000 en un hospital del SCS. Dada su condición de allegados directos de la fallecida están legitimados activamente. La reclamación atendiendo a las fechas mencionadas y al art. 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y de Procedimiento Administrativo Común (LPAC), no es extemporánea.

---

\* **PONENTE:** Sr. Reyes Reyes.

4. En el presente procedimiento recayó el Dictamen 200/2003, de 30 de octubre, que indicó la conveniencia de retrotraer las actuaciones porque el acto de trámite del instructor admitiendo unas y rechazando otras de las pruebas propuestas no advirtió a los interesados de que era susceptible de recurso.

La Administración ha procedido conforme señalaba el Dictamen y ha retrotraído el procedimiento para luego continuar su curso.

5. Conforme al art. 13.3 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, RPRP (aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo), el plazo máximo para la tramitación del procedimiento es de seis meses. Este plazo se ha sobrepasado ampliamente aquí. Empero, de acuerdo con los arts. 42.1 y 43.1 y 4,b) LRJAP-PAC en relación con el art. 142.7 de la misma, la Administración está obligada a resolver expresamente, aun fuera de plazo.

6. En la tramitación del procedimiento no se ha incurrido en defectos formales que impidan un Dictamen de fondo.

## II

1. Del escrito de reclamación y alegaciones de los reclamantes resulta que la solicitud de una indemnización de dos millones de euros se fundamenta en que el óbito de su allegada fue causado por la asistencia sanitaria defectuosa que le prestaron los facultativos del SCS. Este mal funcionamiento del servicio público de salud consistió a su juicio en lo siguiente:

1) Diagnóstico erróneo.

2) Retraso en prestar la asistencia médica.

3) Causación de la peritonitis bacteriana por las punciones que se practicaron a la paciente para extraer líquido ascítico.

4) Síndrome postransfusional originado por las transfusiones que se le realizaron pese a su oposición expresa.

2. Otra lesión independiente de la causación del óbito que alegan para fundamentar su pretensión consiste en la vulneración del derecho de libertad

religiosa de la fallecida porque se le transfundieron hemoderivados contra su voluntad de cumplir con la prohibición de su religión de esa actuación médica.

3. Los reclamantes no aportan pruebas ni informes médicos que demuestren su afirmación de que el fallecimiento se debió a mala praxis médica.

### III

1. Los hechos que acreditan la historia clínica, los informes médicos y las pruebas realizadas a instancias de los reclamantes y que se recogen en la propuesta de resolución son, en síntesis, los siguientes:

1.1. La paciente padecía de hipertensión arterial, de diabetes melitus que la hacía dependiente de la insulina, de anemia ferropénica, de una hepatitis vírica, de cirrosis hepática y de hipertensión portal (presión de la vena porta causada por la dilatación del hígado).

1.2. Desde el 20 de marzo de 2000 presentaba un cuadro de diarreas y fiebre alta, por lo que el 27 de marzo de 2000 acude a su médico de cabecera que la remite al Servicio de Urgencias del Hospital Dr. Negrín donde se le explora incluyendo un examen por rayos x, se le realiza un hemograma y tras cuatro horas en observación y con sueroterapia, se diagnostica gastroenteritis aguda, se instaura tratamiento con dieta astringente, suero oral y espasmolíticos y se indica control por su médico de cabecera.

1.3. Al día siguiente, 28 de marzo de 2000, es atendida en el Servicio de Digestivo-Hepatología del mismo Hospital, cuyos facultativos sospecharon la existencia de ascitis (acumulación de líquidos en la cavidad abdominal), y para confirmarlo se le realizó una paracentesis para la obtención de líquido ascítico el cual no se obtuvo.

Por ello mantuvieron el diagnóstico de gastroenteritis aguda y al tratamiento anterior añadieron la administración del antibiótico Rigorán 250 durante siete días, que pertenece al grupo de las fluoroquinolonas de espectro bacteriano extremadamente amplio, actuando sobre bacterias gram-positivas y gram-negativas tanto aeróbicas como anaeróbicas.

1.4. El 30 de marzo de 2000 a las 22 horas acude a su consultorio presentando distensión abdominal y disnea al mínimo esfuerzo por lo que diagnostican hepatopatía crónica descompensada y la trasladan en una ambulancia de soporte vital básico al Hospital Dr. Negrín.

1.5. En el Servicio de Urgencias de dicho Hospital se le explora, se realizan hemograma, bioquímica y Rx de abdomen, paracentesis con la que se obtiene líquido con contenido hemático y se le administra cefotaxima, un antibiótico del grupo de las cefalosporinas que actúa sobre bacterias gram-positivas y gram-negativas siendo especialmente activo ante las enterobacterias. Los resultados del análisis microbiológico del líquido ascítico identificaron un bacilo gram-negativo, *Salmonella* sp. También se le realizó una ecografía abdominal, una punción espirativa con aguja fina (PAAF), un TAC abdominal y otras pruebas médicas (gasometría arterial, aortograma abdominal, nueva bioquímica, hemograma, sedimento de orina, ...).

Estas pruebas permiten dibujar el siguiente cuadro clínico:

Cirrosis hepática con vena porta permeable, dilatada y con trombosis no oclusiva. Trombosis aguda expansiva no totalmente oclusiva de la vena esplénica. Esplenomegalia gigante con una lesión hipodensa de aproximadamente 19 cms. de diámetro con burbujas de aire y que sugiere necrosis. Ascitis moderada, cardiomegalia con derrame pericárdico moderado y vesícula escleroatrófica. La paciente está oligúrica e hipotensa desde su ingreso.

Es trasladada a la unidad de enfermos críticos con el diagnóstico de ascitis, hipertensión portal y peritonitis bacteriana.

1.6. A las 6 horas del 1 de abril sufre hipotensión y comienza a desorientarse. Se formulan los diagnósticos: Hepatopatía vírica en estadio de cirrosis con hipertensión portal, esplenomegalia gigante en relación con trombosis aguda de vena esplénica y absceso versus infarto esplémico. Ascitis hemorrágica muy probablemente infectada. Insuficiencia renal aguda leve.

Se informa del estado crítico de la paciente a su familia que desea su traslado a planta.

1.7. Ingresa en el Servicio de Digestivo, firma declaración denegando transfusión de sangre y/o hemoderivados. En la historia clínica el facultativo escribe "pronóstico infausto a corto plazo que comunico a sus familiares".

A pesar del tratamiento antibiótico la paciente presenta deterioro hemodinámico, oliguria con probable insuficiencia renal funcional.

1.8. El 3 de abril la paciente entra en crisis. Se diagnostica "abdomen agudo en paciente cirrótica con hipertensión portal". Se decide practicar una laparotomía exploradora e intentar una esplenectomía, únicos medios para salvarle la vida. Como indica el registro de anestesia de esa intervención y explica el informe del Jefe del Servicio de Anestesiología, la paciente se encontraba en situación de riesgo máximo considerándose ASA V-IV que significa paciente en estado de moribundez que fallecerá en las próximas 24 horas independientemente de que sea o no intervenida quirúrgicamente. Se inició la esplenectomía intentando controlar los vasos del hilio esplénico, pero en varias ocasiones se produjo una hemorragia importante incoercible con peligro inminente de exanguinación, por lo que se taponó el hilio esplénico y se renunció a la esplenectomía.

El diagnóstico postoperatorio expresa: hipertensión portal manifiesta, cirrosis hepática, ascitis contaminada.

1.9. El 3 de abril es trasladada al Servicio de Anestesia y Reanimación donde empeora progresivamente presentando deterioro hemodinámico grave, taquiarritmia, insuficiencia respiratoria progresiva, deterioro de la insuficiencia renal previa, que se abordaron, respectivamente, con soporte inotrópico, amiodarona y posteriormente esmolol, F102 100% más relajación neuromuscular para ventilación, dopamina diurética más furosemida.

1.10. El día 4 de abril presenta anemia progresiva más coagulopatía que requiere transfusión de hemoderivados. Los facultativos que la atienden solicitan al Juzgado de guardia (el de Instrucción nº 3 de Las Palmas de Gran Canaria) autorización para transfundirla que es concedida, con base en el art. 10.6.c) de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS), por Auto de 4 de abril de 2000, el cual no recurrieron los reclamantes, según sus propias manifestaciones en ese procedimiento.

1.11. No obstante toda la asistencia que se ha resumido la paciente sufrió un fracaso multiorgánico resistente a tratamiento médico agresivo y falleció a las 19'10 horas del 6 de abril de 2000.

1.12. El diagnóstico final expresa Abdomen agudo peritonitis bacteriana espontánea en paciente con cirrosis hepática, hipertensión portal y fracaso multiorgánico.

## IV

1. El resumen de hechos anterior permite abordar las afirmaciones fácticas sobre las que reposa la pretensión resarcitoria, valorando la documentación obrante en el expediente.

a) Respecto a la afirmación de un diagnóstico erróneo y retraso en la prestación de asistencia médica, es de observar que la paciente presentó diarreas y fiebre alta desde el 20 de marzo de 2000. Si esos síntomas lo hubieran sido de la peritonitis bacteriana que causa la ascitis, entonces la crisis se habría presentado mucho antes del 27 y 28 de marzo de 2000, fechas en las que fue atendida por primera vez y a causa de esos síntomas por los facultativos del SCS. La paracentesis que se le practicó el 28 de marzo no llevó a la obtención de líquido ascítico. En consecuencia, el diagnóstico inicial de gastroenteritis se considera que no fue determinante de la evolución irreversible desencadenada del proceso iatrogénico que presentó la paciente.

Es después del 28 de marzo cuando se produce la ascitis.

Los síntomas de distensión abdominal con disnea a mínimos esfuerzos los presenta el 30 de marzo a las 22 horas cuando acude de nuevo a su consultorio. En ese momento es cuando se le diagnostica la descompensación hepática y es transportada en ambulancia al Hospital, donde se le practica una nueva paracentesis que permitió obtener muestras de líquido ascítico. Este daño unido a los demás proporcionados por otras pruebas médicas fundamentaron el juicio médico de que se estaba ante una grave crisis hepática (ascitis hemorrágica probablemente infectada, hipertensión portal, esplenomegalia gigante, trombosis en las venas esplena y portal, insuficiencia renal aguda leve ... ) de infausto desenlace.

A pesar de que los resultados del análisis microbiológico del líquido ascítico no estuvieron inmediatamente disponibles los facultativos con base en su experiencia la administraron un antibiótico activo contra la enterobacteria que el resultado de ese análisis identificó luego.

Por consiguiente, se considera que no hubo diagnóstico erróneo, a la vista de los síntomas presentados por la paciente, ni retraso en prestar la asistencia médica adecuada.

b) Como consta en los informes médicos aportados al expediente y que no están cuestionados, la cirrosis es una enfermedad progresiva e irreversible que conduce a la muerte. La degeneración del hígado que produce lleva a la alteración del sistema vascular. Las infecciones bacterianas, la insuficiencia hepática, la hemorragia digestiva y el cáncer primitivo de hígado constituyen las causas más frecuentes de muerte en los pacientes con cirrosis hepática.

Entre esas infecciones bacterianas las más frecuentes son la bacteriemia espontánea y la peritonitis bacteriana espontánea. El término espontáneo indica que no hay un foco primario de sepsis.

La peritonitis bacteriana espontánea es una complicación específica de los pacientes cirróticos con ascitis. Se caracteriza por una infección del líquido ascítico sin que existan focos intraperitoneales o circunstancias exógenas que lo justifiquen. La alteración de la función de las células de Kupffer en pacientes con cirrosis hepática unida al hecho de que la mayoría de los gérmenes aislados en las infecciones espontáneas de pacientes cirróticos sean gram-negativos de origen entérico sugiere que la patogenia de estas infecciones estaría en relación con el paso de gérmenes desde la luz intestinal a la circulación sistemática y a la ascitis.

En el presente caso el germen que provocó la peritonitis bacteriana fue identificado como *Salmonella* sp. por el análisis microbiológico del líquido ascítico, el cual es una enterobacteria lo que descarta que haya sido introducido desde el exterior por el instrumental utilizado para extraer ese líquido.

Por consiguiente, carece de respaldo en la evidencia médica la afirmación de los reclamantes de que la peritonitis fue causada por la asistencia sanitaria prestada a la paciente.

Esa peritonitis bacteriana fue una consecuencia de la enfermedad que padecía y a la cual se le aplicó desde el primer momento la terapia antibiótica adecuada. Si ésta no logró detener el curso luctuoso de la enfermedad se debió a que la combinación del problema séptico agudo de origen abdominal con la grave evolución de su cirrosis hepática creó una situación irreversible para el estado actual del conocimiento médico.

c) Los reclamantes, como se indicó, también afirman, sin aportar informes o pruebas médicas que lo respalden, que una concausa del óbito fue el síndrome postransfusional a las transfusiones que se le realizaron pese a su oposición expresa.

Como explica el informe del Jefe de Anestesiología la patología aguda de la paciente va acompañada de alteraciones en la coagulación, por lo que, tras la intervención del 3 de abril, presenta una situación de sangrado activo que origina una anemia aguda con una hemoglobina de 5'8 g/dl y un hematocrito de 19'7%, de progresivo empeoramiento. Esas cifras conllevan riesgo mortal porque la vida es imposible por debajo de 16% de hematocritos.

La decisión de transfundirla fue impuesta por el grave estado de la paciente. No fueron las transfusiones de concentrado de hematíes y unidades de plasma las que provocaron el estado de la paciente, sino que es ese estado de desajuste hemodinámico con coagulopatía de consumo y fallo multiorgánico lo que impone la necesidad de transfundir. Es ese estado, y no las transfusiones con la finalidad de remontarlo, el que conduce al fallecimiento de la paciente.

2. Los interesados también solicitan que se les indemnice porque se violó el derecho fundamental a la libertad religiosa de su allegada porque, frente a su oposición expresa fundada en sus convicciones religiosas, se le transfundió unidades de plasma y concentrado de hematíes.

En aplicación del art. 10.6.c) LGS vigente a la sazón y de la interpretación constitucional (SSTC 120/1990, de 27 de junio y 137/1990, de 19 de julio) de los arts. 15 y 16.1 de la Constitución que establece que en caso de conflicto entre el derecho reconocido en el primer artículo con el reconocido en el segundo, prevalece el primero y que corresponde a la autoridad judicial en cada supuesto concreto y de conformidad con el saber médico, realizar la ponderación entre uno y otro y valorar la idoneidad de las medidas para garantizar la finalidad constitucional de protección



de la vida, el Juez de Guardia por medio de Auto firme, autorizó la realización de las transfusiones que requiriera el grave estado de la paciente.

Una resolución judicial firme de aplicación del Derecho no constituye una lesión antijurídica, y por consiguiente, según el art. 141.1 LRJAP-PAC, es imposible que su ejecución conforme origine el derecho al resarcimiento del art. 139.1 LRJAP-PAC.

Basta esta razón para desestimar la pretensión de los reclamantes basada en este aspecto.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución se considera ajustada a Derecho.