



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 6 9 0 / 2 0 1 0

(Sección 1ª)

La Laguna, a 5 de octubre de 2010.

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 M.T.S.C., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 666/2010 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. Mediante escrito de 17 de agosto de 2010, con fecha de salida 18 de agosto y entrada en este Consejo el 1 de septiembre, la Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias solicita de este Consejo Dictamen preceptivo por el procedimiento ordinario, con arreglo a lo dispuesto en los arts. 11.1.D.e), 12.3 y 20.1 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo, y 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP), respecto a la Propuesta de Resolución que culmina el procedimiento de reclamación de indemnización por responsabilidad patrimonial incoado a instancia de M.T.S.C. (la reclamante) por el fallecimiento de su marido E.H.E., trasplantado de riñón, a consecuencia de la deficiente asistencia prestada tras su ingreso por Urgencias por rechazo agudo; hecho por el que se solicita 150.000 euros.

2. El procedimiento tramitado lo ha sido de conformidad con las previsiones legales y reglamentarias de aplicación.

Ha sido iniciado por persona legitimada para ello, esposa del fallecido y madre del menor común, lo que queda acreditado en las actuaciones [art. 31.1.a) de la Ley

* **PONENTE:** Sr. Bosch Benítez.

30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC), y arts. 4.2 y 6.1 RPAPRP], mediante escrito de reclamación presentado en el plazo de un año reglamentariamente dispuesto (art. 4.2 RPAPRP), pues si el fallecimiento tuvo lugar el 29 de enero de 2005 la reclamación tuvo entrada el 25 de enero de 2006.

Se ha dado cumplimiento, por lo demás, a los restantes trámites exigibles, no abriéndose el probatorio ya que la parte no lo propuso, aunque de su escrito inicial se desprendían hechos que podrían ser objeto del citado trámite (art. 9 RPAPRP), realizándose el de audiencia de parte (art. 11 RPAPRP), al que aquella no compareció; y emitiéndose los preceptivos Informes de los Servicios afectados (art. 10.1 RPAPRP), que resultan ser los de Urgencias, Nefrología y Cirugía. No consta en las actuaciones el preceptivo Informe del Servicio Jurídico, que fue solicitado tres veces mediante escritos de 3 de marzo, 12 de abril y 2 de junio de 2010, respectivamente, y que la Propuesta de Resolución dice se emitió el 12 de agosto, de conformidad con la Propuesta de Resolución, que finalmente se redacta en su formulación definitiva con fecha 17 de agosto para su remisión a este Consejo.

3. Según se hace constar en el escrito inicial de reclamación, el 30 de diciembre de 2004 el marido de la reclamante, trasplantado de riñón hacía poco, “acudió a la consulta externa del Centro con síntomas de resfriado con décimas de fiebre, decidiéndose su no ingreso, cuando en el Informe de enfermería del 15 de octubre de 2004 se decía expresamente que debía avisar ante cualquier síntoma de fiebre o dolor (...)”.

El 2 de enero de 2005, ingresa por Urgencias, siendo colocado “en el lugar menos adecuado dado su estado y antecedentes, en una camilla en el pasillo, sin que se le ofreciera agua a pesar de conocer su estado de trasplantado y que necesita tomarla en abundancia (...). El resultado de la analítica a las 21 horas era riñón deshidratado. Al día siguiente, pasa a planta con diagnóstico de «diarrea controlada» (...)”.

“El 20 de enero por la noche entra en quirófano con virus anclado en el intestino, confirmándose que todo estaba bien y que la sangre acumulada en el colón procedía de la rectorragia anterior. Al día siguiente, me dicen sin saber cómo ni por qué tiene un vaso roto (...)”.

“El 22 de enero vuelve a entrar en quirófano. El 28 se me informa que la analítica estaba muy bien y que iban a tratar de salvarle el riñón. El 29 me llaman del Hospital y me informan que mi marido estaba «en muerte cerebral», falleciendo a las 5 de la tarde”.

“(…) Según informe de fallecimiento, el 6 de enero fue diagnosticado de infección de *campylobacter*; en la habitación entraban personas sin batas ni mascarillas estériles y en las cercanías de la habitación de planta había obras entrando y saliendo gente por un agujero de la pared; finalmente, me dijeron que le habían aplicado un medicamento que no estaba autorizado por la Seguridad Social que yo tenía que autorizar y no autoricé”.

4. Según el Informe del Servicio de Nefrología, de 24 de septiembre de 2009, el paciente tenía “insuficiencia renal crónica terminal, que requirió tratamiento sustitutivo de función renal con diálisis y (...) posteriormente (...) trasplantado, con desarrollo de complicaciones quirúrgicas que le obligan a mantener una larga hospitalización en el Hospital Universitario de Canarias”, donde ingresa “con diagnóstico de rechazo agudo” recibiendo “tratamiento inmunodepresor” según está indicado en los protocolos (...) no obstante lo cual “desarrolla una infección intestinal invasiva por *campylobacter* desarrollando lesión ulcerosa sangrante de forma importante, que se logra estabilizar” e intenta reducir por cirugía “con el desarrollo posterior de múltiples complicaciones que le llevan al *exitus*”.

Se indica que estos pacientes “tienen más riesgos de padecer infecciones en general”, recibiendo “todos los cuidados necesarios y un diagnóstico correcto, de acuerdo con los medios de los que disponemos”, y aunque las complicaciones del *campylobacter* son “no frecuentes, están perfectamente descritas en este tipo de infección y pueden ser más graves en este tipo de pacientes (...)”.

5. Ante los hechos expuestos en la reclamación, el Servicio de Inspección y Prestaciones, a la vista de la historia clínica del paciente y de los preceptivos Informes de los responsables de los Servicios a los que se imputa el daño, emitió Informe, de 13 de octubre de 2009, que punto por punto rebate las alegaciones de la parte. Señala particularmente que el paciente no acudió el 30 de diciembre de 2004 a consulta sino el 27 de diciembre, volviendo el 3 de enero de 2005 por cuadro de “diarreas líquidas con fiebre de 38” desde el sábado día 1 de enero de 2005. El Informe de enfermería al que hace referencia no es “aplicable a la situación reclamada ya que, posteriormente y entre el 4 de noviembre y el 25 de diciembre de 2004, ingresa nuevamente y al alta no existía esa incidencia”.

6. Según el Informe del Coordinador de Urgencias, de fecha 25 de junio de 2008, el paciente “permanece en Urgencias desde su llegada a las 13:53 horas del día 2 de enero de 2005 hasta las 15:16 horas del día 3 de enero de 2005, que ingresa en

planta de hospitalización a cargo de Nefrología”, facilitándose “cuantas actuaciones diagnósticas y terapéuticas fueron adecuadas”. Se le practicó el 11 y 12 de enero de 2005 gastroscopia y colonoscopia “que no objetivaron lesiones sangrantes activas” siendo la “sintomatología compatible con origen infeccioso, según determinó el Servicio de digestivo”.

El 11 de enero se detecta “la existencia de *campylobacter colli*”, iniciando tratamiento para ello. Ante la situación, Cirugía señala “la necesidad de ser intervenido quirúrgicamente”, objetivándose “sangrado por zona ulcerada de 2,5 cm”; por tanto “ni estaba intubado y nunca existió vaso roto”. Tras mala evolución y signos de resangrado, “es nuevamente intubado y llevado a quirófano, procediendo a lavado de cavidad abdominal”. Nuevamente pasa a reanimación postanestésica. El 25, precisa “intubación oro-traqueal siendo trasladado a quirófano”, deteriorándose a pesar de todas las medidas aplicadas. El 28 de enero se realiza “diálisis (por fallo renal) hasta las 23:45 horas”, por lo que no es cierto que “la analítica estaba muy bien”.

En la mañana del 29 de enero, al paciente, en estado crítico, se practica T.A.C. craneal (11:00 horas), siendo valorado por el neurocirujano que, “ante los múltiples hematomas cerebrales, desestima tratamiento”, se retira sedación y el enfermo entra en *exitus* a las 16:55 horas.

II

1. La Propuesta de Resolución considera que se utilizaron los medios que la clínica del paciente exigía, sin que hubiera concurrido mala praxis en ninguna de las actuaciones a las que aquél fue sometido, por lo que no se da la exigible relación de causalidad que hubiera determinado la prosperabilidad de la reclamación. En consecuencia, se desestima la reclamación de responsabilidad formulada.

La Propuesta de Resolución funda la desestimación de la reclamación en los Informes emitidos de los Servicios de Nefrología, Cirugía y de Urgencias. De ellos se acredita que el paciente era de alto riesgo, pues, recién trasplantado de riñón, a consecuencia de la medicación estaba en situación de inmunodepresión, lo que facilita justamente la adquisición de infecciones, como la que sufrió por *campylobacter*, a la postre, según resulta de la historia clínica, determinante del proceso que llevó hasta la muerte del paciente.

Este paciente acudió al Servicio de Urgencias el 27 de diciembre, no el 30 como dice la esposa del paciente, y luego el 3 de enero de 2005, no siendo inicialmente

ingresado. La discordancia de las fechas se resuelve porque no se acredita que en el día indicado hubiera estado en consulta externa. Lo cierto es que cuando acudió a consulta lo hizo con un cuadro diarreico y fiebre, siendo "etiquetado inicialmente de gastroenteritis aguda y/o infección urinaria", aplicándosele tratamiento antibiótico.

2. Este paciente, del que consta su estado delicado y situación inmunodepresiva por ser trasplantado, estuvo en Urgencias más de 24 horas sin ser visto por un nefrólogo, hasta que fue ingresado en planta de Nefrología, siendo el 11 de enero -y no el 6 como indica la esposa del paciente- cuando se detecta en cultivo "la existencia de *campylobacter coli*" y se inicia el tratamiento adecuado.

La infección provocada por la *campylobacter* tiene un período de incubación de dos a cinco días y se manifiesta principalmente por la aparición de fiebre, dolor abdominal y diarrea, síntomas que el paciente tenía el día 3 de enero; por tanto, el paciente estuvo 9 días sin tratamiento específico contra esa bacteria. Fue tratado con antibiótico tras su ingreso en planta, pero no se indica que ese tratamiento fuera el adecuado o efectivo contra la citada bacteria.

Lógicamente, al tratarse de un paciente inmunodeprimido se tenía que haber estado alerta frente a cualquier modificación de sus constantes y por ello fue razonable que acudiera a Urgencias de inmediato. A este respecto, aunque la Propuesta no otorga, por su fecha, la importancia debida al Informe de Enfermería, es lo cierto que del mismo resulta que el paciente presentaba al alta "los siguientes problemas *no resueltos*: riesgo de infecciones diversas r/c inmunodepresión" con recomendación de, entre otras, "evitar el contacto directo con animales y con personas con infecciones diversas" y "avisar ante cualquier síntoma de fiebre (...) o cualquier otra duda". Es obvio que estas recomendaciones son permanentes, por lo que no pueden limitarse, como pretende la Propuesta, a la fecha del Informe. Es verdad que existía la posibilidad de infección, pero también se hacían ciertas recomendaciones que coinciden con la forma de contagio del *campylobacter coli*: "contacto directo con alimentos o agua contaminada, por contacto interhumano o por contacto con animales infectados".

El hecho incontestable es que la bacteria estuvo 9 días en un organismo debilitado, por lo que nos queda la duda de si se hubiera podido evitar el desenlace si el paciente hubiera sido visto por Nefrología el mismo día de su ingreso en Urgencias; si con los antecedentes del paciente y los síntomas que presentaba era razonablemente probable o previsible que se tratara de una infección de

campylobacter; y si, en consecuencia, hubiera sido posible un diagnóstico anticipado, siendo así que, según literatura médica consultada, "generalmente se recomiendan 48 horas de incubación para el diagnóstico rutinario", lo que significa que el diagnóstico correcto se hizo con 7 días de retraso sobre el posible.

3. Por ello, un pronunciamiento indubitado sobre los términos de la reclamación y los de la Propuesta formulada debiera contar con el soporte de la siguiente información:

a) Determinar si la infección por *campylobacter*, es nosocomial o si el paciente ya venía infectado por dicha bacteria al ingresar.

b) Si es cierto, como sostiene la reclamante que había obras en las proximidades de la habitación y, en caso afirmativo, se informe sobre la influencia de esta circunstancia en la infección por *campylobacter*.

c) Si el 2 de enero había nefrólogo en el Hospital y momento en que el paciente fue visto por uno.

d) Si el tratamiento aplicado desde el 3 de enero (ingreso en planta) al 11 de enero (diagnóstico por cultivo de la *campylobacter*) era adecuado o no para combatir a la bacteria.

e) Si el tratamiento aplicado a partir del 11 de enero se vio dificultado o inhibido por el recibido con anterioridad.

f) Grado de conexión de la evolución clínica del paciente con las anteriores cuestiones.

g) Por otra parte, hemos de precisar que el estado del paciente la mañana del 29 de enero era crítico, valorando el neurocirujano que, "ante los múltiples hematomas cerebrales", que no cabía la aplicación de tratamiento alguno, entrando el enfermo en *exitus* a las 16:55 horas. Nada se dice, sin embargo, sobre la relación entre la dolencia aparente del paciente (hemorragia intestinal causada por *campylobacter*) y la muerte cerebral del mismo que el neurocirujano entiende que "no es subsidiario de tratamiento quirúrgico". Y debiera darse una explicación al respecto, ya que podría ser que la muerte fuera debida a dolencia imprevista de la que el paciente no estaba siendo tratado, ajena al trasplante y posterior rechazo, por lo que en esta eventualidad no podría prosperar la reclamación.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución no es conforme a Derecho, debiéndose retrotraer el procedimiento a fin de que por los Servicios correspondientes se informe sobre las cuestiones señaladas en el Fundamento II.3; una vez practicadas las actuaciones solicitadas, previa audiencia a la reclamante, se formulará nueva Propuesta de Resolución, que se remitirá a este Consejo para su Dictamen preceptivo.