



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 2 5 / 2 0 1 1

(Sección 1ª)

La Laguna, a 25 de febrero de 2011.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero 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. 20/2011 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. Mediante escrito de 13 de enero de 2011, con entrada el 21 del mismo mes en este Organismo, la Consejera de Sanidad solicita preceptivamente Dictamen de este Consejo Consultivo 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, en relación con el art. 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPRP), respecto de la Propuesta de Resolución que culmina el procedimiento de responsabilidad patrimonial incoado a instancia de M.T.S.C. (la reclamante) por daños causados por el funcionamiento del servicio público prestado por el Servicio Canario de la Salud consistente en el fallecimiento de su marido, trasplantado de riñón, a consecuencia de la que se alega deficiente asistencia prestada tras ingreso en Urgencias por rechazo agudo; hecho por el que se solicita 150.000 euros de indemnización.

2. En el procedimiento tramitado se han aplicado con las previsiones legales y reglamentarias que lo regulan, aunque con las deficiencias advertidas reiteradamente por este Organismo. Se significa que este Consejo se pronuncia nuevamente sobre la Propuesta de Resolución una vez se ha cumplimentado la

* **PONENTE:** Sr. Bosch Benítez.

instrucción complementaria que fuera requerida mediante el anterior Dictamen 690/2010, de 5 de octubre.

Entonces se acreditó que la reclamación había sido interpuesta por persona legitimada para hacerlo (arts. 142.1 y 31.1.a) de la Ley 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 RPRP9 en el plazo dispuesto para ello (art. 4.2 RPRP), habiéndose dado cumplimiento a los restantes trámites exigibles en esta clase de procedimientos, -a excepción del de prueba, no proponiendo la interesada medios probatorios, particularmente el de audiencia de parte (art. 11 RPRP), al que aquella no compareció; la emisión del preceptivo informe por parte de los Servicios afectados (art. 10.1 RPRP), que resultan ser los de Urgencias, Nefrología y Cirugía.

II

1. Sin perjuicio de remitirnos al Dictamen emitido en el que consta un resumen de las actuaciones más significativas, se recuerda que la reclamante acudió con su marido el 30 de diciembre de 2004, trasplantado de riñón hacía poco, a consulta externa del Centro con síntomas de resfriado y décimas de fiebre, decidiéndose su no ingreso.

El 2 de enero de 2005 ingresa por Urgencias, mostrando la analítica hecha, a las 21 horas, 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. Al día siguiente, se advierte a la reclamante que tiene un vaso roto. El 22 de enero vuelve a entrar en quirófano. El 28 se le informa que la analítica estaba muy bien y que iban a tratar de salvarle el riñón, pero al día siguiente la llaman del Centro y le comunican que su marido estaba en muerte cerebral, falleciendo a las 5 de la tarde.

De acuerdo con el informe del fallecimiento, el afectado fue diagnosticado el 6 de enero de 2005 de infección de *campylobacter*, señalando la reclamante que en la habitación del enfermo entraban personas sin batas ni mascarillas estériles y, además, en las cercanías se realizaban obras, circulando gente por un agujero de la pared. Finaliza indicando que le dijeron que habían aplicado al paciente un medicamento que no estaba autorizado por la Seguridad Social, debiéndolo ella autorizar; cosa que no hizo.

2. Por su parte, el Servicio de Nefrología informa que dicho paciente era de "riesgo", susceptible de padecer "infecciones en general", pese a recibir "todos los cuidados necesarios y un diagnóstico correcto".

En este sentido, detectada infección por *campylobacter colli*, se inició tratamiento objetivándose posteriormente sangrado por zona ulcerada de 2,5 cm., con mala evolución y signos de resangrado, siendo nuevamente intubado y llevado a quirófano, deteriorándose su estado a pesar de todas las medidas aplicadas.

Finalmente, cae en fallo renal y entra en estado crítico, objetivando el T.A.C. craneal realizado múltiples hematomas cerebrales, desestimándose todo tratamiento y retirándose sedación, con fallecimiento finalmente del paciente a las 16.55 horas.

3. La Propuesta de Resolución inicialmente formulada en su momento al pronunciamiento de este Organismo desestimó la reclamación presentada al entender que se utilizaron todos los medios pertinentes que la clínica del paciente exigía, sin que hubiera concurrido mala praxis en ningún aspecto de la asistencia prestada.

El Dictamen emitido observó de los datos del expediente remitido que el paciente había estado, pese a su condición de trasplantado, más de 24 horas sin ser visto por un nefrólogo, detectándosele el 11 de enero la existencia de *campylobacter colli*, iniciándose entonces el tratamiento adecuado, muere días después de su ingreso. Sin embargo, de acuerdo con la información de enfermería, el paciente, como reconoce el propio Servicio, presentaba por su condición alto riesgo de infecciones diversas inmunodepresión. Por eso, la bacteria causante de la infección, eventualmente compatible con los síntomas que presentaba el enfermo al ingresar, pudo estar en un organismo en esas condiciones antes de ser, por fin detectada y el paciente tratado esos nueve días. En esta línea, médicamente se recomienda un máximo de 48 horas de incubación para obtenerse diagnóstico rutinario, mientras que, en este caso, por algún motivo ello no se hizo así y el diagnóstico se retrasó considerablemente.

En consecuencia, se emitió un Dictamen de forma a los efectos de que se aportara a las actuaciones información concerniente a los siguientes extremos:

- Carácter nosocomial de la infección por *campylobacter* del paciente o si éste ya venía infectado por dicha bacteria al ingresar.

- Existencia de obras en las proximidades de la habitación y, en caso afirmativo, influencia de esta circunstancia en la posible infección por *campylobacter* del paciente, situado en habitación cercana y en condiciones de inmunodepresión.

- Presencia del nefrólogo en el Centro hospitalario al ingresar el paciente y momento en que fue asistido por alguno, habiéndose podido evitar la evolución del estado del paciente y, sobre todo, su desenlace de haber sido atendido y tratado desde que ingresó.

- Determinación de si el tratamiento aplicado desde el ingreso en planta hasta la detección por cultivo de *campylobacter*, existiendo infección causada por ella, era además para eliminarla y controlar tal infección.

- Limitación o no de la eficacia del tratamiento aplicado a partir del 11 de enero por el recibido con anterioridad, no dirigido a combatir la infección.

- Conexión de la evolución clínica del paciente con las anteriores cuestiones.

- Relación entre la dolencia reconocida del paciente (hemorragia intestinal causada por *campylobacter*) y la muerte cerebral del mismo, que el neurocirujano actuante entiende que no subsidiaría de la cirugía que se le practicó.

III

Recibido el Dictamen por la Administración solicitante y acordada la precedente retroacción de actuaciones a los efectos pertinentes, se emitieron sendos informes por parte del Jefe del Servicio de Nefrología, de 23 de noviembre de 2010, y del Jefe de Anestesiología y Reanimación, de igual fecha, con el siguiente alcance.

1. El paciente era un enfermo trasplantado en tratamiento, por tanto, con inmunosupresores. Al llegar al Centro por un cuadro de aparente gastroenteritis aguda se le aplicó el protocolo habitual, con recogida de muestras fecales para coprocultivos, dado su condición de trasplantado, siendo hospitalizado el mismo día. En este sentido, el tratamiento que se le aplicó, en principio, adecuado para la gastroenteritis, aunque presentaba también sensibilidad moderada para el *campylobacter colli*, por lo que, en los días sucesivos, el paciente presentó una respuesta positiva.

Por otro lado, el diagnóstico de gastroenteritis por *campylobacter* no es posible apriorísticamente porque se comporta como una gastroenteritis aguda y, en muchos casos, no precisa tratamiento y pasa desapercibida. En todo caso, la muestra de heces fue tomada el día del ingreso y dado que era de vital importancia el resultado

del cultivo, se le hizo un seguimiento hasta que se detectó el crecimiento bacteriano en dicha muestra.

2. La infección por *campylobacter* no es nosocomial y es muy probable, dado el cuadro clínico, que el paciente viniera ya infectado al Centro, habiendo actuado antes la bacteria al respecto.

En esta línea, la existencia o no de obras en las proximidades de la habitación del paciente requiere consulta al Servicio de Mantenimiento, pero el especialista considera que, si las hubiere, su efecto es despreciable para la presencia de la bacteria en cuestión, coherentemente con su respuesta sobre el origen no nosocomial de la infección. Aunque, como se verá, ello supondría precisamente que no hay una fuente extraordinaria de riesgo de bacterias en los Centros, como son reconocidamente las obras que se realizan en ellos.

3. El Servicio de Nefrología dispone todos los días laborales de un nefrólogo de presencia física mientras se realiza tratamiento dialítico; es decir, aproximadamente hasta las 10 p.m. y continúa en localización hasta las 8 de la mañana. Los domingos el nefrólogo permanece de guardia localizada cubriendo urgencias así como consultas del resto del Hospital.

Se añade que, durante la jornada laboral, la figura del médico de guardia no existe y son los facultativos distribuidos según la Jefatura de Servicio los que cubren las áreas hospitalarias, incluido Servicio de Urgencias.

4. La administración de antibióticos en cuadros de gastroenteritis aguda no está indicada, por regla general, pues suelen ser procesos banales autolimitados. Se reitera que el medicamento que le fue suministrado al paciente era el adecuado para este tipo de cuadro, recordándose que, además, tiene sensibilidad moderada para el *campylobacter coli*, (quinolonas fluoradas), aunque no está indicado como primer tratamiento para esta bacteria.

Por otra parte, no se dispone de ningún dato que indique que el tratamiento con los nuevos antibióticos pueda ser dificultado por los medicamentos prescritos anteriormente.

5. No se aprecia, en definitiva, ningún grado de conexión de las cuestiones planteadas previamente y la evolución clínica del paciente”.

En esta línea, se indica por el Jefe del Servicio de Nefrología que, a partir del día 5.1.05, existen datos de mejoría clínica y no hay diarreas el 8.1.05, iniciándose tres

días después tratamiento con antibióticos macrólidos, con aceptable estado general por parte del paciente. Al día siguiente se detectó rectorragia, con programación de colonoscopia y el mismo día el paciente presenta una hemorragia digestiva importante que requiere transfusiones, con posterior shock, indicándose cirugía.

La colonoscopia mostró una pancolitis leve de probable origen infeccioso, sin localizar foco de sangrado y, posteriormente, los días 17 y 18, se diagnostica sangrado activo en intestino delgado y el paciente pasa a quirófano para ser intervenido y a continuación a Unidad de Reanimación post-anestésica donde continúa su evolución.

Finaliza afirmando que, sin lugar a dudas, el paciente fallece por complicaciones hemorrágicas debidas a trastornos de la coagulación en el seno de un cuadro secundario a infección bacteriana, pese al correcto tratamiento inicial. Así, la hemorragia digestiva es una complicación descrita en la infección por *campylobacter colli*, potenciada por la cirugía y el estado de inmunosupresión del paciente por su condición de trasplantado.

6. Por su parte, la Jefa de Sección de Anestesiología-Reanimación informa que el paciente permaneció ingresado en la Unidad de Reanimación entre el 20/01/05 y el 29/01/05, en que fallece. Sin embargo, afirma que el fallecimiento es debido, como consta en la historia clínica, a muerte cerebral por múltiples hematomas cerebrales no subsidiarios a tratamiento quirúrgico en paciente politransfundido con hipertensión arterial, trombopenia y coagulopatía.

IV

1. El informe del Jefe de Servicio de Nefrología da respuesta aparentemente suficiente a diversas de las cuestiones planteadas por este Consejo, refiriéndose al mismo el Antecedente de Hecho décimo de la nueva Propuesta de Resolución formulada, aunque sin reproducirlo o, al menos extractarlo para que le sirva debidamente de apoyo en su argumentación para fundar la desestimación de la reclamación que contiene manteniendo la anteriormente propuesta (art. 89.5 LRJAP-PAC).

En todo caso, no todas esas cuestiones han sido debidamente contestadas a los efectos del precedente pronunciamiento de este Organismo sobre las cuestiones reseñadas, como contenido del Dictamen, en el art. 12.2 RPRP.

2. Como se advirtió en su momento, según la literatura médica consultada, generalmente se recomiendan 48 horas de incubación de las muestras para obtener

un diagnóstico rutinario, apreciándose infección o no y, en su caso, por cuál bacteria. En este caso, el cultivo se demoró varios días y, por eso, su resultado, diagnosticándose infección por *campylobacter*, se tuvo siete días después del período temporal antes indicado.

Ciertamente, puede aceptarse que el diagnóstico inicial fuera, en principio y por los síntomas, el de gastroenteritis, siendo tratada como tal sin más. Y también es correcto que, por la condición del enfermo y preventivamente, se tomaran muestras de heces para cultivo, haciéndose el día del ingreso, haciéndosele seguimiento porque el enfermo era inmunodepresivo por su estado y tratamiento, siendo vital su resultado. Pero éste, sin explicación o justificación, no sólo no se obtuvo rápidamente, sino que, con mucho, se dilató, dificultándose conocer el diagnóstico verdadero y, por ende, el tratamiento adecuado a la infección existente, cuando ello pudo lograrse, con lo que comporta, en 48 horas.

Como reconoce el Servicio, el paciente era de alto riesgo de infección por lo expuesto, por lo que, siendo correcta la toma de muestra por ello, indicativa además de que la gastroenteritis se consideraba que podía ser infecciosa y, en particular, generada por *campylobáct*, también es claro que era perentorio conocer esta eventualidad de inmediato para proceder en consecuencia, siendo vital en este caso ese conocimiento. Pero resulta que, pudiéndose obtener el resultado en 48 horas, se obtuvo en el triple de tiempo, de modo que se alcanzó el diagnóstico correcto tardíamente y, por consiguiente, se retrasó mucho el tratamiento apropiado, no deteniéndose debidamente la evolución de la infección y, como se dice en Informe emitido, las complicaciones, ya patentes antes, de hemorragias, digestivas y al parecer también cerebrales, se acrecentaron sin control adecuado hasta hacerse incontrolables y causal el fallecimiento.

Lo cierto es que, aunque el paciente tuvo una respuesta inicial positiva, dadas las características del medicamento pautado al principio, luego, al no ser éste el correcto para la infección por *campylobáct*, se deterioró rápidamente, con los problemas descritos que exigieron pruebas adicionales y hasta cirugía, hasta aparecer graves hemorragias múltiples y la muerte. Así, no dio resultado, supuestamente por tardío, o no teniendo oportunidad de darlo en estas circunstancias, el tratamiento que, por fin, se instauró para eliminar la bacteria y detener la infección y sus efectos, máxime en un paciente de alto riesgo y, efectivamente, con inmunodepresión.

Por tanto, es determinante el injustificado retraso en el cultivo y su resultado, por demora en el envío al Servicio de Bacteriología, dificultades o características del cultivo y su análisis o por demora en el funcionamiento de dicho Servicio por algún motivo. Todo ello, no ajustado al funcionamiento adecuado del servicio, especialmente en el caso que nos ocupa.

3. Tampoco es asumible la respuesta del informe del Servicio de Nefrología, antes transcrita, sobre la existencia o no de obras cerca de la habitación del paciente, incluso en la apreciación, sin justificación alguna, de que, de haberlas, su influencia para infección por *campylobácter* es despreciable.

Ciertamente se ha dicho antes por el informante que la infección se considera no nosocomial, al ser su origen esta bacteria y visto el cuadro clínico del paciente al ingresar, cabiendo decir ahora que ya estaba infectado. Pero estas afirmaciones deben completarse, reforzando el argumento al respecto en el sentido de que esta bacteria no es hospitalaria en absoluto y de que no pudo haber infección por ella añadida a la gastroenteritis inicial, pues es notoria la potencialidad infecciosa en Centros hospitalarios, incluso también por *campylobácter* eventualmente, generada por obras en ellos, especialmente las incontroladas o no aseguradas al respecto y, en especial e incluso controladas, cerca de enfermos de alto riesgo.

4. Cabe advertir que, seguramente, debiera resolverse la aparente contradicción entre los informes de Nefrología y de Anestesiología sobre la causa inmediata de la muerte del paciente, indicando cada uno, en el sentido ya expuesto, que ocurrió por hemorragia digestiva o intestinal, o bien, por hematomas cerebrales no subsidiarias a cirugía, habiendo sido en efecto operado el paciente, teniendo tales hemorragias y las otras características descritas.

Sin embargo, a los efectos que aquí importan, ha de observarse que, en este caso y por los datos aportados por los especialistas intervinientes, cabe asumir que el paciente tuvo, al tiempo o, posiblemente, en distintos momentos, hemorragias en el intestino y en otros lugares de su cuerpo, incluido el cerebro, contribuyendo todas, o algunas más y otras menos, a su fallecimiento.

V

1. En todo caso, lo relevante al respecto es que todo este proceso hemorrágico, empezando por el digestivo y, en su caso, terminando por el cerebral, se conecta a la infección por *campylobácter* y es resultado de su evolución imparable. Y cabe concluir, a la vista de la información disponible que existe diagnóstico indebidamente

tardío, con los efectos que luego comportó acreditadamente, tanto desde el inicio de la asistencia, dados los síntomas y la condición del paciente y su consecuencia del alto riesgo de infección, nosocomial o no y por campylobácter o por otra bacteria, como luego por demora con el envío, análisis o resultado del cultivo de heces; o bien, incluso, y aunque ello parece descartable habida cuenta del resultado finalmente positivo de dicho cultivo de heces obtenidas al ingreso, por actuación bacteriana en un enfermo inmunosuprimido y con gastroenteritis procedente de obras cercanas a su habitación.

2. En cualquier caso y sin ser óbice a lo antedicho, tampoco ha de dejarse sin respuesta, especialmente si tuviere conexión con el proceso infeccioso y su tratamiento, tardío sin duda, del paciente, la cuestión relativa a la alegación de la reclamante de que a su marido le pautaron un medicamento no autorizado, al parecer experimental, y que ella debía autorizar en su aplicación, sin haberlo hecho, pues debe determinarse si, sobre todo en estas supuestas circunstancias, tal aplicación se produjo, cuando y por qué motivo se hizo, así como qué resultado tuvo.

Lógicamente, si éste contribuyera al fatal desenlace ocurrido, potenciándose la evolución de la infección y, en su caso, que las hemorragias se extendieran y produjeran el problema cerebral finalmente producido y causante, ya sin remedio, de la muerte del paciente, también habría responsabilidad por este motivo.

3. Por tanto, en los términos y por la causa que se expresan en este Dictamen, existe relación de causalidad entre el funcionamiento, insuficiente, del servicio y el daño sufrido por el paciente, debiéndose en consecuencia estimar la reclamación presentada de modo acorde con lo antes señalado.

Por consiguiente, ha de indemnizarse a la interesada en la cuantía correspondiente, aplicando las Tablas del seguro de responsabilidad civil por fallecimiento, minorándose la cantidad en un 50% habida cuenta del estado del paciente y del hecho de que el paciente recibió asistencia, aunque insuficiente o tardía.

Además, en aplicación del art. 141.3 LRJAP-PAC, ha de actualizarse la cantidad resultante.

CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución no es conforme a Derecho, procediendo estimar parcialmente la reclamación e indemnizar a la interesada según se expone en el Fundamento V.3.