



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 2 3 4 / 2 0 1 3

(Sección 2ª)

La Laguna, a 27 de junio de 2013.

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 D.G.G. en su propio nombre y en nombre y representación de D.G.P., N.M.G.G. y F.G.G., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 233/2013 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. Mediante escrito de 21 de mayo de 2013, la Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias interesa de este Consejo preceptivo dictamen por el procedimiento ordinario, al amparo de 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 de Canarias, y 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP), aprobado por R.D. 429/1993, de 26 de marzo, en relación con la Propuesta de Resolución del procedimiento de reclamación de indemnización por responsabilidad patrimonial, incoado a instancia de D.G.G. -en nombre propio y en representación de su madre (D.G.P.) y hermanos (N.M.G.G. y F.G.G.), los interesados- por el fallecimiento de su padre y marido a resultas de la mala praxis clínica que supone conceder un alta prematura y programar tardíamente la siguiente cita, falleciendo en el ínterin.

2. Es la segunda ocasión que este asunto se somete a la consideración de este Consejo. En el Dictamen anteriormente emitido (DCC 213/2009, de 14 de mayo) se consideró preciso "solicitar la emisión de los informes necesarios para aclarar las cuestiones planteadas por los reclamantes en sus alegaciones". Tras la retroacción

* **PONENTE:** Sr. Belda Quintana.

acordada, se han incorporado a las actuaciones los informes del Jefe de la Sección de Neumología, de 23 de marzo de 2011, del Jefe del Servicio de Neurocirugía, de 29 de marzo de 2011, del Jefe del Servicio de Urgencias, de 29 de septiembre de 2011 y 11 de julio de 2012, y del Servicio de Inspección, de 27 de agosto de 2012. Consta asimismo la realización del trámite de audiencia concedido a los reclamantes, que presentaron alegaciones en escrito de 7 de noviembre de 2012.

3. Por lo que atañe al procedimiento seguido, y sin perjuicio de remitirnos para detalles al dictamen emitido anteriormente, se hace constar que el procedimiento ha sido iniciado en nombre propio y en representación de otros familiares del fallecido por persona legitimada para ello (arts. 4.2 y 6.1 RPAPRP), mediante la presentación del correspondiente escrito de reclamación en el plazo de un año dispuesto por el art. 4.2 RPAPRP. Tras trámite de subsanación, cumplimentado por los interesados, el procedimiento se instruyó de conformidad con lo reglamentariamente previsto (art. 14.2 RPAPRP), habiéndose emitido el preceptivo informe del Servicio afectado (art. 10.1 RPAPRP), que resultan ser los de Neumología y Neurocirugía, y habiéndose dado cumplimiento a los trámites probatorio (art. 9 RPAPRP), audiencia de parte (art. 11 RPAPRP), e informe del Servicio Jurídico [art. 20.j) del Decreto 19/1992, de 7 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio].

4. Cierra el procedimiento, la preceptiva Propuesta de Resolución, nuevamente desestimatoria de la reclamación presentada.

II

1. Los reclamantes fundan su pretensión de resarcimiento en los siguientes hechos:

El 27 de mayo de 2003, B.G.T. ingresa de Urgencias en el Hospital Universitario Insular de Gran Canaria por "alteraciones de las funciones corticales superiores de unos dos meses de evolución". Tras realización de Rx, TAC y ECG, fue intervenido el 4 de junio de craneotomía fronto-temporal, extirpándosele totalmente un meningioma, sin complicaciones postoperatorias, aunque queda en observación por edema hasta que recibe el alta el 1 de julio de 2003.

El 3 de agosto de 2003, B.G.T. acude al Servicio ambulatorio refiriendo "febrícula y tos seca" desde el 22 de julio, que se convierte el 25 en "dificultad respiratoria y fiebre alta". Su estado empeora pese al tratamiento, por lo que ingresa en el Servicio de Urgencias del Hospital y en la UMI, presentando en 24 horas "progresivo

deterioro respiratorio y hemodinámico” precisando intubación y ventilación mecánica recibiendo tratamiento antibiótico, al que reacciona, pasando finalmente a planta de Neumología. El diagnóstico fue de “neumonía de la comunidad grave, insuficiencia respiratoria aguda grave resuelta, ventilación mecánica”. Recibe el alta el 22 de agosto de 2003, al presentar constantes normales, con nueva cita en el Servicio de Neumología el 26 de marzo de 2004.

Esta tardanza en la nueva cita motiva que su hija D.G.G. interesara el 25 de agosto de 2003 de la Dra. C.S.R., que atendía al paciente, explicación de tal retraso, recibiendo como respuesta que pusiera una reclamación, que en efecto formula el 24 de octubre de 2003. El 29 de agosto, se interesan las mismas explicaciones del Jefe del Servicio, quien avala la actuación de la citada Doctora y remite al paciente al médico de cabecera.

El 4 de septiembre de 2003, el paciente es de nuevo ingresado en el Servicio de Urgencias por fiebre, comprobándose que persistía la neumonía. Se cambia el tratamiento y se le da nueva cita en tres días. El 9 de septiembre de 2003, ingresa en la UMI del Hospital Insular donde falleció el 14 de noviembre de dicho año, con diagnóstico de “neumopatía intersticial sin filiar, neumonía por *pseudomona aeuriginosa*”.

2. Según los reclamantes, en este periodo de 45 días fueron varios los diagnósticos (tumor pulmonar, sarcoidosis, fibrosis pulmonar y enfermedad intersticial), debiéndose realizar al paciente una traqueotomía, que sufrió un neumotórax y una infección nosocomial por *pseudomona acitobacter*, neumococo. El 15 de septiembre, se le pide una explicación a la Dirección Médica del citado Hospital, sin respuesta.

Los reclamantes cuestionan que se diera el alta al paciente sin esperar un mínimo de 48 horas para ver el efecto de la medicación oral, sin consejos de alta, ni tratamiento de continuación, ni fisioterapia respiratoria, y con una gasometría arterial de PO₂ de 41 y saturación del 79%.

3. El informe emitido por el Servicio de Neumología evacuado aborda las cuestiones planteadas por la reclamante en su escrito inicial y por extensión en la denuncia penal de los hechos. Del mismo resulta que la saturación del paciente era del 89%; fue tratado con antibióticos durante su estancia en la UMI contra la neumonía, reaccionando bien al tratamiento y recuperando constantes de normalidad, por lo que fue evacuado a planta; en contra de lo que dice la

reclamante, el paciente fue valorado los días 16, 18, 19, 20, 21 y 22 de agosto por diversos doctores del Servicio; se le explicó a los parientes la buena evolución del enfermo y el "tratamiento a seguir en el domicilio" y con la recomendación de que se diera cita en el Servicio de Neumología "a partir de un mes"; fue el Servicio de Admisión el que, "al estar la agenda totalmente saturada", fijó la nueva consulta para 7 meses más tarde (el 26 de marzo de 2004); no obstante, el nuevo ingreso se produjo el 9 de septiembre, 18 días después del alta, por lo que esa dilación es irrelevante a los efectos de la presente reclamación; en caso de neumonías adquiridas en comunidad, "no está indicado realizar un tratamiento de continuación"; el dato de la gasometría no arterial no es relevante por sí sólo, porque "dicho dato no concuerda con el estado clínico del paciente"; dadas las circunstancias del enfermo, "no era necesario" que estuviera un mínimo de 48 horas para ver si hacía efecto la medicación oral; tampoco lo era la "fisioterapia respiratoria", aunque el paciente "puede realizar en su domicilio los ejercicios indicados por el médico rehabilitador y el fisioterapeuta"; el buen estado del paciente se acredita por la Rx realizada el 20 de agosto, 17 días después del ingreso y dos días antes del alta; y se cumplió con el protocolo de alta.

4. De la testifical evacuada en la persona de la doctora C.S.R., resulta que: el paso de medicación intravenosa a oral era signo de buena evolución; por ello, no era necesario que el paciente siguiera ingresado; que aún así estuvo 24 horas más en el Centro; que el alta era consecuencia del estado de mejoría del enfermo; que la indicación de nueva consulta se hizo como "paciente de revisión" sin que la situación del mismo -intervenido previamente de otra patología- tuviera encaje en los demás grupos de pacientes; y que fue el Servicio de Admisión el que asignó la nueva fecha de consulta.

5. Abierto trámite de audiencia, comparece la parte mediante escrito de 2 de agosto de 2005, rebatiendo el informe del Servicio de Neumología. Al margen de indicar que las consideraciones efectuadas por el citado informe son de índole general -es decir, sin concreción en las condiciones singulares del paciente "inmunodeprimido al tener un tratamiento crónico de corticoides", por lo que no se le podía tratar como un paciente que no tuviera ese tratamiento-, no hay constancia de ejercicios recomendados de fisioterapia respiratoria al alta; no consta informe de Rehabilitación no recomendando fisioterapia respiratoria; el día del alta se le había suministrado al paciente la medicación por vía intravenosa en el desayuno, por lo que "no es que se esperara las 24 horas para ver la evolución, sino que el tratamiento vía oral del medicamento comenzó en el domicilio del paciente"; si los resultados de la

gasometría no arterial realizada el día del alta no correspondían con los síntomas del paciente, por qué no se le realizó una nueva gasometría; y en el informe del Servicio de Urgencias del 4 de septiembre se indica que el paciente presentaba “infiltrado intersticial”, que persiste el 9 “con predominio basal”, lo que significa un empeoramiento del estado del enfermo, lo que aconsejaba asegurar la eficacia del tratamiento oral.

6. Del informe del Jefe del Servicio de la U.M.I., no fechado, resulta que el paciente -“inmunocomprometido ya que toma corticoides crónicamente”- ingresó con una “neumonía severa” a cuyo tratamiento tuvo “pobre respuesta” dado su déficit inmunológico, lo que llevó al paciente a una “neumopatía intersticial”, que acabó con la muerte, que “está relacionada con la enfermedad de base y sus complicaciones”.

7. El 11 de abril de 2007, se formula Propuesta de Resolución por la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud, desestimando la reclamación. Solicitado dictamen a este Consejo Consultivo de Canarias, por el mismo se pide informe completo del Servicio de Inspección y Prestaciones sobre “(...) la causa de la muerte del paciente en relación con las causas de su ingreso en el Hospital Insular, así como el tratamiento asistencial recibido y la idoneidad del mismo (...)”. El 10 de junio de 2008, se emite informe del Servicio de Inspección y Prestaciones en el que, además de la habitual secuencia clínica, precisa que la causa de la muerte, imputada por el informe de la autopsia al *pneumocystis carinii*, no fue detectada en ninguno de los dos ingresos por neumonía, por lo que el “agente infeccioso que motivó el primer ingreso no fue el mismo que el causante de la muerte”.

8. Abierto nuevo trámite de audiencia para que la parte se pronunciara sobre el antedicho informe, presenta alegaciones en escrito de 28 de julio de 2008, insistiendo en que el fallecimiento fue debido a la no consideración del estado de inmunodepresión de su padre, a su alta prematura y a deficiencias relativas a la gasometría. También apunta a cierta descoordinación con el Servicio de Neurocirugía en relación con la dosis de corticoides a suministrar al paciente, que no se subsanan hasta el 18 de agosto de 2003 -por ello, consideran que el Servicio de Neurocirugía debiera pronunciarse como Servicio relacionado con este aspecto-, oponiéndose a la consideración de que la causa del ingreso es distinta de la de la muerte, pues en el informe de alta de precisa “neumonía de la comunidad grave sin filiar”.

Consideran asimismo que tampoco se ha dado respuesta a anteriores objeciones relativas a: la no constancia de ejercicios recomendados de fisioterapia respiratoria al alta; a la inexistencia del informe de Rehabilitación no recomendando fisioterapia respiratoria; el comienzo de tratamiento por vía oral que comenzó en el domicilio, pues el día del alta se le había suministrado la medicación por vía intravenosa en el desayuno; la razón por la que -dadas las circunstancias del paciente, el origen de sus infecciones y el hecho de haber sufrido cierta operación y, luego, una neumonía grave- no se pautó un tratamiento específico y un seguimiento más cercano del paciente una vez operado o, al menos, tras darle el alta después de la primera infección; y, sobre todo, el motivo por el que, tras sufrir la segunda neumonía y, por tanto, reincidente en apenas un mes de plazo, no se consideró su ingreso al Hospital en vez de ser remitido a casa, desde donde regresó a la UMI cuatro días más tarde.

9. Tras la retroacción acordada, se incorporan a las actuaciones el informe, de 23 de marzo de 2011, del Jefe del Servicio de Neumología, con el siguiente alcance:

Sobre que "no hay constancia de ejercicios recomendados de fisioterapia respiratoria al alta ni del informe de rehabilitación no recomendado fisioterapia respiratoria", se informa que el paciente seguía tratamiento fisioterápico respiratorio desde su ingreso en UMI, que se continuó durante su estancia en planta de Neumología. Pero al tratarse de una patología aguda en resolución no está indicada la fisioterapia respiratoria domiciliaria tras el alta hospitalaria, lo que es acorde a las evidencias científicas disponibles en la actualidad, por lo que no se recomendó en el informe de alta hospitalario.

Respecto de que "el tratamiento por vía oral lo comenzó en el domicilio, se informa -"al margen de que "no existe evidencia científica que demuestre diferencia de efectividad del tratamiento antibiótico intravenoso versus oral en paciente con dieta oral y con buena evolución clínica"- que tras la suspensión progresiva y retirada del tratamiento de tobramicina y piperacilina-tazobactam con fecha 19 de agosto de 2003, el 20 de agosto se pasa a la claritromicina intravenosa a oral (antibiótico de "muy alto espectro al tratarse de un neumonía adquirida en la comunidad grave", en tratamiento hasta el 25 de agosto de 2003, fecha de "finalización del tratamiento") y el 21 de agosto se pasa del Fluconazol intravenoso a oral con suspensión posterior ("manteniéndose el paciente estable en todo momento y afebril con buena evolución"). Por ello, como el paciente fue dado de alta hospitalaria el 22 de agosto

de 2003, "no es cierto que no se pasara el tratamiento antibiótico intravenoso a oral previa al alta".

Precisa asimismo que "no se encontró germen causal pese a la múltiple toma de muestras de hemocultivos (...) y serologías para todos los gérmenes posibles causantes de neumonía adquirida en la comunidad".

Sobre la razón por la que no se pautó tratamiento específico y un seguimiento más cercano del paciente una vez operado o al menos tras darle el alta después de la primera infección, se indica que el seguimiento post-quirúrgico debe ser informado por el Servicio de Neurocirugía.

No obstante, se informa que tras el alta hospitalaria (1 de julio de 2003), el paciente fue visto en consultas externas de dicho Servicio el 21 y 25 de julio por lo que "sí se realizó un seguimiento y tratamiento adecuado". Respecto a la falta de "tratamiento específico", el paciente tuvo un "tratamiento antibiótico de amplio espectro adecuado y completo". Respecto al seguimiento tras el alta del proceso neumónico, se observa que al alta el paciente se encontraba "asintomático, estable clínicamente, afebril y con una radiografía de tórax de fecha 20 de agosto, (previa al alta) informada por el Servicio de Radiología como "discreto aumento de la trama bronco-vascular basal izquierda en relación al proceso neumónico en resolución. Cardiomegalia sin otros hallazgos radiológicos significativos", radiografía de tórax que evidencia una importante mejoría radiológica respecto a la radiografía de ingreso".

Tras el alta hospitalaria de la Sección de Neumología, como en cualquier otra alta hospitalaria, el paciente debía acudir a su médico de Atención Primaria de su correspondiente Centro de Salud. Asimismo, el paciente tenía cita en consulta externa de Neurocirugía, a la que acudió el 25 de agosto, tres días después del alta. Para seguimiento por la Sección de Neumología, se citó al paciente tras el alta en el "primer hueco de cita libre de su médico responsable en planta", cita que consta en el informe de alta de la Sección de Neumología de fecha 22 de agosto.

Respecto del motivo por el que tras sufrir la segunda neumonía -y por lo tanto "reincidente en apenas un mes de plazo- no se consideró su ingreso al llegar al hospital siendo remitido a casa siendo después ingresado en la UMI "al volver el enfermo cuatro días más tarde", se informa que tales "decisiones son posteriores al alta de la Sección de Neumología y no competieron a dicha Sección, sino al Servicio de Urgencias". Indica que el paciente acudió al Servicio de Urgencias el 4 de septiembre de 2003 asintomático por con "cuadro febril", aunque no se objetivó

fiebre durante su estancia en el Servicio de Urgencias. Tras ser valorado por el facultativo de dicho Servicio (realizándose radiografía de tórax, analítica y electrocardiograma), cursó alta siendo remitido a consultas externas de Neumología con el diagnóstico de “síndrome febril en evolución y pautándose tratamiento antibiótico y antitérmico al no objetivarse criterios de gravedad y considerar los mínimos hallazgos radiológicos (enfermedad intersticial de predominio en bases), clínicos y analíticos compatibles con neumonía en resolución”. Sin embargo, no llega a acudir a Neumología (“no consta que se haya solicitado dicha cita”) al acudir de nuevo al Servicio de Urgencias el 9 de septiembre de 2003, donde es ingresado por “posible neumonía grave de origen nosocomial” (cuadro clínico de “nueva instauración y diferente al que fue la causa del ingreso previo de 3 de agosto de 2003”) y de ahí a la UMI.

10. El informe del Jefe del Servicio de Neurocirugía, de 28 de marzo de 2011, tiene el siguiente alcance:

Tras diagnóstico de meningioma, el paciente fue tratado quirúrgicamente haciéndose una extirpación total, pasando el postoperatorio inmediato en la Unidad de Medicina Intensiva, permaneciendo 48 horas sin que presentara complicaciones. En planta, el TAC cerebral de control muestra un edema cerebral. Por este motivo, se le mantuvo ingresado con tratamiento de esteroides y anticomiciales. El 6 de junio de 2003, presenta un estado de subreactividad general con inquietud psicomotora, fiebre y hemiparesia izquierda más marcada. Tras nuevo TAC cerebral, se observó un “aumento del edema cerebral postoperatorio”. Por tal motivo “se mantiene tratamiento con diuréticos osmóticos, esteroides a dosis altas y anticomiciales”, pues los edemas en algunos de estos pacientes “se hacen malignos y que pueden ser irreversibles”.

El paciente se recuperó en los días sucesivos completamente, de forma que el día del alta el paciente está “completamente normal, afebril, con la herida seca y comenzando tratamiento rehabilitador”. Se le dio el alta con dosis de Fortecortín a razón de 6 mg. vía oral cada 12 horas. Cuando el paciente reingresa con neumonía y trastornos respiratorios grave agudo en la UMI en agosto de ese mismo año, continuaba tomando Fortecortín en dosis sucesivamente en proceso de retirada por lo que tomaba ya la mitad de dosis 3 mg. cada 12 horas que es lo habitual que se hace con los pacientes que tiene edema cerebral postoperatorio. Efectivamente los corticoides producen inmunodepresión, pero como el paciente mantenía el edema su administración “era indispensable” para su control. El edema cerebral no tratado en

este tipo de pacientes es “progresivo y también llega a la muerte, motivo por el que nos vemos siempre en la obligación de dar tratamiento con esteroides a dosis altas”.

11. El 30 de septiembre de 2011, el Jefe del Servicio de Urgencias, emite un primer informe del que resulta que “si se hubiese accedido a la historia del paciente donde consta aislamiento vía respiratoria de una pseudomona de la última estancia en UMI, el ingreso se hubiese producido”. En nuevo informe de 11 de julio de 2012, se reitera el informe anterior y dice que “ante la mejoría gasométrica de le da el alta con antibioterapia”, y que “se actuó de acuerdo con lo establecido”, suprimiéndose lo relativo al acceso a la historia clínica del paciente.

12. El informe del Servicio de Inspección, de 27 de agosto de 2012, tiene como contenido el de los antedichos informes.

III

Mediante escrito de 7 de noviembre de 2012, los reclamantes presentan escrito de alegaciones mediante el que solicitan respuesta expresa a varias cuestiones que dicen no resueltas. A saber:

A. El paciente no estuvo en la UMI 48 horas, sino mucho menos (de las 16.30 horas del día 4 de junio de 2003 a las 20.00 horas del día 5 del mismo mes). Puede que se trate de un error. En cualquier caso, lo relevante no es la discrepancia sino si esa estancia, durara lo que durara, fue la debida o si, por el contrario, fue determinante de alguna forma en el curso posterior de los hechos.

B. Ausencia de registro de aplicación del Fortecortin entre el 12 y el 18 de junio de 2003, “suspendiéndose repentinamente”, por lo que se agravó el edema. Cuando se reanudó el tratamiento lo fue a “dosis superiores” (de 4 mg. a 6 mg. cada 8 horas), preguntándose si este hecho (que los reclamantes califican como de “error en la administración de la medicación”) alargó su proceso y comprometió su estado de inmunodepresión. Sin embargo, en el mismo escrito indican que el día 13, en la UMI, recibía 4 mg. cada 24 horas y que cuando fue llevado a planta se le aplicó el tratamiento del día 9, cuando el 11 la dosis había sido rebajada a 2 mg. cada 24 horas. Teniendo en cuenta que el paciente fue dado de alta con recomendación de tratamiento en “dosis sucesivamente en proceso de retirada”, debe comprobarse esta secuencia de tratamiento (día de prescripción, dosis y duración), si en efecto hay una discrepancia por descoordinación de Servicios y en tal caso qué efecto tuvo o pudo tener en la evolución clínica del paciente.

C. Ausencia de informe del Servicio de Rehabilitación sobre la no necesidad de rehabilitación tras alta. No existe tal informe, pese a que se ha solicitado. Claro que sí se informa que el paciente tuvo rehabilitación durante su estancia hospitalaria y que la rehabilitación doméstica no está pautaada al tratarse en este caso de una "patología aguda en resolución". Desde luego, un especialista en Neumología parece tener la competencia necesaria para determinar cuándo procede o no rehabilitación y en aquel caso de qué tipo y durante cuánto tiempo. El Servicio de Rehabilitación solo puede certificar un hecho negativo, pues la pauta de la rehabilitación la indica el Servicio de Neumología. No parece pues imprescindible la aportación de tal informe, que no existe. Claro que como también se dice que en este caso la pauta de rehabilitación "no está indicada" según "evidencias científicas disponibles en la actualidad" y resulta que los reclamantes solicitan, caso de que no proceda tal pauta, se les indique "referencias bibliográficas y evidencias científicas" de ello, así se debería proceder.

D. Pese a ser alegado anteriormente por los interesados, los informes complementarios emitidos nada dicen sobre el hecho de que los valores gasométricos al alta de 22 de agosto se encontraban "fuera de la normalidad" -durante el internamiento fueron mejores-; sin embargo, se dice que el paciente recibe el alta al "presentar constates normales". Debe darse respuesta expresa a esta aparente contradicción previa aclaración de los valores gasométricos y si su errónea apreciación pudo tener influencia en el curso de los hechos. Se recuerda que en el primer informe de Neumología se decía que "el dato de la gasometría no arterial no es relevante por sí sólo, porque "dicho dato no concuerda con el estado clínico del paciente", alegándose en dicho informe que "la gasometría arterial basal del alta es una gasometría no arterial de sangre venosa mixta, hecho que ocurre con bastante frecuencia al extraer sangre de la vena radial y no de la arteria". Lo que indica, al menos, el reconocimiento de una discordancia, que se resolvió no mediante la realización de una nueva gasometría, sino con el alta.

E. Los reclamantes se quejan de que siguen "sin recibir los resultados de la 2ª muestra de serología para filiar el agente infeccioso", sin que el informe del Servicio de Neumología contenga información al respecto. La queja es que se dio un alta "prefijada" sin esperar a "terminar el tratamiento en el hospital" ni el "resultado de las pruebas". Si es así, resulta contradictorio con que se diga que "todas las pruebas realizadas resultaron negativas sin poder filiar el germen causal". No obstante, en la historia clínica (informe de alta de fecha 22.08.03, folios 5 y 6 del expediente) constan las serologías de neumonías atípicas realizadas, que fueron todas negativas,

así como hemocultivos con resultado negativo y cultivo aerobio de bas, lavado broncoalveolar negativo y, en concreto, consta *Pneumocistis carini* en lavado broncoalveolar, que fue negativo.

F. Finalmente, consideran los reclamantes que los informes del Servicios de Urgencias son inaceptables en su contenido, ya que no dan respuesta a los problemas de "coordinación de información" ni a por qué "no se consideró el ingreso" del paciente dado su estado y precedentes. Sin embargo, se recuerda que tal Servicio informó que "si se hubiese accedido a la historia del paciente donde consta aislamiento vía respiratoria de una pseudomona de la última estancia en UMI, el ingreso se hubiese producido". Lo que evidencia la descoordinación denunciada. Debe explicarse la razón técnica de tal descoordinación: es decir, el no acceso por el Servicio de Urgencias a la historia de un paciente como éste y qué efectos pudo tener ese no ingreso en el curso posterior de los hechos.

IV

1. Ciertamente, como dijera el Consejo en el dictamen emitido 213/2009, "el trámite de audiencia no se puede reiterar *ad eternum*, pero, si con ocasión del mismo, se aportan elementos nuevos de queja o de crítica deben ser evaluados y razonados en su desestimación"; sobre todo, habría que añadir, cuando se trata de quejas manifestadas en trámites anteriores de alegaciones que no ha tenido expresa respuesta.

No está de más recordar que este Consejo no posee pericia médica. Valora los hechos de conformidad con lo que resulta de las actuaciones y, por ello, puede y debe evidenciar la información contradictoria, los vacíos de información, las dudas no resueltas y las alternativas y opciones no explicadas. Los hechos, una vez que hayan sido determinados, deben atenderse y considerarse de conformidad con la lógica, la *lex artis* del caso y los conocimientos científicos de mayoritaria aceptación a los fines que aquí importan.

La función de este Consejo, se recuerda, es tanto el control de legalidad de la Administración como la defensa de los derechos de los interesados y la corrección de los procedimientos instruidos. En este sentido, se insiste en el deber de la Resolución de contestar razonadamente las cuestiones suscitadas por las partes y las que se desprendan del expediente (art. 89.1 LRJAP-PAC).

2. En el presente caso, el paciente fallecido fue intervenido el 4 de junio de 2003 de craneotomía fronto-temporal, extirpándosele totalmente un meningioma, sin constar complicaciones postoperatorias, aunque queda en observación por edema cerebral hasta que recibe el alta el 1 de julio de 2003. Se le administran altas dosis de corticoides (Fortecortin) con el fin de controlar el citado edema, que en algunos casos puede ser mortal, si bien una de las consecuencias de dicha medicación es la depresión del sistema inmunitario. A la vista de los distintos informes obrantes en el expediente y de la historia clínica, a pesar de la laguna en cuanto a la administración del citado medicamento entre los días 12 a 18 de junio de 2003, entendemos que el tratamiento recibido hasta el alta recibida el 1 de julio es conforme a la *lex artis*, en cuanto que la evolución del citado edema podía suponer un riesgo vital de fatal desenlace, aun cuando tuviera el efecto secundario antedicho, quedando el paciente efectivamente inmunocomprometido.

En cuanto al ingreso en el Servicio de Urgencias del día 3 de agosto de 2003 y posterior traslado a la UMI, con neumonía grave, la atención médica y el tratamiento recibido hasta su alta el día 22 de agosto, fueron correctos, sin existir datos para considerar otra cosa, dado que se le realizaron todas las pruebas diagnósticas posibles para identificar al agente patógeno causante de la infección. En todo caso, si bien no fue detectado, como al parecer puede suceder en un alto porcentaje de las neumonías de la comunidad, a salvo del resultado de la prueba pendiente, se descartó concretamente que fuese el agente causante de la muerte; esto es, el *neumocystis carinii*.

Así, el SIP hace constar que *el* informe médico forense concluye que existió un cuadro de sepsis grave producto de una neumonía por tal agente, pero, en los dos ingresos del paciente por insuficiencia respiratoria aguda, secundaria a neumonía, el estudio microbiológico objetivó negatividad al mismo. Se trata de un microorganismo oportunista en estado de inmunodeficiencia tanto congénita como adquirida, de modo que se considera que la condición del paciente, su inmunodepresión, permitió la infección y potenció la evolución de su cuadro durante la estancia en la UMI. Es más, según informe del Jefe de esta Unidad, durante su estancia en ella sufrió diversas infecciones pulmonares, con pobre respuesta al tratamiento por su situación basal de déficit inmunológico.

3. En resumidas cuentas, resultó que el paciente, tras el oportuno tratamiento antibiótico, se recuperó de su primer episodio de neumonía, dándosele el alta el 22.08.03, y, pese a la extraña gasometría, cuyo resultado anómalo trata de

explicarse en informe del Jefe de Sección de Neumología, en relación con la extracción de sangre de la vena radial en lugar de la arteria, pues presentaba, pese a ello y en función de tal explicación, constantes normales y estaba estable, asintomático, afebril, eupneico, sin cianosis y con buena función respiratoria. Además, según radiografía de tórax efectuada el 20 de agosto, evidenciaba un proceso neumónico en resolución y una importante mejoría respecto de la radiografía de ingreso.

Sin embargo, no puede compartirse la consideración de adecuada al caso la decisión de dar al paciente el alta sin más prevención que seguir con la medicación oral cierto escaso tiempo y ser controlado varios meses después, plazo que, en realidad sería por problemas del Servicio casi de un año, aunque, de hecho, esta demora no sea relevante a los fines que interesan, en los términos que se dirán.

En efecto, aun cuando consideradas aisladamente la gasometría extraña y la radiografía de tórax que mostraba restos del proceso neumónico, pudiera ser que no obstaran, en principio, a entender correcta razonablemente, el alta del paciente por su correcta evolución, en las condiciones indicadas, no puede negarse que, consideradas conjuntamente y, a mayor y decisivo abundamiento, la situación de una elevada inmunodepresión del paciente, tal entendimiento no resulta aceptable. Esto es, exigirían estos factores que se pautara un periodo de observación hospitalaria mayor o un seguimiento extrahospitalario mucho más estrecho y cercano, ante un presumible nuevo proceso infeccioso o, más probablemente y como de hecho ocurrió pocos días después, el paciente recayera y se reprodujera la neumonía en recuperación. Esta decisión sin duda colocó al paciente en una situación de evidente riesgo objetivo de infección o recaída que el Servicio de Neumología no valoró adecuadamente, y que ha de reputarse, a la luz de los hechos y los datos disponibles, de actuación inadecuada que genera un daño que el paciente no ha de soportar.

En cualquier caso, cuando el paciente volvió a acudir al Servicio de Urgencias el día 4 de septiembre de 2003 por un proceso febril, a pesar de los escasos síntomas aparentemente mostrados durante el periodo de observación, habida cuenta el riesgo para contraer o reproducir la infección, debió ser remitido al Servicio de Neumología inmediatamente, máxime conocidos los antecedentes inmediatos de neumonía -que debían constar en el propio Hospital- y de la historia clínica, con esos datos y la previa intervención para extirparle el meningioma con tratamiento con inmunodepresores. En este sentido y por este concreto motivo cabría hablar de una

pérdida de oportunidad curativa, sin poderse afirmar si, efectuadas las pruebas diagnósticas pertinentes y el subsiguiente tratamiento, se hubiera podido controlar el proceso neumónico presentado y, en consecuencia, evitar una estancia prolongada en UMI que permitió la ulterior infección por neumocystis carinii y la sepsis generalizada subsiguiente que llevó al paciente a su fallecimiento. Pero dicha causa limitada de responsabilidad, que procede apreciar en cualquier caso, viene suplementada por la previa y determinante antes expresada, completando la exigencia de responsabilidad hasta hacerla plena.

4. La responsabilidad de las Administraciones públicas (art. 106 CE) hace que los ciudadanos deban ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos salvo los casos de fuerza mayor, siempre que sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos (art. 139 LRJAP-PAC) y el daño sea efectivo, evaluable económicamente e individualizado y que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar. Se trata de una responsabilidad objetiva o de resultado, aunque es imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo. Cuando de responsabilidad sanitaria se trata, a la Administración solo le es exigible la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, del uso de los medios exigibles al caso debidamente aplicados y ejecutados en sus resultados, sin poderse exigir otra cosa y, es claro, la sanación en todos los casos. En esta línea se ha de inscribir la denominada "pérdida de oportunidad", situación que permite una respuesta indemnizatoria en los casos en que se ha generado incertidumbre en torno a la secuencia que hubieran tomado los hechos de haberse seguido el servicio otros parámetros de actuación, médicamente contratados y razonablemente exigibles en el caso del que se trata, de modo que las circunstancias concurrentes así lo permiten considerar, evitándose las consecuencias dañosas producidas potencialmente.

El Tribunal Supremo (STS de 7 de julio de 2008) afirma que la privación de expectativas en que consiste la denominada "pérdida de oportunidad" [STS de 7 de septiembre de 2005 (RJ 2005\8846)] constituye un daño antijurídico puesto que, aunque la incertidumbre en los resultados es consustancial a la práctica de la medicina, circunstancia que explica la inexistencia de un derecho a la curación, los ciudadanos deben contar frente a sus servicios públicos de la salud con la garantía de que, al menos, van a ser tratados con diligencia aplicando los medios y los instrumentos que la ciencia médica pone a disposición de las Administraciones sanitarias.

Además, en este supuesto concurre la causa de situación de riesgo objetivo de infección en la que se colocó al paciente tras el alta del primer proceso, contribuyendo a la segunda la descoordinación de Servicios que han intervenido en este caso, produciéndose un defecto del sistema sanitario a consecuencia de su concreta organización que genera un daño a indemnizar (STSJ de Canarias 61/2005, de 28 de octubre, JUR 2005/278163).

En efecto, el informe del Servicio de Neumología responsabiliza al Servicio de Urgencias de la decisión del no ingreso el día 04.09.03 y el envío al paciente a su domicilio, mientras que éste, en informe de 30 de septiembre de 2011, manifiesta que si se hubiese accedido a la historia del paciente donde consta aislamiento vía respiratoria de una pseudomona de la última estancia en UMI, el ingreso se hubiese producido.

Por lo demás, consta que, justamente y en la asistencia efectuada en Urgencias, las pruebas efectuadas arrojaban resultados lo suficientemente relevantes para, conociéndose los antecedentes y situación del paciente, se decidiera cuando menos el ingreso inmediato, siendo en particular los resultados de la radiografía ilustrativos de que, en relación con la efectuada antes del alta, la neumonía podía haberse reproducido o no estar definitivamente resuelta.

5. Procede, en consecuencia, estimar que concurren en el presente caso los requisitos legalmente exigidos para que proceda la declaración de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, la cual deriva tanto de la situación de riesgo objetivo en la que se colocó al paciente por haber sido dado de alta prematuramente sin las debidas precauciones, considerando las pruebas practicadas y sus bajas defensas, como de no haberse actuado diligentemente dados los antecedentes del mismo en su ingreso en el Servicio de Urgencias el 04.09.03, realizándole pruebas diagnósticas más detalladas y remitiéndolo, en su caso, al Servicio de Neumología, con el fin de detectar de manera temprana la infección o la reproducción de la neumonía, máxime tratándose de un paciente con alto riesgo de contraerla.

En definitiva, la Propuesta de Resolución no es conforme a Derecho, pues se constata la existencia de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio y el daño sufrido por los interesados por las razones expuestas, procediendo que se declare el derecho indemnizatorio de los interesados, que han de ser indemnizados

por el daño sufrido, debiendo la cuantía resultante actualizarse como establece el art. 141.3 LRJAP-PAC.

C O N C L U S I Ó N

La reclamación ha de ser estimada, procediendo indemnizar a los interesados según se indica en el Fundamento IV.5.