



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 2 6 8 / 2 0 1 3

(Sección 2ª)

La Laguna, a 22 de julio 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 F.H.S., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 258/2013 IDS)*.***

F U N D A M E N T O S

I

1. Mediante escrito de salida 28 de junio de 2013, la Consejera de Sanidad interesa preceptivamente de este Organismo dictamen por el procedimiento ordinario -al amparo de lo dispuesto en los arts. 11.1.B.e), 12.3 y 20.1 de la Ley 5/2003, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación con el art. 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP)- en relación con la Propuesta de Resolución (PR) del procedimiento de responsabilidad patrimonial incoado a instancia de F.H.S. (el reclamante) por el fallecimiento de su hermano, hecho que imputa a contagio por *proteus mirabilis* tras realización de intervención quirúrgica, solicitándose una indemnización de 150.053,03 euros, más los intereses legales.

Retorna este asunto al conocimiento del Consejo, una vez cumplimentado el trámite de instrucción complementaria dispuesto en el Dictamen 507/2012, de 25 de octubre, que concluyó en que el procedimiento debía retrotraerse a fin de completar el procedimiento en la forma expuesta en el Fundamento V del mismo, a saber, que:

“(...) por especialista no interviniente hasta el momento del SCS y a la vista de la historia clínica y el presente expediente, ha de informarse sobre:

* PONENTE: Sr. Bosch Benítez.

- Determinación del antibiograma y comienzo de la pauta antibiótica, al ingreso y antes o después de la intervención, con control y fijación específica que procedía de la misma dadas las condiciones del paciente y los factores de riesgo del mismo.

- Vistos los antecedentes y factores de riesgo (vejiga, sonda, recto, trauma), razón de la variabilidad de los valores de la analítica, en especial el leucocitario, pero también los restantes, señalándose si son indicativos de infección y explicando la pertinencia de las medidas adoptadas de las que, sin haberlo sido, debieron tomarse en esta tesitura, incluida la suspensión de la intervención, especialmente si su realización favorecía el proceso infeccioso en marcha.

- Control de los factores indicadores de infección los días posteriores a la intervención, sobre todo dados los resultados ya disponibles antes, determinando si podía detectarse, a su vista y otras pruebas hechas, la infección los días 16 y 17, o bien, 18, y en tal caso, pudo ser controlada entonces y, al menos, evitarse su desenlace fatal”.

II

1. Por lo que respecta al detalle del procedimiento seguido, nos remitimos al Dictamen emitido. Basta con recordar que la reclamación ha sido presentada por persona legitimada [arts. 31.1.a) y 142.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, LRJAP-PAC] antes del cumplimiento del plazo de un año previsto legal y reglamentariamente para la prescripción del derecho a reclamar (arts. 142.5 LRJAP-PAC y 4.2 RPAPRP). La reclamación fue calificada y admitida a trámite; tras instarse subsanación y mejora debidamente cumplimentada (art. 6.2 RPAPRP), consta que se realizan actos de instrucción necesarios para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debe pronunciarse la Resolución (art. 7 RPAPRP). A tal efecto, se acordó y practicó el trámite probatorio (art. 9 RPAPRP); se emitieron los preceptivos informes de los Servicios cuyo funcionamiento ha causado presuntamente la lesión indemnizable, completados en trámite de instrucción complementaria (art. 10 RPAPRP); se ha emitido el preceptivo informe del Servicio Jurídico; se ha dado cumplimiento al trámite de vista y audiencia, tanto durante la instrucción ordinaria como tras la realización de la complementaria, formulando el interesado en ambos casos las alegaciones que entendió pertinentes en defensa de su derecho (art. 11 RPAPRP). Cierra el expediente la Propuesta de Resolución, nuevamente desestimatoria de la reclamación presentada.

2. Por lo que atañe a las incidencias del curso clínico en cuyo contexto se ha causado el daño por el que se reclama, sin perjuicio de remitirnos al Dictamen anterior, debemos recordar que el reclamante considera que su hermano “necesitaba control específico” al tener “valores descompensados”, sin que se adoptara medida alguna hasta “una semana después la intervención que se le practicó y solo ante la existencia de síntomas evidentes de infección”.

Considera, en fin, que no se interpretaron correctamente tales síntomas –el nivel leucocitario tres días antes de la intervención era de 12.000 cuando los valores normales oscilan entre 3.000 y 10.800- y hubo manifiesta falta de coordinación entre los Servicios actuantes, lo que agravó el diagnóstico y generó una evolución desfavorable que acabó con el fallecimiento del paciente.

3. El informe de necropsia, de 28 de septiembre de 2000, considera que el fallecimiento se produjo por “shock séptico” de origen desconocido; y el informe pericial forense, de 1 de julio de 2002, concluye que la actuación médica fue conforme a la *lex artis*, aunque no descarta que la causa de la muerte fuese una infección hospitalaria. La *proteus mirabilis* es una bacteria involucrada significativamente en un alto porcentaje de infecciones hospitalarias, pudiendo generar en especial infección urinaria por su carácter ubicuo, máxime al ser de repetición.

El informe de la Comisión de Infecciones, de 18 de noviembre de 2005, precisa que se hace un seguimiento diario de bacteriemias y de infecciones nosocomiales en todos los Servicios que realizan cirugías, como el de Traumatología y Cirugía Ortopédica; que existen procedimientos normalizados sobre desinfección y esterilización y protocolos de actuación; se realizan sesiones y seminarios al personal; y anualmente se analiza la prevalencia de estas infecciones nosocomiales en todo el hospital. Aceptando esta información, ello no implica que se hayan cumplido *per se* estos protocolos y actuaciones, al menos en el nivel y atención adecuados, en casos concretos, como eventualmente el que nos ocupa. No obstante, se añade que, concretamente, durante la estancia del paciente en el hospital no se detectó ningún brote infeccioso en el mismo. Además, se señala que la incidencia acumulada de infección nosocomial en el Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica presenta cifras ajustadas a las recogidas en la bibliografía científica, dándose así respuesta a una de las peticiones del reclamante. Lo que, aun siendo

indicativo o indiciario del nivel general de prevención de infecciones, tampoco resuelve el problema del caso concreto.

En cualquier caso, dado el patrón de sensibilidad antibiótico de la bacteria implicada *proteus mirabilis*, que se integra por otra parte en la flora saprofita intestinal y/o perianal de las personas, se estima por la Administración sanitaria que el origen de la infección urinaria del paciente es, casi con total certeza, endógeno en este caso. Por lo demás, se procuró cubrir al paciente frente a su eventual incidencia según el antibiograma realizado y, aunque en los pacientes parapléjicos con sondaje permanente es frecuente la infección por bacterias asintomáticas, no está indicado su tratamiento antibiótico, salvo que exista alguna clínica compatible con tal infección.

El Jefe de Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT), en informe de 28 de mayo de 2007, informa que la vejiga de los pacientes parapléjicos, al quedar restos de orina sin expulsar, es un gran medio de cultivo para el crecimiento de gérmenes. Además, no es extraño que el trauma sufrido, fractura de fémur y hematoma subsiguiente, generase un déficit inmunológico que se añade a la posible diseminación hematógena de gérmenes provenientes de la vejiga paralítica, confirmando la necropsia la existencia de cistitis hemorrágica.

El informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, de 11 de agosto de 2009, señala que el paciente fue tratado adecuadamente con antibióticos desde el mismo momento del ingreso y, como en las pruebas preparatorias no se detectó infección urinaria, concluye que la infección se produjo en el posoperatorio o se estaba incubando y no se detectó.

La Propuesta inicial consideraba que la infección por *proteus mirabilis* se produce por una bajada de defensas orgánicas, que en este caso no existía al ingreso, pues el valor leucocitario del paciente (12.000) se hallaba en el límite del rango normal entonces. Por eso, no había justificación para realizar otras pruebas complementarias en el periodo preoperatorio. En el momento de la intervención, el valor era de 10.700, dentro de la media de normalidad (entre 3.000 y 10.800), pero en el límite. Tres días después, el 15 de septiembre, era 12.000 y el 18 alcanzó 19.000. En todo caso, tales parámetros se alteran fácilmente tras una intervención quirúrgica, aunque en este caso la alteración fue pequeña, sin alteración de la fórmula leucocitaria y con fiebre apenas significativa.

En definitiva, se sostiene que la infección causa del fallecimiento fue imprevisible y no tuvo relación directa con la intervención, desconociéndose el

origen del cuadro infeccioso. En este contexto, el fallecimiento forma parte de la evolución de la sepsis cuya mortalidad está alrededor del 20%, mientras que la del shock séptico es cerca del 45%, siendo por eso muy baja la posibilidad de supervivencia.

III

1. Así pues, el paciente tenía una vejiga atrofiada, propensa a infección, y además estaba sondado, lo que aumentaba el riesgo, reconociéndose que, tras un traumatismo, se produce una incidencia leucocitaria, potenciándose aún más la posibilidad de infección, incluso por bacterias de la propia flora de la zona corporal afectada.

Ciertamente, el paciente no tenía al ingreso síntoma de infección, sin que mostrara clínica que motivara la realización de prueba específica, salvo la variación leucocitaria, y, cuando la tuvo, fue tratado convenientemente con antibiótico. Además, los hemocultivos dieron resultado negativo, por lo que la infección se debió producir en el postoperatorio o se estaba incubando y no pudo detectarse por ser incipiente o no ser sintomática todavía.

2. No obstante, no es aceptable sostener sin más el desconocimiento del posible origen del cuadro infeccioso, cuando existía infección urinaria de repetición, teniendo el paciente cistitis hemorrágica, y el valor leucocitario de 12.000 al ingreso supera el límite de la media de normalidad (3.000 y 10.800). Y tampoco es relevante en este contexto que sea baja la posibilidad de supervivencia del *shock* séptico, en cuanto fuese generado por un proceso infeccioso no detectado y no controlado a tiempo pudiendo serlo, aparte de que, en realidad, el índice se refiere a casi la mitad de los casos.

Además, continúan siendo pertinentes las siguientes observaciones.

- La variación leucocitaria no se considera relevante por sí sola, pero tiene reconocida importancia indiciaria, máxime conjuntamente con otros posibles datos disponibles, conformando la indicación o al menos sospecha de que puede existir un proceso infeccioso en curso o en su inicio.

Desde luego, no se produce explicación de la causa de la fluctuación leucocitaria preoperatorio. En concreto, el día de la intervención la fórmula leucocitaria superaba ligeramente la media de normalidad o estaba, en la mejor de las interpretaciones, en el límite superior. Además, existen factores que afectaban al

paciente cuya relación con la fórmula leucocitaria no se explicaron en su momento a los fines antedichos; razón por la que se solicitó información complementaria al respecto en los términos antes indicados.

El informe del Servicio de Medicina Preventiva, de 18 de abril de 2013, emitido en trámite de información complementaria, insiste en que el paciente no presenta datos clínicos, ni de laboratorio, que hicieran sospechar un proceso infeccioso, tanto en el momento de ingreso en Urgencias como en Traumatología o el día de la intervención. El cuadro infeccioso se inicia el 17 de septiembre de 2000, requiriendo traslado a la UMI, donde falleció. Así pues, no había clínica que aconsejara o indicara la realización de prueba específica, aunque lo cierto es que, desde la aparición de la clínica infecciosa hasta el fallecimiento, apenas pasó tiempo.

- En su informe complementario de 22 de abril de 2013, el Jefe del Servicio de Medicina Interna indica que el *shock* séptico se relaciona con una respuesta inflamatoria sistémica, de causa multifactorial. En este caso, existía paraplejia crónica y problemas en el sistema genitourinario, a lo que se añade una fractura compleja, sin que pueda descartarse tampoco la presencia de embolismo graso. No obstante, reitera que una fórmula leucocitaria de 12.000 no determina búsqueda de infección, si no existe clínica concomitante. Además, indica que la profilaxis preoperatorio realizada al paciente podía retrasar las manifestaciones de la infección urinaria, pero, cuando se hizo evidente ésta, demostrada mediante urocultivo, el paciente fue inmediata y correctamente tratado.

En este orden de cosas, consta que la bacteria *proteus mirabilis*, cuyo hábitat natural es el intestino, se acantona cuando hay bajada de defensas orgánicas, la cual se reconoce o es esperable en este caso a la vista de los antecedentes (infecciones de repetición), la existencia de factores predisponentes (vejiga paralítica y sondaje permanente), y la presencia de estrés de la fractura, potenciando la diseminación hematógena de gérmenes provenientes acentuados por vejiga paralítica y sondada. Pero, pese a todo ello y con lo que supone, los informes lo obvian y se centran en alegar que el paciente no presentaba clínica que aconsejara tratamiento antibiótico anticipado, aunque, un tanto contradictoriamente, la profilaxis previa parece responder a prevención de infección y, sin embargo, se aduce que pudo enmascarar los síntomas de infección.

Por eso, cabe concluir que, dada la presencia de todos y cada uno de esos factores, unido a la fórmula leucocitaria límite obtenida, debían hacer pertinente la instauración de medidas preventivas de carácter antibiótico, enseguida o, al menos,

antes y, sobre todo, después de la intervención, máxime cuando existía riesgo de enmascaramiento.

No es suficiente, por tanto, para aducir conformidad a la *lex artis* de las actuaciones la alegación de que el paciente recibió profilaxis antibiótica o que, sospechada la infección y demostrada tras hemocultivo, había sido tratado de forma adecuada. Y es que lo determinante es contrastar si el tratamiento, aunque correcto en su momento e incluso siendo la bacteria endógena, no se efectuó a tiempo pudiendo serlo, dando pie a la propagación incontrolada de la infección hasta la sepsis y *shock séptico* fatal.

Es decir, dados los factores predisponentes y los datos disponibles, en orden a controlar el estado del paciente y, en su caso, detectar la infección en marcha antes de lo que se hizo (16, 17 días o, como mínimo, 18), debe acreditarse que no procedía, pese a todas las circunstancias y riesgos en presencia, conocidas unas y esperables otros, las antedichas actuaciones, impidiendo el adecuado diagnóstico, que se obtuvo tardíamente y aun requirió confirmación analítica, con lo que la infección se trató con excesiva demora y sin éxito.

La cuestión es, pues, no si el paciente fue bien tratado al comprobarse la infección o aun si se actuó correctamente como si se tratara un caso sin los factores de éste, sino, dadas sus características e incluso con la profilaxis pautaada, si en este supuesto se procedió debidamente, teniendo el paciente múltiples antecedentes y factores de riesgo conocidos y relevantes cada uno y, sobre todo, por presentarse conjuntamente, en unión además a una fórmula leucocitaria límite.

Tampoco se conoce el período de incubación del germen, pese a solicitarlo el interesado, sin aclararlo la instrucción complementaria. Por eso, no está terminantemente demostrado que la infección fuese postoperatoria, aunque, dadas las circunstancias, este dato tiene limitada relevancia, reconociéndose que podía estar incubándose y que, sin adoptarse medida alguna para contrarrestarlo o controlarlo como exigían las condiciones del paciente, pudo enmascarse por la profilaxis antibiótica, que, por tanto, no debió practicarse en este supuesto, sustituyéndole por un adecuado tratamiento antibiótico preventivo de bacterias de potencial actuación, como la que efectivamente actuó.

Todo lo cual exige, en definitiva, la acreditación correspondiente, con base necesariamente en un informe complementario que aclare las cuestiones planteadas

al fin antedicho. Además, dicho informe deberá realizarse por un médico especialista en infecciones hospitalarias, que hasta la fecha no haya intervenido en el asunto.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución no es conforme a Derecho, debiendo retrotraerse el procedimiento al objeto de completarlo en los términos expuestos en el Fundamento III.2. Una vez practicadas las actuaciones pertinentes, y previa audiencia al interesado, deberá formularse una nueva Propuesta de Resolución, que se remitirá a este Organismo para su Dictamen preceptivo.