



Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 2ª)

La Laguna, a 15 de enero de 2014.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad en relación con la *Propuesta 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 (EXP. 511/2013 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. Mediante escrito con fecha de salida 10 de diciembre de 2013, la Consejera de Sanidad solicita de este Organismo Dictamen preceptivo 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 (LCCC), y art. 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP), en relación con la Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial incoado a instancia de F.H.S. (el reclamante) por el fallecimiento de su hermano por contagio por *proteus mirabilis* tras intervención quirúrgica, hecho por el que se solicita una indemnización de 150.053,03 euros, más los intereses legales.

Es la tercera ocasión que este Consejo interviene en el asunto de referencia. Con anterioridad, concluyó en la necesidad de retrotraer el procedimiento a los efectos de realizar la instrucción complementaria que en cada caso se indicaba (Dictámenes números 507/2012 y 268/2013, respectivamente). Nos remitimos, pues, a estos dos Dictámenes a los efectos de antecedentes y procedimientos incoados.

En el segundo de los Dictámenes señalados se concluía que:

* **PONENTE:** Sr. Bosch Benítez.

“(..) 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 preoperatoria. 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 parálitica y sondaje permanente), y la presencia de estrés de la fractura, potenciando la diseminación hematógena de gérmenes provenientes acentuados por vejiga parálitica 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.

(...) . 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 pautada, 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”.

2. Tras la retroacción acordada, se emitió informe, de 28 de octubre de 2013, de la Unidad de Enfermedades Infecciosas, del que resulta que “no existían datos clínicos ni analíticos sugestivos de infección hasta el día 17 de septiembre, cuando el paciente comienza con fiebre alta e insuficiencia respiratoria, requiriendo ingreso en la UMI”. Para asegurar que había infección urinaria en el paciente “era necesario aislar en el urocultivo más de 100.000 UFC/ml”, siendo así que en el primero de los urocultivos realizados solo tenía 50.000 a 100.000 UFC/ml”. También indica que los “2/3 de los casos de sepsis grave aparecen en pacientes con enfermedades subyacentes importantes”; que el paciente tenía “vejiga neurógena” a la que se asocian infecciones, aunque al ingreso el paciente no presentaba estado que aconsejara realizar “pruebas diagnósticas ni a instaurar tratamiento antibiótico alguno”; que la actuación médica fue siempre la “apropiada”; que el periodo de incubación de la bacteria es “muy difícil de precisar”; y que no había datos que aconsejara la “antibioterapia preventiva”.

El 20 de noviembre de 2013, el interesado presenta escrito en el que se ratifica en las alegaciones anteriormente efectuadas en el curso de procedimiento, calificando la actuación médica de “desidia”, de la que es evidencia el que el paciente “ingresó sin infección ni signo alguno de la misma, y falleció tras nueve días de ingreso hospitalario” por falta de “asepsia”.

II

1. La nueva Propuesta de Resolución procede a desestimar la reclamación presentada. En efecto, la Propuesta formulada y el último de los informes emitidos

reiteran las consideraciones ya realizadas con ocasión de la instrucción realizada anteriormente. Nada nuevo se aporta al respecto y tampoco se da importancia a un valor leucocitario de 12.000 y al hecho, parece que fatal, de padecer *shock* séptico.

El Consejo, sin embargo, consideró que el fluctuante valor leucocitario sí poseía “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”. Se dice que “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”. No se valora, asimismo, la condición de “paraplejía 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”. Además, se dice que “la profilaxis preoperatoria 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”. Se afirma que en el primero de los urocultivos realizados dio un valor entre 20.000 y 100.000 UFC/ml”, pero se silencia que el segundo dio un valor de 100.000 UFC/ml”, cifra que determina la existencia de infección urinaria.

La bacteria *proteus mirabilis* 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, que potencia la diseminación hematógica de gérmenes provenientes acentuados por vejiga paralítica y sondada. Los informes emitidos obvian tales extremos centrándose en 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”.

Fue por ello por lo que este Consejo consideró que “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". Y ello porque la cuestión no es la de si el paciente fue bien tratado tras la detección de la infección -de lo que no se duda- sino de "si se actuó correctamente (...) 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".

Tales extremos debieron ser objeto de preciso pronunciamiento por parte del informe complementario emitido, pero no lo ha sido. Es decir, se resuelve el procedimiento sobre la base de la inevitabilidad de la infección y el adecuado tratamiento pautado tras su aparición, pero sin razonar si el estado del paciente con sus factores predisponentes hacía exigible en este caso un tratamiento profiláctico antes de que aparecieran los síntomas, profilaxis preventiva que se llega a calificar como no conforme a la *lex artis*. La cuestión es que si por los factores predisponentes la infección era más que probable por qué no se adoptó entonces tratamiento preventivo alguno o seguimiento más continuado que hubiera anticipado la aparición de los primeros síntomas o el tratamiento adecuado al caso. Esta omisión, no explicada en la Propuesta, nos obliga a concluir que el tratamiento aplicado fue tardío, con las consecuencias que se detallan en los antecedentes.

2. Por lo tanto, de acuerdo con lo razonado en el apartado precedente ha de concluirse que la Propuesta de Resolución no es conforme a Derecho, debiéndose indemnizar al reclamante en la cantidad que resulte de la aplicación orientativa del baremo previsto en el sistema para la valoración del daño producido con ocasión de los accidentes de circulación. Y todo ello con la actualización prevista en el art. 141.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución analizada no se ajusta al Ordenamiento Jurídico, toda vez que existe relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el daño producido, debiéndose proceder según se expone en el Fundamento II.2.