

SENTENCIA Nº 811 DEL TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DE MADRID, SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO, SECCIÓN NOVENA, DE FECHA 3 DE JUNIO DE 2008.

SEGUNDA CONDENA AL SERVICIO DE SALUD POR UNA INFECCIÓN HOSPITALARIA QUE PROVOCÓ EL FALLECIMIENTO DE 11 PACIENTES.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

“SEGUNDO.- Para la resolución del presente recurso resultan de interés los siguientes hechos que resultan del expediente administrativo y de las actuaciones seguidas ante esta Sala:

1.- Don ... nacido el día 30 de septiembre de 1953, con antecedentes de enolismo y fumador de tres paquetes de cigarros al día (con criterios clínicos de enfermedad pulmonar obstructiva crónica) acudió al Servicio de Urgencias el 31 de diciembre de 2001 con un absceso escrotal izquierdo, que se drena y se remite a su domicilio con tratamiento antibiótico.

2.- El 28 de enero de 2002 acude al mismo Servicio de Urgencias por presentar un cuadro de malestar general, fiebre, pérdida de peso, astenia, disfagia y vómitos, de un mes de evolución. Refiere además tos con expectoración maloliente y mucha somnolencia, heces acólicas con orina colérica e ictericia. En la radiografía de tórax se objetiva imagen de hidroneumotórax izquierdo. El paciente ingresa en el Servicio de cirugía con el diagnóstico de empiema pleural y neumotórax secundario. Se pauta tratamiento que incluye clindamicina y cefepime. Posteriormente se recibió el informe bacteriológico del líquido pleural, señalando que se había aislado capnocytophaga, que entre otros antibióticos era sensible a los que ya había pautado el enfermo.

3.- El 4 de febrero siguiente se retira el tubo intratorácico. Al día siguiente presenta un enfisema subcutáneo en tórax, cuello y miembros superiores. El 06/02/02 se realiza TAC torácico en el que se aprecia persistencia del empiema pleural izquierdo con nivel hidroaéreo, neumomediastino, infiltrados pulmonares bilaterales con broncograma aéreo y derrame pleural derecho. El paciente presenta pancitopenia,

coagulación, hipopotasemia e hipotensión arterial mantenida, severa desnutrición crónica con hipoporteinemia e hipoalbuminemia. Se realizó estudio endoscópico digestivo que descartó varices esofágicas o lesiones de la mucosa gástrica o esofágica. El TAC abdominal descartó la existencia de neoplasia hepática. El 10/02/02 la situación del paciente era crítica y es trasladado a la UCI con insuficiencia respiratoria hipóxica grave, deterioro del nivel de conciencia e hipotensión arterial. La familia es informada de la gravedad del enfermo.

4.- el paciente permaneció en la UCI desde el 10 de febrero de 2002 hasta el 19 de abril de 2002, fecha en la que falleció. De la evolución de su situación clínica, descrita en el informe de alta de fecha 19 de abril, cabe destacar que, en cuanto al cuadro infeccioso, el paciente ingresó con un empiema pleural izquierdo con cultivo positivo para capnocytophaga (29/01/02). Desarrolló una neumonía bilateral con cultivos de aspirados bronquiales y con carácter telescopado positivos para *Stenotrophomonas maltophilia*, *Serratia marcescens*, estafilococo dorado meticilin-resistente, *Candida albicans*, estafilococo coagulasa negativo y estafilococo epidermidis. Otros cultivos positivos fueron para *Candida albicans* en líquido pleural y orina, *Serratia marcescens* en sangre y orina, estafilococo coagulasa negativo en líquido pleural, líquido ascítico y catéter arterial. Cultivos para micobacterias repetidamente negativos. Serología viral positiva para citomegalovirus. En los últimos tres días presentó lesiones cutáneas diseminadas en forma de ampollas hemorrágicas compatibles clínicamente con herpes diseminado o varicela. Se fueron pautando diversos ciclos de tratamiento antibiótico con amikacina, imipenem, vancomicina, fluconazol, trimetoprim-sulfametoxazol, ciprofloxacino, teicoplanina, levofloxacino, cefotaxima, gentamicina y aciclovir, empíricamente y según los resultados de los cultivos.

Desde el punto de vista hormonal desarrolló una insuficiencia suprarrenal sintomática en el seno del shock séptico tratada con actocortina. Preciso insulino terapia por intolerancia a la glucosa.

Durante los últimos seis días del ingreso sufrió un empeoramiento, desarrollando una situación de shock séptico con disfunción multiorgánica, falleciendo el 19 de abril de 2002.

5.- El 2 de abril de 2002 se envía desde el servicio de medicina preventiva al Jefe de Servicio de la UCI un escrito con las medidas de prevención y control que deben aplicarse ante el aumento de casos de pacientes infectados/colonizados por estafilococo dorado resistente a meticilina (SARM) detectado en la UCI. Siguiendo estas instrucciones se

realiza screening. El 4 de abril está anotado en la historia clínica que el screening de 2 de abril es positivo y que se entregan precauciones de manejo. Se comunica a admisión orden de aislamiento si sale a planta y se pauta descolonización. El cultivo de 10 de abril es positivo en exudado faríngeo e inguinal y se pauta retratamiento de portador.

6.- El 17 de abril de 2002 el paciente presenta lesiones cutáneas diseminadas que sugieren herpes diseminado. Se incluye en el tratamiento aciclovir y se extrae muestra para realizar serología viral. Al día siguiente el servicio de medicina preventiva facilita las instrucciones establecidas en estos casos, que incluye el aislamiento del paciente. Se solicita cama en críticos I para proceder al mismo. El paciente es trasladado. La situación clínica empeora y se procede un fracaso multiorgánico, falleciendo el 19/04/02.

7.- Por la fiscalía del Tribunal Superior de Justicia de Madrid se incoaron Diligencias de Investigación Penal nº 245/2002 por la posible existencia de un contagio infeccioso debido a negligencias hospitalarias en atención a numerosos fallecimientos por infección en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital con fallecimiento de 11 pacientes en el mes de abril de 2002.

Tales Diligencias, tras la práctica de las pruebas pertinentes, fueron archivadas el 26 de junio de 2004 al considerar que “pese a la posible existencia de un incorrecto funcionamiento de los servicios sanitarios no ha quedado acreditado la existencia de un ilícito penal”.

Entre tales diligencias figura informe pericial evacuado a instancia de la Fiscalía por la Dra. en Biología, rama de Inmunología. Especialista en Análisis Clínicos. Microbiología Ambiental, en el que, entre otros extremos, y en relación con el paciente se señala que el quinto día del ingreso del paciente en el hospital los análisis de sangre evidencian una fuerte reinfección.

SEPTIMO:- Para valorar la corrección de la asistencia sanitaria prestada al paciente, ha de precisarse, en primer lugar, que de la total actividad probatoria practicada se ha de considerar acreditado el adecuado tratamiento del empiema al ingreso del paciente en el Hospital. Y, sentado lo anterior, se ha de tener en cuenta continuación que si bien en el informe pericial acompañado por la entidad codemandada con el escrito de contestación a la demanda se señala que por los hallazgos de la autopsia no se puede afirmar que los distintos gérmenes multirresistentes aislados

hayan sido los causantes de la muerte del paciente, que parece relacionada con la reactivación de uno o varios virus del grupo herpes, sin embargo, no se puede desconocer que el shock séptico figura con claridad en el informe clínico obrante a los folios 55 a 57 del expediente administrativo, en el que, entre otros muchos extremos, se recoge que “durante los últimos 6 días de ingreso en UCI desarrolló de nuevo situación de shock séptico, con disfunción multiorgánica (insuficiencia respiratoria severa con SDRA, deterioro hemodinámica, insuficiencia renal, coagulopatía, pancitopenia), falleciendo el 19/04/02...”. Y, del mismo modo, en el propio certificado médico de defunción expedido por el Hospital, acompañado a la demanda, se describe que la causa fundamental de la muerte ha sido “Sepsis. Fracaso renal agudo. Distres respiratorio del adulto. Coagulopatía. Pancitopenia”.

Téngase en cuenta, además, que si bien la Administración demandada señala en su escrito de contestación a la demandada que el Sr.... ingresó en el Hospital en situación Terminal, por insuficiencia respiratoria y shock séptico secundario, sin embargo, lo cierto es que de ninguno de los informes obrantes en autos cabe constatar la existencia de shock séptico en la fecha de ingreso del paciente en el Centro Hospitalario que nos ocupa.

Así las cosas, no se puede sino concluir que resulta acreditado que durante su estancia en el Hospital Don ... contrajo una infección nosocomial, y si bien la Inspección Médica señala que la infección nosocomial no siempre es fácil de prevenir, destacando que en este caso al paciente hubo que aplicarle una serie de medidas terapéuticas que alteraban sus propias defensas que ya se encontraban muy deterioradas, sin embargo, como ya señaló esta Sección en la Sentencia de fecha 3 de abril de 2008, recaía en el recurso contencioso-administrativo nº 494/2005 interpuesto precisamente por familiares de una de las pacientes a que se refiere el mismo informe de la Fiscalía del Tribunal Superior de Justicia de Madrid que aquí nos ocupa, esta Sala concede, y así se ha manifestado en anteriores resoluciones, que el riesgo de infección hospitalaria no puede erradicarse por completo. No obstante, en el presente caso entiende esta Sección que resulta suficiente acreditada la superación de una tasa que pueda considerarse normal en el Hospital, al menos en el mes de abril de 2002, pues así se desprende del informe pericial emitido en las diligencias de investigación de la Fiscalía del TSJ de Madrid acompañado con la demanda y de la relación de pacientes con diagnóstico de septicemia fallecidos en la UCI en el primer semestre de 2002, constando en los documentos obrantes en el expediente que el último brote de SAMR en la sala general de la UCI afectó a 11 enfermos y fue una de las causas del cierre de la unidad.

## FALLAMOS

“Que estimando en parte los recursos contencioso-administrativo acumulados números 493/2005 y 516/2005, interpuesto por la Procuradora Paloma Solera Lama, en nombre y representación de ....., contra la desestimación presunta de la reclamación que, concepto de responsabilidad patrimonial, formularon los actores ante el Servicio de la Salud en solicitud de una indemnización por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia del fallecimiento de D..., como consecuencia de la deficiente asistencia sanitaria recibida, debemos declarar y declaramos que la resolución impugnada no es conforme a Derecho y, consecuencia, la anulamos, condenando a la Administración demandada a abonar a la parte acora la cantidad de 150.000 euros, más lo intereses legales devengados desde la fecha de la reclamación en vía administrativa. Sin costas.”.