



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 9 6 / 2 0 1 0

(Sección 1ª)

La Laguna, a 6 de abril de 2010.

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 A.M.A., en nombre y representación de C.G.S., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 139/2010 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. Mediante escrito de 22 de febrero de 2010, con entrada en este Organismo el 5 de marzo de 2010, la Consejera de Sanidad de la Administración autonómica solicita preceptivamente Dictamen previo, por el procedimiento ordinario, al amparo de lo dispuesto en los arts. 11.1.D.e), 12.3 y 20.1 de la Ley 5/2003, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación con lo previsto en el art. 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo (RPAPRP), respecto a la Propuesta de Resolución que culmina el procedimiento de responsabilidad patrimonial incoado al presentarse reclamación de indemnización por daños que se imputan a la asistencia sanitaria prestada en su día a J.C.G.S. (el reclamante). Dicha asistencia consistió, en lo que aquí importa, en la realización de una infiltración que le ocasionó infección articular, teniendo que ser intervenido quirúrgicamente con posterioridad. A consecuencia de ello le ha quedado una notable limitación funcional de la extremidad afectada, habiendo sido declarado en situación de invalidez permanente total, motivo por el que se solicita una cantidad alzada de 30 millones de pesetas.

* **PONENTE:** Sr. Bosch Benítez.

II

1. La reclamación ha sido interpuesta por persona legitimada para ello, al ser la que presuntamente sufrió el daño por el que se reclama [art. 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], actuando en el procedimiento incoado mediante representación (art. 32.2 de la citada Ley).

La interposición se efectúa dentro del preceptivo plazo de un año que dispone el art. 4.2.2º párrafo, RPAPRP. Así, la Resolución de reconocimiento de la situación de incapacidad es de 4 de julio de 2001, mientras que el escrito de reclamación ha tenido entrada en el Registro General del Servicio Canario de la Salud el 10 de octubre de 2001.

La Dirección-Gerencia del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín es competente para la instrucción del procedimiento previa a la proposición por parte de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud de la Resolución que ponga fin al procedimiento, de conformidad con lo dispuesto en la Resolución de 22 de abril de 2004, del Director del Servicio Canario de la Salud, por la que se delega en el antedicho órgano la citada competencia.

2. La reclamación fue correctamente calificada y admitida a trámite, de conformidad con lo que dispone el art. 6.2 RPAPRP. De las actuaciones se desprende la realización de actos necesarios para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debe pronunciarse la Resolución (art. 7 RPAPRP).

Así, consta en el expediente el preceptivo informe del Servicio cuyo funcionamiento ha causado presuntamente la lesión indemnizable, que es el Servicio de Traumatología del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín (art. 10.1 RPAPRP). Sin embargo, pese a ser relevante al caso, como después se advertirá, no se incluye información del Centro de Salud que atendió inicialmente al paciente, determinadamente por demás. En cambio, sí obra Informe valorativo del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP).

Figura la verificación de los trámites probatorio, de carácter documental (art. 9 RPAPRP), y de audiencia (art. 11 RPAPRP), con ocasión del cual la parte propuso la terminación convencional del procedimiento.

La resolución del procedimiento es competencia del Director del Servicio Canario de la Salud a tenor de lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de

Ordenación Sanitaria de Canarias, de 26 de julio, puesto en relación con el art. 142.2 LRJAP-PAC y el art. 3.2 RPAPRP.

El procedimiento hasta aquí tramitado viene concluso con la preceptiva Propuesta de Resolución, desestimatoria de la reclamación, que ha sido informada por los Servicios Jurídicos, de conformidad con el art. 20.j) de su Reglamento de Organización y Funcionamiento, aprobado por Decreto 19/1992, de 17 de febrero.

En todo caso, dicha Propuesta se formula habiendo vencido largamente el plazo máximo para resolver; circunstancia que no obsta para que se haga expresamente, dado el deber de la Administración al efecto (art. 42.1 LRJAP-PAC).

III

Los hechos producidos en el supuesto que trae causa son, sucintamente, los que a continuación se expresan.

El 2 de octubre de 1999 el reclamante acude a consulta de Traumatología del Servicio de Urgencias del Centro de Salud por "dolor en hombro derecho", siendo diagnosticado de "periartritis" y enviado al médico de cabecera. Nuevamente acudió el 7 de octubre de 1999, efectuándose entonces diagnóstico de "tendinitis del supraespinoso" y procediéndose a la administración de "infiltración", con subsiguiente alta con tratamiento antiinflamatorio.

El 17 de octubre de 1999 acude al Servicio de Urgencias por fiebre de 3 días de evolución y dolor continuo con "tumefacción de hombro que no mejora". En la "EF" se refleja aumento de tamaño del hombro con calor, doloroso a movilización", siendo remitido "con "sospecha de artritis séptica" a centro hospitalario, con ingreso ese día para estudio.

El 18 de octubre de 1999 ingresa en el Servicio de Traumatología del Hospital Universitario por artritis séptica de hombro derecho. La ECO de hombro muestra "derrame en cápsula articular derecha, que se encuentra distendida con contenido ecogénico e incluso algún septo, hallazgos en relación como la posibilidad con derrame con signos de complicación de días de evolución". Se realiza punción ECO-PAAF, extrayéndose "5 cc. de material purulento", siendo el resultado del cultivo *Staphylococcus Aureus*.

Es intervenido de urgencia de desbridamiento y lavado articular del hombro derecho, siendo dado de alta con el diagnóstico de "artritis séptica" y programándose control en consultas externas.

Valorado posteriormente en el Servicio de Urgencias Hospitalario en varias ocasiones, se aprecia "descenso de cabeza humeral en las radiografías, signos de osteítis"; tras radiografía de hombro del 23 de diciembre de 1999, "aumento de densidad de partes blandas y borramiento de planos grasos en articulación glenohumeral derecha, con aumento de espacio subacromial, hallazgos en relación con tumefacción de partes blandas en el contexto de artritis séptica, engrosamiento caudal de cabeza humeral con respecto a la cavidad glenoidea (secuelas de artritis séptica); rigidez de hombro y subluxaciones recidivantes que conllevan la práctica de movilizaciones, artrolysis (consiste en la eliminación de la fibrosis producida que limita la movilidad de la articulación) y reducción cerrada para su corrección (11 de abril de 2000)".

Inicia sesiones de rehabilitación en enero 2000 y se realiza RMN el 9 de febrero de 2000, apreciándose: "Cambios artríticos glenohumerales derecho (irregularidades de la superficie articular glenoidea con disminución y distorsión del labrum cartilaginoso), hallazgos que pudieran estar condicionados en parte por cambios postquirúrgicos y que se acompaña de subluxación inferior a cabeza humeral. A lo anterior se suma una prominente componente de engrosamiento difuso de la sinovial con escaso componente de derrame articular, identificándose cambios edematosos inespecíficos en la musculatura del tendón del manguito de los rotadores".

En mayo de 2001 presenta "mejoría, sin dolor, ni luxación desde hace más de 1 año (...). Continuar con tratamiento rehabilitador". El 18 de septiembre de 2001, "molestia persistente bajo control, no ha tenido recurrencias de luxación, continuar con ejercicios, control en 2 años".

Como consecuencia de este proceso el reclamante permaneció "en incapacidad laboral temporal (días impeditivos) durante 636 días, de los que 5 fueron de hospitalización". La Dirección Provincial del INSS, que, finalmente, resolvió incapacidad permanente en grado de total de forma definitiva y no revisable, concediendo un 60% de la abolición de los movimientos del hombro derecho, con movilidad reducida tras valorar los arcos de movilidad resultantes respecto al miembro contralateral o los valores que se determinan en el rango de la normalidad.

IV

1. En el informe del SIP se señala que “las infecciones de partes blandas en pacientes ADVP (adicción a drogas vía parenteral) suelen ser secundarias a la inoculación directa de los microorganismos habituales de la piel del propio adicto hacia los tejidos a través de las reiteradas venopunciones, sin desinfección previa de la zona, más que a gérmenes vehiculizados por la droga o sus materiales”.

Y que “toda técnica que implique cortar la continuidad de la piel puede tener como complicación una infección, de ahí que una infiltración se puede infectar, al igual que ocurre cuando se infecta un punto quirúrgico tras una operación o un pinchazo en la nalga”. Se trata de una “complicación posible independientemente de la técnica empleada; así, una infiltración defectuosa puede no infectarse y, viceversa, una infiltración correcta puede infectarse, a pesar de la adopción de medidas extremas de asepsia local -que no se desprende del expediente que no fueran adoptadas-, y que debe tenerse en cuenta la propia situación del paciente, su idiosincrasia y estado inmunitario”.

Pues bien, la artritis séptica es una infección del líquido de la articulación (sinovial) y de los tejidos de una articulación. La infección suele llegar hasta la articulación a través de la sangre, “aunque algunas articulaciones se pueden infectar debido a una inyección, una cirugía o una lesión, cuerpo extraño que penetra en la piel, traumatismo y heridas infectadas”. Pero “habitualmente, no es la aguja quien introduce el germen”, sino que la colonización de la zona infiltrada se produce “por bacterias provenientes del torrente circulatorio del individuo”; se entiende que aprovechando la herida que la infiltración produce.

Respecto a los factores que puedan estar involucrados en las causas del dolor y posterior artritis, se aduce que se han de tener en cuenta la toxicomanía del reclamante, con utilización de la vía parenteral, favoreciendo los episodios de abscesos sufridos y predisponiendo a los tejidos a padecer infecciones, con la infiltración como desencadenante del proceso infeccioso; pero también la profesión de albañil del reclamante, pues “se puede suponer que realiza cargas que implican microtraumatismos para las articulaciones”; finalmente, “el episodio de dolor de hombro, según constancia documental es el día 2 de octubre (previo a infiltración, desconociendo el tiempo de evolución)”. Por tanto, la infección puede tener cualquiera de estos orígenes.

El informe concluye que “nos encontramos ante un supuesto en el que la propia patología del paciente incide en el resultado”, por lo que el daño por el que se reclama carece del requisito de la antijuridicidad. Además, “en la información oral facilitada al paciente se le ofreció la preceptiva información escrita suficientemente detallada”.

En este sentido y en lo que se refiere al protocolo de actuación, en éste se contempla la prescripción de analgésicos, infiltraciones locales con esteroides y anestésicos, si no hay mejoría, la realización de pruebas de imagen y, si no presenta buena evolución, se considera tratamiento quirúrgico. Y a ello se procedió de conformidad con lo pautado. Sin embargo, pese a lo antes dicho al respecto, se aduce sobre el consentimiento informado que “no es exigible” ya que se trataba de una “infiltración local”, siendo grande el “beneficio” y “rarísimas e infrecuentes (las) complicaciones” y “necesaria la infiltración, que se realiza como consecuencia de la ineficaz respuesta a los analgésicos”.

2. Según informe del Jefe del Servicio de Traumatología, del que resulta que la inmunodepresión causada por la toxicomanía del paciente “puede ser un factor favorecedor o predisponente para complicar una infiltración local del hombro y llevar a la artritis séptica”, que es muy rara tras una infiltración. Por otra parte, la indicación de la infiltración es correcta “como primera medida de tratamiento que puede ser tratamiento definitivo”, técnica que “se suele realizar con todas las medidas de asepsia”.

Extremo éste no confirmado, desconociéndose qué medidas se adoptaron en el Centro de Salud asistente y si eran suficientes o ajustadas al lugar, caso y al paciente, pues, como se dijo no hay informe de dicho Centro.

3. Por su parte, la pericia médica aportada afirma que “revisada la bibliografía se demuestra que la artritis séptica es la complicación más frecuente tras una infiltración”. Asimismo, que el cuadro de “artritis séptica del paciente comienza tras la infiltración en el hombro”, sin que en la documentación existente se haga “referencia a la existencia de patología infecciosa previa a la infiltración”, ni se hayan “objetivado ni documentado otras patologías o sucesos que puedan ser causa de la artritis séptica en el hombro”.

V

1. La primera observación sobre la adecuación de la actuación efectuada es la excesiva duración del procedimiento, pues, habiéndose iniciado el 10 de octubre de

2001 es ahora cuando se resuelve. Ciertamente, a esta dilación ha contribuido el hecho de que en su momento fue inadmitida por extemporánea la reclamación presentada, pero ello se hizo improcedentemente, pues, tras acudir el reclamante a la vía judicial, mediante Sentencia de 8 de noviembre de 2005 se ordenó la admisión y resolución de la reclamación presentada.

Además, sin que haya razón objetiva para esta dilación, denunciada por el reclamante, se procede ahora a culminarse el procedimiento más de cuatro años después, de modo que, irregularmente, se ha producido una demora en la resolución de este asunto, desde su inicio, de nueve años.

2. En cuanto al fondo de la cuestión, la Propuesta de Resolución se funda para desestimar en el concurso de diversas circunstancias: las condiciones personales del paciente, particularmente en su toxicomanía, que le causó la inmunodepresión determinante de la infección; el posible distinto origen de ésta; la situación previa; y el trabajo del propio paciente. Procede, pues, analizar la pertinencia de la antedicha conclusión desestimatoria en función de los referidos presupuestos.

A. La toxicomanía del reclamante.

Esta circunstancia no resulta adecuada al fin pretendido, de acuerdo con la propia información emitida al respecto. En efecto, se informa que la toxicomanía predispone "a los tejidos a padecer infecciones", siendo "la infiltración desencadenante del proceso infeccioso", de modo que, si se reconoce que esto es así como viene a hacer la Administración, la condición de toxicómano del paciente *obligaba a adoptar cautelas complementarias a fin de evitar el daño causado dada la previsibilidad del hecho*.

Desde luego, aunque la toxicomanía sea un factor predisponente de las infecciones, por la inmunodepresión que causa en el paciente, es claro que no comporta que ella misma *sea la causa de la infección*, sin perjuicio de lo que se observará en el apartado siguiente. Por eso, si aquélla se produce seguidamente a la realización de una infiltración, cabe inferir que la produjo ésta o, si se prefiere, que fue el factor que contribuyó a su producción de modo inmediato, como vía potencial reconocida al respecto.

En consecuencia, conocido este factor inmunodepresor y su posible efecto infeccioso en la herida causada por infiltración, es exigible que se adopten las medidas adecuadas en este caso específico para evitar tal efecto, como un

tratamiento preventivo y el refuerzo cualitativo de las medidas antisépticas, durante y después del tratamiento. Y resulta que no está acreditada la realización de estas actuaciones y ni siquiera de la asepsia ordinaria, por demás aquí inapropiada, pues tan sólo se informa que suele producirse o que no consta no hecha.

B. Origen de la infección.

Las infecciones articulares, se dice, suelen ser "secundarias a la inoculación directa de los microorganismos habituales de la piel del propio adicto hacia los tejidos a través de las reiteradas venopunciones, sin desinfección previa de la zona, más que a gérmenes vehiculizados por la droga o sus materiales".

Parece que se elucubra con que el paciente pudo estar *ya infectado* como resultado de su propia conducta como toxicómano, inyectándose sin asepsia, pero no hay constancia alguna de que ello fuere así, sino más bien datos de lo contrario. Y es que no presentaba cuadro infeccioso al comienzo del tratamiento, apareciendo sólo tras la infiltración. Es más, la infección secundaria a herida en la piel puede ser causada por material con asepsia defectuosa o por efectuarse el tratamiento en lugar con problemas de este tipo; extremos que no se descartan acreditadamente en el expediente.

En este sentido, se admite que "la infección suele llegar hasta la articulación a través de la sangre, aunque algunas articulaciones se pueden infectar debido a una inyección, una cirugía o una lesión, cuerpo extraño que penetra en la piel, traumatismo y heridas infectadas". Y en cuanto a que "habitualmente, no es la aguja quien introduce el germen", sino que "la colonización de la zona infiltrada [se produce] por bacterias provenientes del torrente circulatorio del individuo", se trata de una mera descripción teórica, elucubrándose a continuación que ello pudo ocurrir aquí, pero sin aportarse datos o aun indicios en este supuesto del origen sanguíneo o del torrente circulatorio del paciente de la infección o, en todo caso, que se realizara la infiltración en las condiciones concretamente exigibles en este caso para evitar la colonización de la herida por bacterias con tal eventual origen.

Precisamente, lo suficientemente demostrado y admitido, pero sin sacarse las conclusiones lógicas, es que, cabiendo la infección como consecuencia de esta técnica y conociéndose su posible origen o factores predisponentes, se aplicó aquélla a un paciente con estos riesgos que no tenía antes la misma. Y, además, sin constar la asepsia usada y, aun menos, acreditarse que se adoptaran las medidas apropiadas al caso.

C. La situación previa.

El reclamante acudió inicialmente por dolor en el hombro. Este dolor no remitió con antiinflamatorios ni con analgésicos, lo que hizo necesaria la infiltración, aunque ésta finalmente tampoco fue suficiente. Desde esta perspectiva, se plantea que la infiltración coincidió en el tiempo con el brote infeccioso o hizo pensar que éste traía causa de aquélla, pero tal brote existía antes, siendo sintomático al respecto el dolor referido, de modo que hizo inútiles las medidas iniciales de asistencia incluida la propia infiltración, la cual tan solo extendió o hizo visible el proceso iniciado previamente.

Sin embargo, la pericia médica aportada, no desvirtuada por la Administración, señala que el paciente no padecía antes de la infiltración proceso patológico o infeccioso alguno, por lo que se refuerza la tesis de que aquélla fue la causante del proceso. En cualquier caso, si el dolor del paciente en su hombro fuera síntoma de una infección previa, máxime conocida su toxicomanía y la consiguiente eventual infección en la zona cercana por su práctica, como dice la Administración, esta eventualidad debió haber sido tenida en cuenta en la asistencia prestada, sobre todo en su segunda visita al Centro de Salud y especialmente de pautarse la infiltración, en orden a ser realizada en las condiciones pertinentes o aun ser aplazada o descartada.

D. La profesión del reclamante.

También se hace referencia al hecho de que el trabajo de albañil que desempeñaba el reclamante le hacía susceptible de sobrecargas que le llevarían, dada su situación de inmunodepresión, a un problema en las articulaciones que, con la infiltración, derivó en infección o, existiendo ya ésta, la patentizó o agravó.

Pero se trata de nuevo de una mera hipótesis, sin apoyo en algún dato de la historia clínica o del efectivo estado del paciente. Además, la eventual pre-existencia de una rotura o lesión articular pudo haberse descartado, con el estudio apropiado, antes de la infiltración, al conocerse este antecedente y su riesgo al respecto; máxime cuando también se conocía la toxicomanía añadida del mismo paciente.

3. En cuanto a la procedencia o no del consentimiento informado, ha de observarse lo siguiente.

Si la toxicomanía y la profesión del paciente, sobre todo al darse conjuntamente, son factores predisponentes a la infección de herida causada por infiltración, como conoce la Administración, este tratamiento exigía no sólo unas precauciones y medidas de asepsia específicas, que no constan hechas como se dijo, sino una información completa y detallada al paciente, ciertamente más adecuada que la que se dice, pero no se prueba, que tuvo.

En este orden de cosas, se afirma por el SIP, y se asume por la Propuesta de Resolución, que no es obligado el consentimiento informado en este tratamiento por las razones antes señaladas, siendo desde luego pertinente la infiltración en este caso dada su evolución. Por su parte, el Informe del Servicio de Traumatología sostiene, con idéntico propósito y acogimiento por el Instructor, que "la frecuencia de la infección articular tras la infiltración es muy rara" (1-5 cada 100.000 casos), por lo que "es raro que se pueda pensar en informar acerca de la lejanísima posibilidad de la aparición la complicación séptica". Sin embargo, con aparente contradicción se añade que se informó oralmente al paciente e incluso se le ofreció información escrita detallada. Desde luego, aunque la contradicción indicada no está resuelta en la Propuesta de Resolución y tampoco se demuestra la supuesta información facilitada al paciente, cabe en todo caso deducir que ésta no incluía la posible infección.

Por tanto, en las circunstancias o con los antecedentes descritos, no puede compartirse la afirmación de no procedencia del consentimiento en este supuesto, no siendo admisible entender que el paciente aceptó correctamente el tratamiento pautado sobre la base de la supuesta información dada cuando el riesgo de infección era en realidad elevado y nada se le dijo al respecto.

Es decir, conociendo la Administración dichas circunstancias o antecedentes y sus posibles efectos conexos a la infiltración, predisponiendo a que generase infección, resulta que la información al paciente al respecto era relevante, y obligatoria por ende, debiendo consentir expresamente en consecuencia, conocidos los riesgos y alternativas en su caso; particularmente cuando la infección es una consecuencia típica de la infiltración, que la puede generar directamente o por colonización de la herida por bacterias propias, a veces raramente, pero en otras no, cual aquí viene a reconocerse que sucede.

En este sentido, sobre todo de no haberse informado en absoluto del riesgo típico y propio del tratamiento, no es suficiente que se informara en este caso al paciente sobre la infiltración en cuanto a su pertinencia protocolaria y efecto

sanador, y ni siquiera lo sería que se le advirtiera de un riesgo ordinario. Así, lo exigible es que se le diera información sobre el riesgo alto de una posible infección de la herida correspondiente a la infiltración por sus especiales características personales (sobre las características y necesidad del consentimiento informado, véase el Dictamen núm. 490/2009, de fecha 24 de septiembre de 2009, entre otros).

4. Expuesto todo lo que antecede, este Consejo considera que la Propuesta de Resolución analizada no es conforme a Derecho, por cuanto se funda en consideraciones hipotéticas o no demostradas.

Por el contrario, es razonable concluir que, vistos los datos del expediente, incluyendo tanto los Informes emitidos como la pericia aportada, y de acuerdo con los argumentos expresados precedentemente, existe relación de causalidad entre el daño sufrido por el interesado y el funcionamiento del servicio, plasmado en la asistencia practicada que le causó una infección articular cuyo proceso genera las secuelas padecidas por él, no teniendo el deber de soportarlo.

Así, no se acredita que la infiltración efectuada se produjera en las condiciones procedentes, adoptándose medidas preventivas para evitar la infección de la herida en función de los factores predisponentes al efecto, siendo causa directa o indirecta de la misma, y, en todo caso, se efectuó el tratamiento pautado sin el debido consentimiento del paciente, que no tuvo la información exigible para prestarlo debidamente y asumir el riesgo correspondiente.

Por consiguiente, ha de estimarse la reclamación presentada, debiéndose responder patrimonialmente ante el interesado en la cuantía que corresponda a los días de baja y a la valoración de la secuela recogida en la Resolución que lo declaró incapacitado, teniendo en cuenta las Tablas de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones para la valoración de daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución examinada no se ajusta al Ordenamiento Jurídico, debiendo indemnizarse al reclamante en la forma expuesta en el Fundamento V.4, siendo además aplicable al efecto lo dispuesto en el art. 141.3 LRJAP-PAC.