



Consejo Consultivo de Canarias

## DICTAMEN 419/2011

(Sección 1ª)

La Laguna, a 30 de junio de 2011.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por R.L.M.P., por daños ocasionados a su hijo, como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 331/2011 IDS)\*.*

## FUNDAMENTOS

### I

Mediante escrito de fecha 13 de mayo de 2011, con entrada el siguiente día 27 en este Organismo, el Consejero de Sanidad interesa preceptivamente 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 (LCCC), en relación, el primero de ellos con el art. 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPRP), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 23 de marzo, sobre la Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial incoado a instancia de R.L.M.P., al reclamar indemnización por los daños que, según alega, le han sido causados a su hijo por la que entiende deficiente asistencia sanitaria que le fuera prestada con ocasión de una intervención quirúrgica de urgencia (fractura de rótula), al derivar en "infección postquirúrgica" que obligó a que fuera nuevamente intervenido, con secuelas, valorándose alzadamente en 300.000 euros los daños sufridos.

---

\* **PONENTE:** Sr. Lazcano Acedo.

## II

El procedimiento se ha tramitado con aplicación de las previsiones legales y reglamentarias que lo regulan, aunque con incumplimiento del plazo de resolución sin que exista justificación procedente, persistiendo, no obstante, la obligación de hacerlo expresamente, sin perjuicio de que el interesado hace tiempo que pudo tener por desestimada su reclamación a los efectos procedentes (arts. 42.1, 43.2 y 142.7 de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, LRJAP-PAC, y 13.3 RPRP).

Por otro lado, ha de consignarse que es la tercera vez que este asunto ha de someterse al pronunciamiento de este Consejo, no habiéndose pronunciado sobre el fondo del mismo y, por tanto, sobre las cuestiones mencionadas en el art. 12.2 RPRP, por deficiencias o insuficiencias en la instrucción del procedimiento cuya Propuesta se analiza, que exigieron, a juicio de este Organismo, la retroacción para su subsanación y, en definitiva, tanto para que se formule debidamente tal Propuesta, como para que se efectúe el Dictamen sobre ella.

En el Dictamen 545/2010, de 27 de julio, el Consejo entendió que no había información del Servicio competente y que debía confirmarse si la infección era nosocomial o no y su concreta causa. Esto es, el motivo por el que pudo actuar el enterobáctero que la causó, con explicación de la aparente ausencia de control al respecto; o bien, en caso de infección hospitalaria, la razón de que se pudiera producir. Así, ha de demostrarse tanto la idoneidad del tratamiento profiláctico del paciente en este concreto caso y la efectiva ausencia de los agentes aquí actuantes cuanto la del quirófano, así como de zonas de hospitalización en los días en que ocurrieron los hechos, con inexistencia de antecedentes de infección por tales agentes en el Centro del que se trata en esa época.

Verificada la instrucción complementaria a resultas de la retroacción acordada, este Consejo emitió nuevo Dictamen (DCC 126/2011, de 25 de febrero), entendiendo imprescindible, a los fines antedichos, la determinación de los siguientes extremos.

*"- Asepsia constada del personal interviniente en la operación de rodilla efectuada al paciente afectado inicialmente.*

*- Medidas adoptadas respecto a la posible actuación, reconocidamente posible, de la bacteria enterobáctero en todo el proceso asistencial, especialmente en la estancia hospitalaria.*

- *Procedencia de que, conocida la posible aparición de infección tras el alta de un paciente con herida quirúrgica, iniciada o no en el Centro hospitalario, se mantenga profilaxis, antibiótica en su caso, durante cierto tiempo, en el período de probable aparición de la infección larvada o hasta la primera revisión de la herida, aclarándose también si ésta es, además, la práctica habitual en este tipo de supuestos.*

- *En todo caso, si es pertinente, y así se puede hacer, recomendar al paciente mantener medidas de asepsia de la herida durante cierto tiempo, habiéndosele explicado la necesidad de hacerlo en este caso.*

*Posteriormente, y por obvias razones, ha de efectuarse el trámite de vista y audiencia a la interesada, cabiendo incluso que ésta pueda presentar pericia al efecto, y, ulteriormente, formularse la correspondiente Propuesta resolutoria, a ser enviada para ser dictaminada a este Organismo”.*

### III

1. Cumplimentada la instrucción complementaria requerida, se ha de entrar a analizar el fondo de la cuestión, remitiéndonos a los Dictámenes ya emitidos tanto en lo que concierne al procedimiento como al relato de hechos.

No obstante, cabe recordar sucintamente que el menor afectado fue intervenido el 9 de octubre de 2007 de fractura transversa de rótula izquierda, recibiendo el alta dos días después. Posteriormente, ante los fuertes dolores que padecía acudió con su madre a la clínica H.R. el 8 de noviembre de 2007, hallándosele infección posquirúrgica con úlcera rellena de tejido de granulación, con toma de muestras para cultivo; lo que exigió la programación de intervención quirúrgica para el día 9 de noviembre, con necesaria repetición el siguiente día 12, permaneciendo hospitalizado hasta el 23 de noviembre de 2007.

Tras el alta hospitalaria, con control en consultas externas hasta el 2 de septiembre de 2008, recibió el alta definitiva con las siguientes secuelas: pérdida de tendón rotuliano, aproximadamente entre el 25-27%; condropatía rotuliana, plica medio rotuliana; líquido libre en la bolsa suprapatelar; tendinopatía; y una cicatriz de más de 15 cm.

2. En cuanto a la información emitida, el informe inicial del Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del HUNSC señaló que el paciente, tanto el día de la intervención como durante su ingreso hasta el 11 de octubre de 2007, fue

sometido a profilaxis antibiótica. Según el Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), entre los riesgos de la intervención quirúrgica realizada, detallado en el documento cumplimentado de consentimiento informado, figura el de "infección de herida quirúrgica", insistiéndose al respecto que el paciente recibió profilaxis con antibiótico tanto en la intervención como durante su estancia hospitalaria, constando asimismo en la historia clínica la esterilidad del material utilizado.

Por otro lado, el informe del Servicio de Medicina Preventiva del HUNSC precisó que la herida de la rodilla pudo haber sido "la vía de entrada de los gérmenes responsables de la infección", pero durante el internamiento el menor no presentó síntomas de fiebre ni infección, habiendo recibido el paciente profilaxis.

Sin embargo, la realidad es que del expediente original resultaba que el paciente sólo había recibido profilaxis antibiótica completa contra el riesgo de infección por *staphylococcus*, pero tal actuación no había sido plena, aparentemente, contra la eventual actuación del *enterobacter*. Asimismo, en los informes obrantes se informaba de "infección posquirúrgica", aunque en el control del paciente realizado siete días después de la operación no había signo de infección; motivo por el que se dio el alta sin indicación antibiótica.

En todo caso, no constaba información del Servicio competente que acreditara que la asepsia preoperatoria y hospitalaria fuera la procedente en este concreto y específico caso, observándose por este Organismo que la existencia de un protocolo a aplicar en general no significa, sin más, que la aplicación se produjera o se hiciera debidamente en este supuesto.

3. Tras la primera retroacción, se informó la probabilidad de que la infección diagnosticada el 8 de noviembre de 2007 tuviera carácter nosocomial, lo que incluye un criterio de temporalidad que abarca desde las 48 horas después del ingreso del paciente hasta doce meses tras la intervención, aunque el 98 % de las infecciones se desarrollan y aparecen en los 30 días siguientes a aquélla, como es el caso. En cuanto al origen, es difícil determinarlo, pero, tratándose de un paciente joven y sin constar ninguna otra alteración de salud, los microorganismos hallados indican que probablemente la infección se inició desde la propia piel del paciente, contaminando la zona de incisión; circunstancia posible porque la piel no se puede esterilizar sino desinfectar.

Por otra parte, se informa que los protocolos vigentes en el HUNSC en 2007, propuestos por el Comité de Infecciones del Centro, disponían en ese momento que el antibiótico de elección era el cefonicid, por lo que su uso fue correcto, tratándose

los microorganismos más frecuentes de origen cutáneo, tales como el *staphylococcus epidermidis* y el *staphylococcus aureus*, sensibles a meticilina.

Se observa que, aun cabiendo infección en heridas quirúrgicas hasta un mes después de la intervención, no existía aquélla en el momento del alta del paciente, no indicándose consecuentemente tratamiento porque no hay ningún protocolo que prevea profilaxis antibiótica al alta de los pacientes sin infección para evitar que ésta aparezca. Desde luego, la intervención del paciente se realizó siguiéndose tanto el protocolo habitual de profilaxis antibiótica, como con preparación del campo quirúrgico con medidas estériles, continuándose el tratamiento durante su ingreso sin que al alta existiere clínica de infección.

Sin embargo, este Organismo advirtió que parece razonable sostener que, al menos en el intervalo reconocido de posible aparición de la infección larvada, se mantenga la profilaxis, antibiótica o no, hasta la revisión de la herida. En este sentido, dado el reconocido riesgo de infección posterior por la actuación de diversos agentes, residentes en el entorno o aun la piel del paciente, parece igualmente procedente advertir a éste del problema y recomendarle medidas de asepsia de la herida, informándole al respecto.

Cabe reseñar, además, que la reclamante formuló alegaciones el 19 de enero de 2011, insistiendo en la pertinencia de la reclamación al ser la responsabilidad de la Administración objetiva y cubrir los supuestos de caso fortuito.

4. Tras la nueva retroacción, se efectuó trámite informativo complementario, del que resultan las actuaciones que a continuación se exponen.

Con fecha 30 de marzo de 2011, se emite nuevo informe por el Jefe de Medicina Preventiva del HUNSC según el cual la elección y dosis de la profilaxis antibiótica fueron correctas en la intervención, a la vista de los microorganismos más frecuentes que se aislaban en el Centro hospitalario entonces. En cuanto al *enterobacter*, presenta sensibilidades muy dispares y las alternativas más eficaces son las más tóxicas, por lo que la mayoría de los protocolos de las sociedades científicas consideran preferible administrar un solo antibiótico y no dañar aun más al enfermo; lo que parece asumir que podía actuar en el entorno hospitalario pero es tratable mediante antibiótico más eficaz al respecto que el utilizado.

Recuerda también que no hay indicación protocolaria de administrar profilaxis antibiótica al alta de los pacientes sin infección para evitar que ésta aparezca,

siendo recomendable evitarlo para no aumentar las resistencias bacterianas, actualmente ya un problema acuciante, y el número de reacciones adversas en los pacientes.

En todo caso, las actuaciones preventivas consensuadas científicamente y protocolizadas a nivel nacional e internacional no alcanzan a reducir el riesgo infeccioso a cero. Finalmente, se indica que al paciente se le recomendó acudir al hospital para comprobar la evolución de la herida, tal y como se recomienda en los casos de pacientes operados.

No obstante, aparte de no especificarse la frecuencia de control, no se hace alusión a si se le recomendó también, ante el mismo riesgo de infección, la pertinencia de medidas especiales de asepsia en la herida y su entorno para eludir la plasmación de tal riesgo.

## IV

1. Vista toda la información emitida, ha de considerarse acreditado, no habiendo prueba o dato que justifiquen o siquiera hagan dudar lo contrario, que el personal y material o entorno del Centro donde se efectuó la intervención inicial estaban en las condiciones de asepsia exigibles, así como que al paciente se le efectuaron las medidas profilácticas procedentes antes y durante la intervención y, luego, en su estancia hospitalaria. Por eso, se le dio el alta. Ha de convenirse también, sin presentar signos de infección, cabiendo asumir incluso la pertinencia de no administrar profilaxis o antibióticos después, por las razones expuestas al respecto, aun conociéndose el riesgo de infección externa, siempre que tal riesgo se controle con medias apropiadas.

Por el contrario, no puede admitirse sin más, especialmente en caso de microorganismos patógenos o infecciosos de concreto y reconocido origen hospitalario, en particular en quirófanos o zonas posquirúrgicas, máxime de haber antecedentes y conocerse o aun sospecharse su existencia, que, sin ser desconocidos o mutantes, sea imposible su control mediante muestreo periódico con subsiguiente erradicación o, al menos, impedimento de su actuación sobre pacientes ingresados, sin poder la Administración aducirlo para no asumir el riesgo y no ser responsable de plasmarse por fuerza mayor o por el estado del conocimiento científico o técnico (art. 141.1 LRJAP-PAC). Y otra cosa es el nivel de responsabilidad exigible en cada caso según sus circunstancias, como la situación del paciente o la imperatividad de la actuación sanitaria.

No obstante, ha de aceptarse que, pese a poder ser nosocomial la infección en los términos que luego se expondrán, el agente actuante, enterobáctér, no tiene origen hospitalario específico y se realizó un tratamiento preventivo al respecto al nivel recomendable, con el antibiótico de elección. Además, no se detectó su eventual actuación durante la estancia hospitalaria, sin requerirse el correspondiente tratamiento entonces, o bien, al darse el alta, no siendo adecuado hacerlo entonces.

2. Sin embargo, no siendo el enterobáctér un microorganismo residente en la piel, no puede mantenerse que el agente infeccioso estaba, además sin duda alguna, en aquélla, que puede desinfectarse, pero no esterilizarse. En este sentido y sin importar el agente causante de la infección, al fin de eludir la exigencia de responsabilidad puede ser insuficiente que, conocido el riesgo de infección, habiéndose detectado varios casos y sabiendo que el contagio se produzca en Centro hospitalario, incluso por enterobáctér, la Administración se limite a recomendar al paciente, sin indicación específica de control, la visita al Centro para comprobar la evolución de la herida o, cuando menos, sin advertírsele la necesidad de estricta asepsia de ésta, indicándose cómo hacerla, particularmente ante un eventual ataque de agente infeccioso no cutáneo, que se reconoce posible, o bien, su inmediata presencia en el Servicio actuante al menor signo de dolor o infección.

Así, en el informe de alta hospitalaria de 11 de octubre de 2010 se indican, como recomendaciones, la administración de analgésicos y deambulación con bastones, además de pasar control en consulta externa el 18 de octubre. Lo que efectivamente se hace ese día, procediéndose a la cura de la herida quirúrgica, retirada de férula e inmovilización con alza de yeso, pero sin constar indicación alguna de control, asepsia o reacción ante los signos referidos, que, al parecer, tampoco existían entonces.

3. Transcurridas tres semanas, el paciente acude el 8 de noviembre a la Clínica H.R. al sufrir dolores en la herida, objetivándose infección postquirúrgica con úlcera rellena de tejido de granulación", pero sin presentar síntomas sistémicos de infección, tomándose muestra para cultivo, en el que se detecta el enterobáctér como agente actuante.

Este microorganismo se encuentra en el aparato digestivo humano y es capaz de producir infecciones en el tracto urinario o en heridas quirúrgicas, teniendo un periodo de incubación de 7 a 14 días. Por tanto, congruentemente con lo expuesto antes, el paciente no se pudo infectar antes o durante la intervención inicial del 9 de

octubre, no habiendo sintomatología en la revisión del día 18 siguiente. Consecuentemente, detectándose aquélla el 8 de noviembre, cabe deducir que pudo producirse, estando ya de alta, entre el 24 de octubre y el 1 de noviembre.

Sin embargo, sin que exista explicación por la Administración sobre este extremo, razón por la que quizá se admite por el especialista informante el posible carácter nosocomial de la infección, la realidad es que, en la visita, no recomendada ni fijada o prevista, a la Clínica H.R. lo que se aprecian no son simplemente tales signos, sino una infección avanzada que causó, precisamente por eso, el daño resultante finalmente.

Por consiguiente, el contagio infeccioso de la herida pudo producirse con anterioridad al 24 de octubre. En esta línea, se recuerda que seis días antes de esa fecha el paciente pasó consulta externa a los fines ya reseñados, de modo que la infección pudo originarse aquí, infectándose la herida por enterobáctero no tratado con antibiótico alguno al realizarse las correspondientes actuaciones, sin haber constancia de que se procediera con las medidas profilácticas apropiadas, en relación con las adoptadas en el Centro hospitalario. En tal caso, la infección es postquirúrgica, afectando a la herida resultante de la cirugía y nosocomial, aunque originada en Centro distinto al que operó, siendo exigible responsabilidad por este motivo, salvo que se acredite que se procedió en ese otro Centro con las medidas de asepsia y de profilaxis apropiadas, similares a las del primer Centro.

En cualquier caso, y en su defecto, reconociéndose que se infecta la herida quirúrgica y que ello es posible y hasta frecuente de no actuarse pertinentemente con posterioridad, incluso sin intervención de patógeno residente en piel, sino de otro que lo hace en otra parte del cuerpo del huésped, la infección ocurre sin haberse hecho al paciente y posible infectado más que una mera recomendación, por demás general, de visitas tras el primer control para comprobar la evolución de la herida. Mas no la pertinencia, al existir riesgo de infección, de acudir regularmente para controlar tal riesgo, conocido y cierto. Ni, en todo caso y sin perjuicio de lo antedicho, la necesidad de asepsia constante, durante el tiempo adecuado y con los medios recomendados, de la herida por ese motivo, así como la imperatividad de que al menor signo de infección, como fiebre o dolor, se acudiese de inmediato al Centro para ser atendido.

Razón por la que es exigible responsabilidad por el daño sufrido, aunque limitada, debiéndose valorar éste de acuerdo con su origen y las circunstancias del caso, habida cuenta de que la causa del mismo ocurre por una actuación

administrativa omisiva que, además de no estar expresamente protocolizada, contribuye sólo parcialmente a que se produzca la infección del afectado.

## CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución no se estima conforme a Derecho, debiendo proceder a indemnizar a la reclamante en una cantidad no inferior al 20% de lo solicitado.