



Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 1ª)

La Laguna, a 17 de noviembre de 2011.

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.S., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 598/2011 IDS)\*.*

## F U N D A M E N T O S

### I

Mediante escrito de 29 de septiembre de 2011, con registro de entrada en este Organismo el 14 de octubre de 2011, la Consejera de Sanidad solicita, 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 con el art. 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP), aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

El Dictamen se realiza sobre una Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado a instancia de A.M.S., que reclama por daños derivados de infección hospitalaria, producida tras intervención quirúrgica para rectificar una luxación de su codo derecho; lo que alargó sobremanera el tratamiento y recuperación, quedando secuelas, solicitando, por ello, una indemnización de doce mil euros (12.000 €).

### II

1. La tramitación del procedimiento se ha realizado en aplicación de las previsiones legales y reglamentarias que lo regulan, particularmente en su fase

---

\* **PONENTE:** Sr. Díaz Martínez.

instructora, constando la emisión de los informes preceptivos del Servicio, en este supuesto dos, de los Servicios de Traumatología y Medicina Preventiva, y el trámite de vista y audiencia a la interesada.

El procedimiento ha sido iniciado a solicitud de persona legitimada para ello, quien presuntamente ha sufrido el daño a consecuencia de la alegada deficiente prestación sanitaria, recibida del Servicio Canario de la Salud (SCS), que, como titular de la gestión del servicio correspondiente, ha de tramitar y resolver la reclamación.

2. Por otra parte, el escrito de reclamación se presentó dentro del plazo dispuesto para ello, no habiendo prescrito, por tanto, el derecho a reclamar, pues se efectuó el 20 de enero de 2006 y la reclamante había sido dada de alta el mismo día y mes de 2005, con indicación, además, de tratamiento ambulatorio posterior.

Asimismo, el daño es efectivo, evaluable económicamente y está personalmente individualizado.

3. El procedimiento se resolverá injustificada y sobradamente vencido el plazo, de 6 meses, reglamentariamente previsto, con los efectos que ello pudiera conllevar.

No obstante, procede resolver expresamente, al existir obligación legal al respecto, pudiendo serlo en el sentido propuesto [arts. 42.1 y 43.1 y 4.b) LRJAP-PAC], si bien la interesada hace años que pudo entender desestimada su reclamación a los efectos oportunos (art. 142.7 LRJAP-PAC).

### III

1. Según el antedicho escrito de reclamación, la interesada sufrió el 26 de julio de 2004 una caída accidental, golpeándose el codo derecho y siendo atendida por impotencia funcional en el Servicio de Urgencias del Hospital Insular. El diagnóstico fue luxación y se le colocó férula, que fue retirada a los 17 días, y se le pautaron analgésicos, con remisión al médico de cabecera y traumatólogo de zona.

Al tener dolores y aparecer hinchazón de brazo y codo, el 30 de agosto de 2004 es remitida al mencionado Servicio con diagnóstico de luxación "inveterada" y, al día siguiente, es intervenida bajo anestesia general para reducción de la lesión y estabilización del codo derecho, con control en consulta externa el 6 de septiembre, tras ser dada de alta el 1 de ese mes.

Sin embargo, el 4 de octubre ha de ser atendida en dicha consulta por supuración en el codo derecho e intolerancia de material de osteosíntesis, debiendo

ser intervenida un día más tarde para retirar el citado material, recibiendo el alta el 6 de octubre con indicación de tratamiento antibiótico ambulatorio y revisión el 11 de octubre de 2004.

No obstante, el 26 de octubre fue atendida en el Servicio de Traumatología por presentar dolor a la movilización activa y pasiva, limitación funcional y supuración, siendo reintervenida el 2 de noviembre de 2004 para exéresis de tejido necrótico y toma de muestra para anatomía patológica y microbiológica, pautándose antibioterapia hasta próximas revisiones.

Por fin, el 9 de diciembre de 2004 y dada su mala evolución, presentando supuración constante, claramente purulenta, es de nuevo asistida, aislándose staphilococcus meticilin resistente, con alta el 20 de enero de 2005 para continuar con tratamiento en consultas externas.

2. El informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), de 26 de enero de 2009, emitido tras reactivarse el procedimiento después de años de estancamiento no explicado, sostiene que, en la intervención inicial, se incluyeron medidas de profilaxis y se adoptó la asepsia habitual, siendo las actuaciones de los profesionales intervinientes ajustadas a la *lex artis* en todo momento. Así, se trató, en especial, de evitar infección con la debida cobertura antibiótica, según recoge la hoja de intervención de 31 de agosto de 2004.

En definitiva, la paciente fue asistida con uso, debidamente prestado, de todos los medios al alcance de los servicios médicos para procurar su recuperación, no conseguida por las reiteradas infecciones sufridas. Así, los tratamientos pautados, quirúrgicos y farmacológicos, fueron adecuados a la patología inflamatoria-infecciosa de la paciente, que presentó rechazo del material de osteosíntesis con posterior infección, exhaustivamente seguida y tratada.

El informe admite que la infección, calificada de nosocomial, está documentada, pero se advierte que obra en la historia clínica documento de consentimiento informado para la intervención inicial de la paciente, por lo que, pese a estar firmado por su nuera, sin explicación para ello, se afirma que aquella conocía los riesgos propios del caso, asumiendo su posible plasmación, pues, justamente, en dicho documento se refleja, entre las complicaciones, infección superficial y/o profunda.

Sin embargo, arrojando ciertas dudas sobre el carácter nosocomial de la infección, el Jefe de Servicio de Microbiología, en informe de 18 de junio de 2008, señala que, según los datos del sistema informático, la primera muestra, de esta paciente, recibida en ese Servicio corresponde a un exudado de herida quirúrgica, recogido en consultas externas de Traumatología el día 18 de octubre de 2004, no estando ingresada la paciente.

Por último, el Jefe del Servicio de Medicina Preventiva informa, el 20 de junio de 2008, que diariamente se aplican tanto los protocolos de limpieza y desinfección de las áreas quirúrgicas tras cada intervención, como los relativos a la esterilización del material quirúrgico reutilizable. Sin embargo, nada dice de la eventual comprobación de la ausencia de bacterias o agentes infecciosos, en esas áreas, antes de las operaciones, especialmente cuando se han producido otras infecciones y, además, recientes. En todo caso, confirma esta infección provocada por *pseudomona aeruginosa* y *staphilococcus aureus meticilin resistente*, relacionándola con la intervención efectuada el 31 de agosto de 2004. Termina reconociendo que, según consta en la base de datos del sistema de vigilancia epidemiológico, durante el año 2004 se diagnosticaron cuatro infecciones por staphilococcus en pacientes del Servicio de Traumatología, aunque ninguno en el periodo en el que fue diagnosticada esta paciente, pero no hay relación entre todos esos casos, sin que ello suponga, por cierto, negar la evidente conexión en tiempo, lugar y agente infecciosos.

## IV

1. Pues bien, la Administración reconoce que la infección de la paciente ocurrió en el Centro hospitalario, al menos la primera, con motivo de realizarse la intervención inicial. Y, también, que se produjeron en el Servicio actuante hasta cuatro más, en menos de doce meses, producidas por idéntico agente, al que, en este caso se añade otro, ambos de conocida posible existencia en ambientes hospitalarios.

En este orden de cosas, si bien consta cobertura antibiótica en la hoja de intervención, no se especifica si cubre los referidos agentes, de admitida actividad en el Servicio, ni se constata documentalmente la afirmada aplicación de protocolos antisépticos, o bien, en estas circunstancias, la realización del control positivo de ausencia de tales bacterias en los quirófanos de aquél y, concretamente, del utilizado en este caso.

A mayor abundamiento, no se aclara definitivamente el origen de la infección, ni el motivo por el que se mantiene, pese a las actuaciones para atajarla. Así, no parece haber infección al alta o en la primera revisión, siendo el 4 de octubre de 2004 cuando se aprecia y se objetiva rechazo del material de osteosíntesis, pero sin constar que se investigara la causa de la infección, pautándose tan solo antibióticos y nueva consulta el día 11 posterior.

El 26 de octubre de 2004, la afectada vuelve a tener dolores y limitación funcional, reactivándose la infección o apareciendo otra. Se practica nueva intervención, sin que se llegue a controlar la infección, pues evoluciona mal y se reproduce la supuración purulenta, siendo reintervenida y aislándose, al parecer por primera vez, las bacterias antes reseñadas, manteniéndose el tratamiento con diversos fármacos.

2. En cualquier caso, como se recoge en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, el informe de Medicina Preventiva confirma "el diagnóstico de infección nosocomial por *Pseudomona aeruginosa* y *S. aureus meticilina* resistente, que relacionan con la intervención efectuada el 31 de agosto de 2004". Por tanto, los informes reconocen que los agentes actuantes estaban ya presentes en la intervención inicial, pese a la supuesta aplicación de los protocolos o cobertura antibiótica, encontrándose activos en el quirófano o en el postoperatorio, en relación con el material usado, teniendo en cuenta, por lo demás, que ese mismo año y en tal lugar ocurrieron infecciones por igual agente, incluso previas a la operación aquí de referencia.

Asimismo, es de resaltar que se tardó varios meses en identificar y aplicar el tratamiento efectivo para el agente asociado a la infección, activo en el Centro antes y después de la que afectó a esta paciente, utilizándose, mientras tanto, para combatir la infección, medicamentos no efectivos, hasta que en el mes de diciembre de 2004 se identifica e instaura el tratamiento correcto.

Y, en fin, aparte de lo antes expresado, ha de recordarse que el consentimiento informado no es una salvaguarda que permite descuidar el deber de control y cuidado que incumbe al facultativo y a la propia Administración sanitaria, particularmente respecto a infecciones. Ni puede servir para excluir la responsabilidad administrativa, cuando no tenga en cuenta las circunstancias personales de la paciente o los riesgos de la concreta intervención, que ha de practicarse en su particular caso, o bien, no explica debidamente los riesgos que

puedan aparecer, cual es el rechazo del material implantado. Y, desde luego, tampoco está correctamente realizado, cuando no lo firma la propia interesada y no se justifica plenamente que, pese a ello, la paciente está debidamente informada y consiente efectivamente.

3. Por otra parte y en lo que afecta al motivo de la necesidad de intervenir a la paciente por primera vez, ha de observarse que, según literatura médica conocida, es excepcional que una luxación llegue a ser inveterada por falta de diagnóstico o de asistencia en las primeras 24 horas, siendo evidentes sus manifestaciones clínicas; esto es, las luxaciones inveteradas de codo son raras en nuestro medio.

En este caso, la intervención inicial pudiera haberse debido a que el tratamiento primero de la luxación no fuera el adecuado, requiriéndose, la operación, cuando por este motivo aquélla se convirtió en inveterada. De esta forma, se trató tardíamente y con material de osteosíntesis, con posible rechazo e infección, por actuación de ciertos agentes, que estuvieran indebidamente activos en el Centro.

4. En consecuencia, la paciente ha sufrido un daño, que no tiene obligación de soportar, derivado de la existencia de infección nosocomial, la tardanza en identificar y aplicar el tratamiento efectivo para los agentes causantes de la infección, activos e identificados en el Centro incluso desde antes de la primera operación de la reclamante, así como no haberse prestado correctamente el consentimiento informado al no firmarlo la propia interesada y no justificarse plenamente que, pese a ello, estaba debidamente informada y consintió efectivamente en la intervención quirúrgica.

Teniendo en cuenta los daños morales y las limitaciones que sufre, según el informe del SIP, se estima que la indemnización debe ascender a la suma de 9.000 euros, que deberá ser actualizada de conformidad con lo dispuesto en el art. 141.3 LRJAP-PAC.

## CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución no se estima adecuada a Derecho, debiendo indemnizarse a la reclamante en la forma expuesta en el Fundamento IV.4.