



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 5 0 7 / 2 0 1 2

(Sección 1ª)

La Laguna, a 25 de octubre de 2012.

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 F.H.S., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 458/2012 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. Mediante escrito de 8 de agosto de 2012, la Consejera de Sanidad interesa preceptivamente de este Organismo dictamen 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, en relación con el art. 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP) sobre la Propuesta de Resolución del procedimiento de reclamación de indemnización por daños incoado a instancia de F.H.S. (el reclamante) por el fallecimiento de su padre a consecuencia, se alega, del contagio por *proteus mirabilis* tras realización de intervención quirúrgica.

Por este hecho se solicita una indemnización de 150.053,03 euros, más los intereses legales.

II

1. La mencionada Propuesta de Resolución culmina un procedimiento que se tramita en aplicación de la regulación legal y reglamentaria al respecto (Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo

* **PONENTE:** Sr. Bosch Benítez.

Común, LRJAP-PAC, y el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP).

Así, la reclamación ha sido presentada por sujeto legitimado, el hijo menor fallecido, en orden a iniciar el procedimiento de responsabilidad [arts. 31.1.a) y 142.1 LRJAP-PAC].

Sin embargo, se observa que, aunque no se determinar el estado civil del fallecido, se conoce que tuvo doce hijos, diez de ellos en un primer matrimonio y, justamente, no consta que la viuda y los restantes hermanos, todos ellos mayores de edad, hayan comparecido en las actuaciones al no haber sido, al parecer, notificados al respecto, cuando procedía hacerlo como interesados en este asunto [art. 31.1.b) LRJAP-PAC]. Por tanto, ante todo procede que se subsane este defecto a los efectos oportunos, estando de lo contrario viciado el procedimiento desde su inicio; salvo que, acreditadamente, se hubiere efectuado la notificación y los interesados hubieran manifestado su voluntad de no intervenir.

El escrito de reclamación se presentó el 18 de septiembre de 2004, antes de vencer el plazo de un año previsto legal y reglamentariamente para que se produzca la prescripción del derecho a reclamar. Así, aún cuando el fallecimiento ocurriese el 19 de septiembre de 2000, se incoaron Diligencias Previas por el Juzgado de Instrucción nº 2, de los de Las Palmas de Gran Canaria, sobre los hechos, acordándose su archivo por Auto del mismo de 5 de julio de 2002, confirmado por la Sentencia de 3 de marzo de 2003, de la Audiencia Provincial de Las Palmas de Gran Canaria, al desestimar el recurso correspondiente (arts. 142.5 LRJAP-PAC y 4.2 RPAPRP).

2. Por otro lado, la reclamación fue correctamente calificada y admitida a trámite, tras instarse subsanación y mejora debidamente cumplimentada (art. 6.2 RPAPRP), constando la realización de los actos de instrucción necesarios para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debe pronunciarse la Resolución (art. 7 RPAPRP).

Así, se acordó la apertura del período probatorio, admitiéndose las propuestas por el interesado, documental y testifical, practicándose precedentemente (art. 9 RPAPRP).

También obran en el expediente los preceptivos informes de los Servicios -Cirugía Ortopédica y Traumatología, UMI, Microbiología y Medicina Preventiva- cuyo funcionamiento ha causado presuntamente la lesión indemnizable (art. 10 RPAPRP),

aunque los dos últimos Servicios citados no han informado en cuanto tales, sino a través de su pertenencia a la denominada Comisión de Infecciones.

Se procedió a la apertura del trámite de vista y audiencia al interesado, que compareció solicitando y haciéndosele entrega de la documentación requerida, tras lo que formuló las alegaciones que entendió pertinentes en defensa de su derecho (art. 11 RPAPRP).

Formulada la Propuesta de Resolución, fue informada por el Servicio Jurídico, que la consideró conforme a Derecho, concluyendo el procedimiento la Propuesta de Resolución definitiva, desestimatoria de la reclamación, debiendo resolver la Directora del Servicio Canario de la Salud [art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias].

Desde luego, se resolverá largamente vencido el plazo máximo para hacerlo y notificar la resolución; no obstante, pesa sobre la Administración el deber de resolver expresamente, sin perjuicio de los efectos que esta injustificada y extraordinaria demora pudiera o, en su caso, debiera comportar [arts. 41; 42.1; 43.1 y 4.b); 141.3; y 142.7 LRJAP-PAC].

De hecho, consta que el reclamante formuló recurso contencioso administrativo ante el Juzgado de lo Contencioso Administrativo nº 3 de Las Palmas de Gran Canaria, del que posteriormente desistió; desistimiento que fue acogido por Auto de 11 de marzo de 2005, declarando terminado el procedimiento contencioso y ordenando su archivo.

III

1. El interesado plantea que en la asistencia sanitaria prestada al paciente se tomaron decisiones equivocadas en cuanto al diagnóstico que terminaron por provocar su muerte. Así, sostiene que necesitaba control específico, pues presentaba valores descompensados como acreditaban los desplazamientos de parámetros apreciables entre analíticas, observándose que nada se hizo hasta una semana después la intervención que se le practicó y solo ante la existencia de síntomas evidentes de infección.

El informe de necropsia, de 28 de septiembre de 2000, considera que el fallecimiento se produjo por "shock séptico" de origen desconocido. Por su parte, el informe pericial forense, de 1 de julio de 2002, concluye que la actuación médica fue conforme a la *lex artis*, sin existir indicio de mala praxis en la intervención

practicada. Sin embargo, no descarta que la causa de la muerte fuese una infección hospitalaria, desconociéndose si durante la estancia del paciente en el Centro su laboratorio había hecho más de un cultivo de *proteus mirabilis*, germen conectado al proceso infeccioso del paciente, demostrativos en su caso de la existencia simultánea o concatenada de pacientes que sufrieron infección por ese germen en dicho centro. Y es que esa bacteria está involucrada significativamente en un alto porcentaje de infecciones hospitalarias, pudiendo generar en especial infección urinaria por su carácter ubicuo máxime al ser de repetición.

2. Según el informe de la Comisión de Infecciones, en la que participan los Jefes de los Servicios de Microbiología y de Medicina Preventiva, de 18 de noviembre de 2005, este último hace un seguimiento diario de bacteriemias y de infecciones nosocomiales, incluidas urinarias y quirúrgicas, en todos los Servicios que realizan cirugías, como el de Traumatología y Cirugía Ortopédica. Además, con periodicidad anual analiza la "prevalencia" de estas infecciones nosocomiales en todo el hospital.

Al efecto, se ha creado un sistema coordinado entre ese Servicio y el de de Microbiología para la detección y control de brotes nosocomiales, a tiempo real, en relación con microorganismos epidemiológicamente relevantes o de importancia clínica por su mutirresistencia. Por eso, se actualizan y difunden periódicamente procedimientos normalizados sobre desinfección y esterilización del material clínico y el control de la higiene hospitalaria, así como se establecen Protocolos de actuación en las infecciones nosocomiales (inserción, manejo y cuidados de catéteres vasculares y urinarios, prevención de la transmisión de las infecciones y bioseguridad ambiental en áreas de riesgo), impartándose también sesiones y seminarios al personal del hospital al respecto.

Concretamente, durante la estancia del paciente en el hospital no se detectó ningún brote infeccioso en el mismo, siendo la incidencia acumulada de infección nosocomial en el Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del 12% en el año 2000, correspondiendo el 5% a la quirúrgica y el 2% a la urinaria, con el 8.5% en pacientes con sonda urinaria; cifras ajustadas a las recogidas en la bibliografía científica.

Por otra parte, dado el patrón de sensibilidad antibiótico y el tipo de enterobacteria implicada (*proteus mirabilis*), el origen de la infección urinaria es, casi con total certeza, endógeno en este caso, es decir, la bacteria causante formaba parte de la flora saprofita intestinal y/o perianal del paciente, al ser excepcional que, por ese motivo la detectada fuera externa al paciente.

En todo caso, se afirma que éste estaba cubierto para su eventual incidencia de acuerdo con el antibiograma realizado, aún admitiéndose que en pacientes parapléjicos, ha que han de tener sondaje permanente, es frecuente la infección por bacterias asintomáticas, aunque, según la literatura médica, no está indicado su tratamiento antibiótico, salvo que exista alguna clínica compatible con tal infección.

Lo que, al parecer, aquí acontecía, pero sin aclararse esta circunstancia definitivamente.

- El Jefe de Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, en informe de 28 de mayo de 2007, señala que en todos los pacientes parapléjicos, al tener una vejiga autónoma, quedan restos de orina sin expulsar, los cuales son un gran medio de cultivo para el crecimiento de gérmenes. Además, no es extraño que el trauma sufrido, fractura de fémur y hematoma subsiguiente, generase un déficit inmunológico unido a la posible diseminación hematógena de gérmenes provenientes de la vejiga paralítica, confirmando la necropsia la existencia de cistitis hemorrágica.

- El informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), de 11 de agosto de 2009, señala que la vejiga del paciente, por sus características favorece el acantonamiento de gérmenes, como el *proteus mirabilis*, que, aprovechando el éxtasis urinario o residuo postmiccional, puede migrar por la uretra y alcanzar el riñón. Esta circunstancia, unida al sondaje vesical que debía instalársela en el momento de su ingreso y previamente a la cirugía, son factores favorecedores de infecciones urinarias. Sin embargo, en el tratamiento prescrito desde el mismo momento del ingreso se incluyó antibiótico de la familia de la cefalosporinas, al que dicho germen es sensible, por lo que el paciente fue tratado adecuadamente desde esta perspectiva en todo momento.

Se informa que la infección por *proteus mirabilis*, cuyo hábitat natural es el intestino del ser humano, se desarrolla cuando se produce una bajada de defensas orgánicas, pero en este caso no existía por lo antedicho, estando el valor leucocitario del paciente, 12.00, en el límite del rango normal tras ingresar. Por eso, no había entonces justificación para realizar otras pruebas complementarias en el periodo preoperatorio.

En este contexto, el fallecimiento forma parte de la evolución de la sepsis cuya mortalidad está alrededor del 20%, mientras que la del shock séptico es cerca del 45%, siendo por eso muy baja la posibilidad de supervivencia. Así, a pesar de que se

diagnosticó con prontitud la infección y se instauraron con rapidez todas las medidas necesarias para controlarla, el paciente evolucionó desfavorablemente hasta morir.

3. De las actuaciones efectuadas ante el Juzgado con ocasión de la instrucción de las ya mencionadas Diligencias Previas se desprenden ciertos datos que pueden complementar los aportados por la instrucción del procedimiento.

En efecto, el interesado solicitó del Juzgado que interesara del Servicio de Microbiología del hospital información sobre el proceso de incubación y manifestación de sintomatología clínica de *proteus mirabilis*, bacteria detectada en el urocultivo realizado el 18 de septiembre de 2000, así como sobre la significancia del nivel leucocitario mostrado en analítica de tres días antes, 12.00, cuando los valores normales oscilan entre 3.00 y 10.80. En esta línea, cuestionó la asepsia de las instalaciones porque el informe forense indicaba que la infección se produjo por un germen común en infecciones hospitalarias, solicitando que se informara sobre los casos de infección por *proteus mirabilis* en el hospital entre septiembre de 2000 y enero de 2001.

En esta línea, el interesado entendió que existió "desidia" en la atención prestada al no interpretarse los síntomas debidamente y, por ende, no diagnosticarse correctamente la patología del paciente, con manifiesta falta de coordinación entre los Servicios actuantes. En todo caso, el consentimiento informado no obliga al paciente a asumir cualesquiera riesgos derivados de una prestación asistencial inadecuada, que agravó el diagnóstico por fin emitido y generó el fallecimiento posterior del paciente.

Por otra parte, de las declaraciones de los entonces imputados se obtiene lo siguiente:

- La herida de la intervención no presentaba infección. En todo caso, la leucocitosis desaconseja llevar adelante una intervención, siendo su valor en el momento de efectuarla de 10.7, dentro de la media de normalidad entre 3.00 y 10.8. Tres días después, el 15 de septiembre, era 12.00 y el 18 alcanzó 19,0, aunque estos parámetros se alteran fácilmente tras una intervención quirúrgica, siendo una desviación tan pequeña del número de leucocitos, sin alteración de la fórmula leucocitaria y sin fiebre, apenas significativa.

- Además, los hemocultivos fueron negativos y en las pruebas preparatorias no se detectó infección urinaria. Por tanto, la infección se produjo en el posoperatorio o se estaba incubando y no se detectó. En este sentido, la sonda era un factor de riesgo,

aunque después de la operación no hubo síntoma alguno. Y, respecto al preoperatorio, sólo apareció el hematocrito bajo, circunstancia resuelta con una transfusión.

- En definitiva, la infección causa del fallecimiento fue imprevisible y no tuvo relación directa con la intervención, desconociéndose el origen del cuadro infeccioso.

IV

1. A la luz de lo expuesto cabe admitir que la intervención quirúrgica realizada el 12 de septiembre transcurrió sin novedad, asociándose la infección, no a la herida quirúrgica, sino al tracto urinario, incluyéndose al efecto los datos del nivel de leucocitos. Desde esta perspectiva, el Servicio hospitalario más afectado habría de ser el de Medicina Preventiva o el de Microbiología, pero podría serlo también el de Traumatología en relación con el tratamiento antibiótico pautado y el control de la leucocitosis, o bien, de no haberse detectado debidamente, dados los síntomas, la infección del paciente y, por ende, no se hubiera tratado ésta diligentemente, no atacándose su evolución a tiempo.

Pues bien, consta que cinco días después de la intervención y estando ya en planta, el paciente presentó síndrome febril, con desorientación y sudoración, por lo que se le trasladó a la UMI. Al respecto se recuerda que el SIP sostiene que era normal o poco significativo el nivel de leucocitos (12,0) al ingresar, aunque su media de normalidad está entre 3,0 y 10,80. Tal nivel era de 17.20 el día antes de la operación y 10.70 cuando se efectuó, acrecentándose los días posteriores, según se reconoce, hasta alcanzar al menos 19.80 seis días después, falleciendo al día siguiente.

2. Con estos presupuestos procede hacer las siguientes observaciones.

A. En relación con el argumento de la escasa relevancia del valor leucocitario, además de la posible cuestionabilidad de tal afirmación a la luz de las opiniones de los propios informantes al respecto, alegándose que en su caso procede control complementario y abortar la cirugía de superar la normalidad, se advierte que, justamente, las analíticas realizadas en el preoperatorio indican la descompensación significativa de otros datos clínicos, mostrando valores por encima o por debajo de la media o normalidad.

Así, aun admitiéndose que el valor leucocitario no sea siempre determinante en sí mismo, lo cierto es que no sólo tiene relevancia reconocida para indicar infección, sino que, junto con los restantes valores y datos analíticos y datos clínicos disponibles, que permite sospechar la existencia de algún problema médico y, en particular, un proceso infeccioso, antes o, en todo caso, después de la intervención, aunque no estuviera directamente conectado a ésta.

En este orden de cosas, no es exacto que la única incidencia en el preoperatorio fuera el hematocrito bajo y, en relación con la alegación del reclamante sobre los desplazamientos en los parámetros del paciente, de las actuaciones resultan los datos que a continuación se exponen.

- El 11 de septiembre de 2000, un día antes de la intervención, el paciente tenía varios valores por encima de la media: cloruro, hemoglobina, hematocrito y leucocitos (17,20), así como neutrófilos, monocitos, monolitos, protombina, APTT y rAPTT.

- El 12 de septiembre, el día de la intervención, los leucocitos estaban en 10,70, apenas en el borde de la normalidad, mientras que el hematocrito, con los hematíes y la hemoglobina, estaban por debajo de la media.

- El 13 de septiembre, el día siguiente, los leucocitos marcaban valor normal, pero los otros indicadores seguían bajo la media, y dos días más tarde el valor leucocitario excedió netamente la normalidad.

- El 17 de septiembre los hemocultivos aerobios y anaerobios dan resultado negativo, aunque los dos urocultivos del día siguiente fueron positivos: 50.000 y 100.000 ufc/ml.

- El 18 de septiembre, a las 0:10 horas, el paciente presentaba valores por encima de la media, leucocitos y neutrófilos, y otros por debajo, hematíes, hemoglobina, hematocrito, linfocitos y eosinófilos.

Poco después, mostraba valores por encima en urea, creatinina y cloruro, estando por debajo el sodio, situación que se mantuvo entre las 11 y las 13:35 horas en relación con los mismos valores e indicadores y también otros diferentes, o bien a las 15:15 horas.

- El 19 de septiembre el diagnóstico por imagen evidenció engrosamiento parietal de la vejiga, en relación con la infección urinaria constatada-clínico analíticamente, mostrando las analíticas de esa fecha valores por encima o por debajo de la media, según el caso, similares a las precedentes.

B. Como se dijo, el SIP sostiene que el valor leucocitario 12.0 está en el límite de normalidad, teniéndolo el paciente al ingresar y antes de operarse, no justificando la realización de pruebas complementarias en el preoperatorio para indagar su posible causa, eventualmente una infección.

Sin embargo, de acuerdo con la información médica emitida, ese valor superó la normalidad claramente, y en un porcentaje significativo, antes de la intervención, circunstancia repetida luego en el postoperatorio. Es más, el valor el día antes de la intervención era de 17.20, aun mayor, y el día en el que se practicó, tras haberse incluso instaurado tratamiento antibiótico, estaba en el límite superior de normalidad (10.7).

Estas fluctuaciones, y lo que significan y supuestamente aconsejan, han de justificarse a los efectos oportunos, tanto antes de la intervención, sobre todo, como también después y desde el momento en que se apreció el nuevo exceso del valor leucocitario, así como el motivo, y su posible consecuencia, de que no se midiera éste durante dos días tras detectarse su anormalidad.

Es más, con estos precedentes, pre y postoperatorios, en relación con el reseñado valor y los otros asimismo descompensados ya reseñados, ha de determinarse si existía infección o era sospechosa la existencia de proceso infeccioso con varias días de evolución posiblemente y, además, las medidas adoptadas al respecto o, al menos, tras constatarse la infección urinaria por urocultivos.

C. La infección por *proteus mirabilis*, cuyo hábitat natural es el intestino, formando parte de su flora normal, se facilita cuando se produce una bajada de defensas orgánicas. Y, la fractura de fémur sufrida por el paciente, con hematoma subsiguiente, se admite que comporta déficit inmunológico, potenciándose la diseminación hematógena de gérmenes provenientes de la vejiga parálitica, de la sonda vesicular colocada o de ambas, existiendo cistitis hemorrágica.

Por eso, conocidas de antemano estas circunstancias y sus defectos, dadas las características del paciente y vistos sus datos analíticos, en particular el valor leucocitario, podría pensarse procedente la instauración de medidas preventivas, antibióticas o de otro tipo, al ingreso y antes de intervenir, para controlar una posible infección de este tipo y, detectada, tratarla convenientemente, incrementando en su caso la pauta antibiótica para erradicarla y, en su caso, no operar.

Al respecto se observa que el diagnóstico por imagen confirmó la infección urinaria y también una leve pielocalestasia en el riñón derecho, posiblemente por infección previa del recto, la cual que pudo tener lugar por contagio por la bacteria referida, o bien, incidir en la producida luego por ésta.

Se insiste en que se admite que, en pacientes parapléjicos, con vejiga autónoma y necesario sondaje permanente, es frecuente la infección por las razones ya indicadas; todo ello, justamente tras el ingreso y antes de la intervención, aunque quepa también que se produjera después o, tras un breve enmascaramiento por el tratamiento antibiótico para operar, continuase libremente tras la operación y al haberse limitado ese tratamiento.

En otras palabras, siendo los indicadores o valores de diversos elementos o parámetros, como el número de leucocitos, los que eran y conocidos los factores de riesgo, cabe que tuviera una infección al ingresar por sus problemas de vejiga y la sonda instalada, o bien, por su previa infección de recto, potenciando el contagio la bajada generalizada de defensas por el traumatismo sufrido, estando operativas ambas o fuentes del proceso, de modo que el proceso evolucionó sin control específico o apropiado hasta producir shock séptico y el fallecimiento, mostrándose claramente en la orina al final del proceso.

A lo que no obsta que, según la Propuesta de Resolución, la literatura médica, aunque no protocolos específicos al respecto, señale que el sondaje no implica tratamiento antibiótico necesariamente, pues se añade, justamente, salvo que vaya acompañado de algún tipo de clínica compatible con infección urinaria. Y, en este supuesto, no sólo podía haber tal clínica, con base analítica, para considerarlo, sino que el paciente por sus características tenía factores de riesgo reconocidos y de reiterada incidencia. Y, sin duda, se insiste que todo ello se conocía o se disponía de datos suficientemente que mostraban valores extraños en diversos indicadores; máxime si se conforma que el paciente sufría infecciones urinarias de repetición. Por eso, puede incluso que los dos urocultivos realizados, así como el diagnóstico por imagen, sean pruebas diagnósticas tardías y, desconociéndose encima la reacción médica que comportase, sin resultado práctico.

D. Al respecto la Propuesta de Resolución mantiene que se instauró pauta antibiótica según el antibiograma efectuado, estando el paciente cubierto para *proteus mirabilis* adecuadamente desde el primer momento. Pero tal afirmación es contradictoria respecto a la analítica disponible y, en particular, sobre el valor leucocitario, particularmente al ingreso y antes de la intervención. Además, en

cualquier caso ha de indicarse cuándo se dispuso del antibiograma y, sobre todo, el momento en que se aplicó la pauta antibiótica, antes o después de la operación o al ingresar en UMI, y si era suficiente, desde el principio de la asistencia, vistos los antedichos valores y dados los factores de riesgo de infección del paciente o el problema del recto. Y es que, aun suponiendo aplicada la pauta desde el principio, es patente que no fue adecuada por insuficiente, con anterioridad y posterioridad a la intervención, sobre todo de haber infección y, desde luego, detectada ésta.

Cabe recordar que el informe forense señala que el tipo de infección puede ser urinaria, al tratarse su causante de un germen muy ubicuo, presente en esta clase de infecciones por repetición, y presumiblemente contagiada. Además, no cabe descartar que se produjera en el hospital, pues, aunque se desconoce la existencia al tiempo o sucesiva de otras infecciones de pacientes del mismo, este germen está presente en un alto porcentaje de infecciones hospitalarias.

Justamente, pese a todas las actuaciones que se dicen por el Servicio competente efectuadas en esta materia y ámbito prestacional en el centro, ya referidas, y aunque no se detectó brote infeccioso allí el mes cuando el paciente estaba ingresado y fue intervenido, lo cierto es que, por algún motivo a aclarar o explicar, se produjo la infección en el centro o se evidenció en él, sin controlarse esta eventualidad a la vista de los datos disponibles y riesgos conocidos.

Además, se desconoce el período de incubación del germen, procediendo determinar la existencia de infecciones antes y después del mes indicado, en el hospital y, en particular, en el Servicio de Traumatología, con carácter urinario y por la bacteria de referencia, incluso siendo endógena, pero descartando definitivamente la externa.

V

Por tanto, por especialista no interviniente hasta el momento del SCS y a la vista de la historia clínica y el presente expediente, ha de informarse sobre:

- Determinación del antibiograma y comienzo de la pauta antibiótica, al ingreso y antes o después de la intervención, con control y fijación específica que procedía de la misma dadas las condiciones del paciente y los factores de riesgo del mismo.

- Vistos los antecedentes y factores de riesgo (vejiga, sonda, recto, trauma), razón de la variabilidad de los valores de la analítica, en especial el leucocitario, pero también los restantes, señalándose si son indicativos de infección y explicando

la pertinencia de las medidas adoptadas de las que, sin haberlo sido, debieron tomarse en esta tesitura, incluida la suspensión de la intervención, especialmente si su realización favorecía el proceso infeccioso en marcha.

- Control de los factores indicadores de infección los días posteriores a la intervención, sobre todo dados los resultados ya disponibles antes, determinando si podía detectarse, a su vista y otras pruebas hechas, la infección los días 16 y 17, o bien, 18, y en tal caso, pudo ser controlada entonces y, al menos, evitarse su desenlace fatal.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución no se ajusta al Ordenamiento Jurídico, debiendo retrotraerse las actuaciones a fin de completar el procedimiento en la forma expuesta en el Fundamento IV.2.D; una vez practicados los trámites pertinentes, y habiendo dado audiencia al reclamante, se formulará una nueva Propuesta de Resolución, que habrá de remitirse a este Consejo para su Dictamen preceptivo.