

Dictamen n^o: **23/13**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **23.01.13**

DICTAMEN de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 23 de enero de 2013, emitido ante la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 13.1 de la Ley 6/2007, de 21 de diciembre, en el asunto promovido por E.N.C. sobre responsabilidad patrimonial de la Administración, por la deficiente asistencia sanitaria dispensada y el supuesto contagio de hepatitis C, que atribuye al uso de equipo contaminado en procedimientos quirúrgicos y a prácticas de inyección intravenosa por parte del Hospital Infanta Sofía.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Mediante escrito presentado en el registro del Servicio Madrileño de Salud el 23 de julio de 2009, la interesada reclama responsabilidad de la Administración por los daños consistentes en un supuesto contagio de hepatitis C y de bacteria *Enterobacter Cloacae*, del que responsabiliza al Hospital Infanta Sofía, donde estuvo ingresada para una intervención de reducción abierta y osteosíntesis por fractura luxación del codo derecho tras sufrir una caída accidental. En concepto de indemnización solicita la cantidad de setenta y cinco mil euros (75.000 euros).

Con el fin de acreditar los hechos expuestos, la reclamante solicita la apertura del periodo de prueba que deberá versar sobre los siguientes extremos:

“1º) Contagio tanto por Enterobacter Cloacae, como por el virus de hepatitis C, en el Hospital Infanta Sofía de Madrid, teniendo en cuenta mi analítica tanto anterior como posterior a las intervenciones medico-quirúrgicas a las que he sido sometida durante el pasado mes de septiembre/octubre de 2008 en dicho centro hospitalario.

3º) Las diversas quejas presentadas al Servicio de Atención al Paciente del Hospital Infanta Sofía, donde se evidencia el malestar que he venido sufriendo, sin que se haya prestado la debida atención a mi enfermedad hasta que no ha resultado evidente. Así como el hecho de haberme dado un alta hospitalaria cuando mi estado de salud era realmente deficiente, sufriendo constantes mareos, que me han hecho dependen constantemente de una persona para cualquier actividad diaria. (sic).

Asimismo, se señalan los siguientes medios de prueba, que se proponen con el fin de probar lo expuesto por esta parte:

1º) Documental privada, consistente en que se tengan por reproducidos en el ramo de prueba de esta parte, los siguientes documentos, aportados junto con el presente escrito de reclamación patrimonial:

- Analíticas practicadas tanto antes de ser intervenida en el hospital Infanta Sofía como una vez intervenida, junto con los informes médicos emitidos como consecuencia de las distintas intervenciones practicadas.

- *Analítica practicada a [...], esposo de la ahora reclamante, acreditativo de que el contagio por hepatitis C en ningún caso lo ha sido por vía sexual.*

- *Quejas presentadas ante el Servicio de Atención al Paciente.*

- *Fotografías realizadas durante el periodo en que fui dada de alta una vez intervenida del codo, para realizar las curas en el domicilio, las cuales evidencian que tales curas han de ser realizadas por personal especializado, no procediendo el alta hospitalaria dada.*

2º) Informe pericial aportado junto al presente escrito, emitido por el Dr. [...], nº de colegiado [...], donde se refiere tanto a la infección por Enterobacter Cloacae como a la infección por hepatitis C, concluyendo que dichas infecciones han sido provocadas por las intervenciones médicas a las que he sido sometida como consecuencia de la fractura sufrida en mi brazo derecho el pasado mes de agosto de 2008”.

Con fecha 28 de diciembre de 2009, la interesada presenta en el servicio de correos ampliación de la reclamación de responsabilidad patrimonial adjuntando resolución del Instituto Nacional de la Seguridad Social de 5 de noviembre de 2009, de declaración de incapacidad permanente en el grado de “*Total para la profesión habitual*”.

SEGUNDO.- La documentación clínica obrante en el expediente muestra los siguientes hechos:

Respecto a los hechos reclamados, del expediente se desprende que la perjudicada, nacida el 31 de diciembre de 1944, acudió al Servicio de Urgencias del Hospital de Especialidades Puerta del Mar de Cádiz, perteneciente al Servicio Andaluz de Salud de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, el 27 de agosto de 2008 a las 23:11 horas, por dolor en el brazo derecho tras una caída accidental. La radiografía realizada

evidenció luxación posterior de codo derecho. Se redujo la luxación y se realizó una nueva radiografía de control, donde no se observaron fracturas y se comprobó la reducción de la luxación. Se puso una férula posterior y slin. Fue dada de alta a las 1:49 horas del día siguiente pautando tratamiento con antiinflamatorios, un protector gástrico y control por su médico de atención primaria (MAP).

El 2 de septiembre de 2008, la paciente fue remitida desde su centro de atención primaria al Hospital Infanta Sofía de Madrid para valoración radiológica. En los servicios de urgencia se objetivó mediante radiografía reluxación de codo, procediéndose a realizar, bajo anestesia local + IV reducción de la luxación comprobando inestabilidad a partir de los 80° de extensión sin bloqueo de la pronosupinación, no había inestabilidad lateral. Se colocó férula posterior de codo que no consiguió mantener el codo reducido por lo que se decidió colocar aguja transolecraneana en quirófano para, en un segundo tiempo realizar artroplastia de cabeza de radio y reparación de ligamentos mediales.

El 3 de septiembre fue intervenida nuevamente, se efectuó reducción cerrada y estabilización transarticular con aguja de Steiman. Quedó en lista de espera quirúrgica para prótesis de cabeza de radio, se realizó parte de interconsulta a Anestesia. Recibió el alta habiéndole suministrado previamente Nolotil intravenoso.

Ese mismo día, 3 de septiembre, por la tarde, la paciente volvió al hospital por presentar un cuadro de prurito cutáneo intenso que fue diagnosticado como reacción alérgica cutánea, por dudosa alergia al Nolotil, que se resolvió mediante la instauración de tratamiento médico.

El 7 de septiembre de 2008 acudió de nuevo a Urgencias por presentar mucho dolor en el codo derecho a pesar de la analgesia pautada. En Urgencias se realiza nuevo estudio radiográfico, comprobando la estabilización de la lesión, se ajustó el tratamiento analgésico y se indicó

que acudiera el 10 de septiembre de 2008, como estaba previsto, a quirófano para tratamiento definitivo.

El 10 de septiembre se realizó reducción abierta de luxación de codo derecho con anestesia general, realizando osteosíntesis de cúpula radial, suturando ligamento colateral medial y estabilizando la lesión con fijador externo. El postoperatorio transcurrió dentro de la normalidad, realizando curas de la herida, siendo dada de alta el 12 de septiembre, estando afebril. En su centro de atención primaria se realizaron las curas de la herida quirúrgica.

Volvió a Urgencias el 17 de septiembre, refiriendo supuración de la herida y fiebre, donde se objetivó exudado serohemático en herida quirúrgica, junto a una pequeña cantidad de exudado purulento. Se realizó limpieza y cura de las heridas, se tomó muestra para cultivo y se instauró tratamiento antibiótico empírico, revisión en consulta de Traumatología en dos días.

Ingresó en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) el 19 de septiembre por supuración de la herida quirúrgica. Se realizó lavado articular y quedó ingresada para tratamiento antibioterápico intravenoso con Meropenem y gentamicina tras el cultivo del exudado de la herida de un *Enterobacter cloacae*. En el evolutivo de ese día consta *“Curo herida: no se ha limpiado ni el brazo. Exudado purulento. Curso ingreso para tratamiento antibioterápico iv y curas diarias”*.

La paciente quedó ingresada en planta en el Hospital Infanta Sofía. Al día siguiente, 20 de septiembre, fue revisada de nuevo: estaba afebril y se volvió a curar la herida, que presentaba muy poco exudado. El 21 de septiembre fue valorada nuevamente, persistía exudado seroso en zona proximal de la herida. A pesar de la mejoría parcial del aspecto de la herida no se descartó que precisase limpieza en quirófano. Continuó desde el

ingreso en tratamiento con cefazolina y gentamicina intravenosa. Se solicitó radiografía de codo.

Se recibió cultivo de exudado purulento en el que se había aislado *Enterobacter Cloacae*, por lo que se ajustó el tratamiento antibiótico (en relación con el antibiograma de la bacteria aislada) y planteó posible limpieza quirúrgica de la herida al día siguiente. Por la noche se realizó preoperatorio y BMtest., donde se obtuvieron valores de 126 mg/dl de glucosa.

La anotación correspondiente al 25 de septiembre indica que en las analíticas de laboratorio se habían objetivado cifras de glucosa superiores a 126 mg/dl, lo que confirma el diagnóstico de Diabetes Mellitus, probablemente DM tipo 2, por lo que fue estudiada y tratada por el Servicio de Endocrinología.

Con la medicación pautada, el dolor estuvo controlado durante el postoperatorio. El 30 de septiembre se realizó cura, la herida estaba seca, no había exudado. El 3 de octubre se prescribieron antihipertensivos por hipertensión arterial. Se curó el codo, el punto de inserción de la segunda aguja presentaba exudado seroso, fue visto por Traumatología. El dolor continuaba controlado. Presentó cuadro de mareos por lo que fue estudiada por los servicios de Otorrinolaringología (ORL) y Neurología, que solicitaron diversos estudios radiológicos:

- El TAC de cerebro sin contraste, realizado el 13 de octubre indica *“No se aprecian lesiones en parénquima supra ni infratentorial. Sistema ventricular y cisternas basales morfología densidad normal para la edad de la paciente. Calcificación puntiforme subaracnoidea en hemisferio cerebral derecho, de aspecto residual por proceso infeccioso antiguo. Resto sin hallazgos”*.

- La RM de cerebro sin contraste diagnostica: *“Lesiones milimétricas en sustancia blanca subcortical de ambos lóbulos frontales, hiperintensas en secuencias de TR largo, compatible con lesiones isquémicas por angiopatía de pequeño vaso. Comentario: Se realiza resonancia de cráneo con protocolo habitual y estudio de difusión. Lesiones puntiformes en sustancia blanca subcortical de ambos lóbulos frontales compatible con lesiones isquémicas por angiopatía pequeño vaso. Valorar factores de riesgo vascular. No se aprecian otras lesiones supra ni infratentoriales. Sistema ventricular de morfología e intensidad señal normal. Mediante este estudio no se identifican lesiones en ángulos prontocerebelosos ni en protuberancia. Tampoco se identifican aparentes lesiones en CAIs. Resto sin hallazgos”* (folio 29).

- La RM de columna cervical sin contraste diagnostica: *“Cambios degenerativos en C5-C6 con complejo disco osteofitario de predominio posterolateral izquierdo que oblitera la región preforaminal sin descartarse afectación radicular secundaria. Comentario. Se realiza resonancia de columna cervical con protocolo habitual. Correcta alineación y altura cuerpos vertebrales. Signos de cervicoartrosis de predominio en el espacio C5-C6 donde se aprecia complejo disco osteofitario posterocentral y lateralizada hacia lado izquierdo donde se identifica pequeña porción de disco herniado de localización preforaminal que no se descarta que provoque compromiso radicular. No se detecta dicha nivel alteración de la señal del cordón medular que sugieran mielitis secundaria aunque el cordón se encuentra improntado por los cambios degenerativos descritos. El resto de los espacios intervertebrales también existen cambios degenerativos incipientes de localización posterocentral sin aparente afectación de los agujeros neuronales. El canal raquídeo conserva dimensiones”*.

Antes del alta se consultó con el servicio de Medicina Interna (Infecciosas) para cambio de antibioterapia intravenosa a oral y se cambió a ciprofloxacino oral.

El 15 de octubre de 2008, bajo sedación, se retiró el fijador externo y se comprobó mediante escopia la estabilidad del codo derecho. Se puso ortesis articulada de codo a 0°-70°. Fue dada de alta el 17 de octubre pautando tratamiento adecuado, cita para revisión en ORL y para consultas externas de Traumatología.

El 3 de noviembre de 2008 acudió a Urgencias, por un cuadro de mareos de un mes de evolución. Ese mismo día, había acudido a ORL para revisión donde no se encuentra patología ORL, solicitando una audiometría para la que se cita en dos semanas. Se pautó tratamiento para su cuadro de dolor y mareos.

El 12 de noviembre fue vista en consultas externas de Traumatología del Hospital Infanta Sofía. La lesión del codo derecho había mejorado, por lo que se retiró la órtesis, la paciente se quejaba de la persistencia de muchos mareos, por lo que se realizó parte de interconsulta (PIC) preferente a Neurología.

El 18 de noviembre fue vista nuevamente en ORL, donde el juicio clínico refleja: *“mareo continuo con episodios vertiginosos atípicos. No impresiona de origen vestibular”*.

El 1 de diciembre acudió a consulta de atención primaria por cuadro de ictericia, se solicitó analítica, perfiles y serología de virus de hepatitis.

En la consulta de Neurología del 2 de diciembre de 2008, en la historia clínica se anota: *“Desde hace diez días comienza con un tinte icterico en la piel y conjuntiva en estudio por su MAP. Ha sido vista, a nivel privado, por un neurólogo que le realizó un EEG y atribuyó los mareos a una contractura cervical”*. También se refleja el estudio previo realizado durante su ingreso por los servicios de ORL y Neurología, ya reseñado. En la exploración neurológica se observa un aumento de base de sustentación, pares craneales normales, no nistagmo, fuerza tono y sensibilidad normal,

impotencia funcional en el miembro superior derecho. No disimetría: Marcha inestable, por lo que se realiza un juicio diagnóstico de *“Posible afectación cerebelosa. Síndrome vestibular central e Ictericia en estudio”*, solicitando la realización de una RNM craneal y cervical y citando a la paciente a consulta para finales de mes.

El 30 de diciembre acudió a consulta, se anota en la historia: *“Diagnosticada de hepatitis C, actualmente sin tratamiento. Persiste la inestabilidad pero está mejor”*. La RNM cervical objetiva la existencia de cambios degenerativos en C5-C6, sin poder descartar afectación radicular secundaria y en RNM lesiones en sustancia blanca, compatibles con lesiones isquémicas por angiopatía de pequeño vaso. Ninguna de estas lesiones justificaba los síntomas de la paciente, por lo que se solicita la realización de PESS (potenciales evocados somatosensoriales) de EEII y realización de videonistagmografía (VNG) por ORL.

El 14 de enero de 2009 se anota en la consulta de atención primaria, en relación con su episodio de hepatitis C: Buena evolución. El 7 de enero de 2009, se realizan los PESS, que son normales.

El 19 de febrero fue vista en ORL, por su cuadro de mareos de cinco meses de evolución, solicitando una VNG preferente, que se realizó el 29 de abril, en ella se comprobó la existencia de un déficit vestibular severo con mayor afectación probable del oído derecho que debería ser confirmado por repetición de la prueba.

El 24 de febrero de 2009 se realizó declaración individual (Sistema Notificación Enfermedades de Declaración Obligatoria) de un cuadro de hepatitis C por su facultativo de atención primaria.

El 16 de marzo de 2009 acude a consulta de atención primaria, en su historia se anota: *“Paciente en tratamiento rehabilitador en mutua A, codo con déficit flexor mínimo, extensión 15º, hombro limitado en separación*

y rotación, posiblemente se continúe con tratamiento rehabilitador. Ha sido valorada ese día por Traumatología, y posiblemente necesitará otra intervención quirúrgica”.

El 4 de mayo de 2009 fue vista en la consulta de Digestivo por su cuadro de hepatitis C asociado a ferropenia. La paciente no presentaba molestias en vías digestivas altas. Las cifras de GGT, GOT y CPT se normalizaron en febrero de 2009. Se solicita eco abdominal y se cita para revisión.

El 5 de mayo acudió a en consulta de Neurología, donde a la vista de los resultados de las pruebas complementarias se pautó tratamiento sintomático con Idaptán.

El 7 de mayo la paciente ingresó en el Servicio de Traumatología, para realizar cirugía programada de artroplastia de la cúpula radial. En la consulta de preanestesia de 21 de abril se anota: “VHC+. No transfusiones. No sabe la forma de contagio”.

El 8 de mayo se realizó la artroplastia de la cúpula radial junto a ligamentoplastia de LCM con hemipalmar mayor. Tras la cirugía la paciente evolucionó de forma favorable, por lo que fue dada de alta hospitalaria el 11 de mayo, realizando revisión el 17 de mayo confirmando la buena evolución.

El 1 de julio de 2009, se realizó TAC abdominal: En parénquima pulmonar incluido en la exploración no se apreciaron alteraciones significativas. El hígado era de tamaño, densidad y morfología normal. Presentaba tres lesiones milimétricas menores de 5 mm hipodensas en las tres fases vasculares, compatibles con quistes. Vesícula biliar y vía biliar eran normales. En la analítica se comprobó la normalización de las cifras de las transaminasas. Al ser la paciente estreñida, presumiblemente por

ingesta escasa de líquidos, se solicitó colonoscopia para cribado de cáncer colorrectal.

El 9 de julio fue valorada en la consulta de Traumatología, comprobando la buena evolución. El 16 de julio acudió a consulta de atención primaria, en la historia se refleja que valorada por Digestivo: no se detecta RNA del VHC.

El 11 de septiembre de 2009 se realizó nueva VNG, confirmando los resultados previos, la paciente se encontraba mejor tras el tratamiento pautado en Neurología. La VNG seguía sugiriendo la existencia de un déficit vestibular bilateral de larga evolución con desarrollo de mecanismos compensatorios que mantenían asintomática a la paciente en ese momento. Se propuso revisión de control cada seis meses y valoración de aparición de nueva sintomatología, en el caso de mantenerse los problemas la paciente sería candidata a rehabilitación vestibular.

El 14 de diciembre acudió a consulta de Digestivo en el Hospital Infanta Sofía, en la historia clínica se anota: *“está bien de sus problemas digestivos (asintomática), se le da el alta. La paciente presenta anti VHC positivo, solicito una última determinación en 6 meses para confirmar la ausencia de RNA del VHC”*.

El 15 de diciembre de 2009 acudió a consulta de atención primaria, se anotó en historia: Asintomática desde el punto de vista digestivo, revisión en seis meses para análisis para confirmar la ausencia de RNA del VHC.

El 23 de diciembre fue vista de nuevo en ORL por persistencia de sintomatología: mareos, inestabilidad aunque normoacusia. Se deriva al Hospital La Paz para Rehabilitación Vestibular.

El 15 de febrero de 2010, acudió a consulta de Traumatología, la paciente presenta muy buena estabilidad del codo y buena fuerza de prensión en mano y muñeca. Se realizó radiografía de control donde se

observó que la prótesis de la cúpula radial tenía buen aspecto y sin signos de aflojamiento. La paciente refirió que continuaba con los mareos pero que le habían dicho que el problema vestibular no tenía solución, para los dolores tomaba Nolotil a demanda.

TERCERO.- Por dichos hechos se ha instruido el pertinente expediente de responsabilidad patrimonial de conformidad con los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, del Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJ-PAC) y con el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (RPRP).

Se han incorporado al expediente los documentos que conforman la historia clínica de la paciente, donde se incluye un listado de los objetos clínicos utilizados durante el proceso de atención a la reclamante en el Hospital Infanta Sofía, así como la historia clínica obrante en el centro de salud La Chopera de Alcobendas.

También forman parte del expediente los informes de los facultativos del Hospital Infanta Sofía, intervinientes en el proceso asistencial a la perjudicada:

- Servicio de Neurología de 7 de junio de 2010.
- Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología de 5 de junio de 2010.
- Servicio de Urgencias de 14 de junio de 2010.

La Inspección Médica solicitó a la unidad de Gestión de Responsabilidades que recabase la siguiente documentación para la elaboración de su informe:

El 17 de junio de 2010 solicitó: *“historia clínica de atención primaria de [la paciente]. Esta paciente con n° afiliación [...] y DNI n° [...] reside en [...] siendo su médico asignado, la doctora [...] del Centro de Salud La Chopera del Área 5 de Madrid (...). El motivo de solicitar dicha documentación es que sería conveniente contrastar la documentación existente en atención primaria con la de atención especializada, en relación con determinados aspectos suscitados en la reclamación presentada, sobre todo porque la paciente estuvo en IT desde el 1 de septiembre de 2008 al 31 de agosto de 2009 y presumiblemente en ese tiempo acudió frecuentemente a la consulta de su médica de atención primaria”.*

El 22 de junio de 2010 solicitó: *“Información de analíticas y estudio serológico realizado por el laboratorio del Hospital Infanta Sofía sobre el estudio serológico del cuadro de hepatitis vírica padecido por [...] desde el 17 de noviembre de 2008 hasta la actualidad. En la historia hospitalaria que se adjunta no consta esta información tan solo los datos de analítica realizada el 1 de julio de 2009 y 14 de diciembre de 2009 en las anotaciones en la historia de aparato digestivo (...). En la reclamación presentada por la paciente consta la serología realizada el 2 de diciembre de 2009 (...), (aunque con dificultad en su lectura por estar los datos del documento subrayados con marcador). No constan otros resultados ni si se hizo determinación del ARN del VHC con anterioridad al 1 de julio de 2009.*

El 10 de diciembre de 2008 se declaró por el médico de familia la hepatitis de [la enferma] (...), no sabemos si el hospital conocía esta situación, si se realizaron estudios epidemiológicos por parte de los técnicos de Salud Pública de la Consejería de Sanidad y si desde esta instancia o desde el propio hospital se realizó investigación epidemiológica del caso, incluyendo examen serológico de los miembros del equipo quirúrgico interviniente y la búsqueda de otros casos de hepatitis C aguda relacionados cronológicamente. En el caso de existir algún estudio se

solicita envío de copia de la información existente, al objeto de su valoración para la realización del informe solicitado”.

El 7 de julio de 2010 solicitó: “Copia e informe clínico si existe sobre la revisión que según consta en la última revisión realizada el 14 de diciembre de 2009 en Digestivo, estaba prevista realizar a mediados de junio de 2010 (a los 6 meses) en el Servicio de Digestivo, al objeto de confirmar la ausencia de RNA del VHC en esta paciente (...). Esta consulta también se recoge en la historia clínica de atención primaria (...). Esta información es importante al objeto de conocer la evolución de la clínica que presenta la paciente. Se adjunta copia de los documentos citados de consultas externas de Digestivo”.

El 26 de agosto de 2010 se reiteró por el médico inspector la solicitud de esta documentación, que continuó sin remitirse.

Finalmente, se emite el informe de la Inspección Médica de 30 de septiembre de 2010 en el que, tras hacer constar la observación de que “(...) transcurridos tres meses desde que se recibió la solicitud de realizar un informe de inspección, y más de dos sin recibir contestación del Hospital Infanta Sofía se elabora el informe solicitado con la documentación existente” en el cual se recogen las siguientes conclusiones:

“1. El cuadro agudo de hepatitis vírica VHC, aparecido en diciembre de 2008, podría tener relación con las actuaciones quirúrgicas realizadas.

2. Se desconoce si se han descrito otros casos de infección vírica entre otros pacientes intervenidos en esas fechas ni incidentes durante esas fechas en el procedimiento de esterilización, por lo que no se puede descartar el origen nosocomial de la infección, aunque también podría tratarse de una reagudización de un cuadro previo.

3. *El número de infecciones iatrogénicas o nosocomiales descritas en la literatura es muy escaso, siendo mucho más frecuente la reagudización de casos previos en pacientes que sufrieron transfusiones con anterioridad a 1989, tiempo en el que no se podían hacer estudios serológicos de los donantes por falta de conocimiento científico sobre la hepatitis C.*

4. *Los estudios serológicos realizados en diciembre de 2009 a Doña [la paciente] parecen indicar la existencia de una curación espontánea de su cuadro de hepatitis C por lo que se puede considerar curada de esta infección, siendo su pronóstico bueno (no esperando con los actuales conocimientos sobre esta enfermedad la existencia de secuela alguna).*

5. *De acuerdo con los datos de la historia clínica, el componente digestivo de su enfermedad (hepatitis aguda) cura en un plazo de cuatro-cinco meses.*

6. *No se detecta de lo recogido en historia clínica la existencia mala praxis o negligencia que hayan supuesto la infección por virus de la hepatitis C en el medio hospitalario”.*

La reclamante fue requerida para cumplimentar el trámite de audiencia, regulado en los artículos 84 de la LRJ-PAC y 11 del RPRP. Consta en el expediente que la reclamante formuló alegaciones el 24 de enero de 2011 a través de letrada representante, manifestando, en síntesis, que con carácter previo a la intervención quirúrgica de 10 de septiembre de 2008 por fractura del codo derecho, la infección por hepatitis C no existía, siendo infectada después, igual que de *Enterobacter Cloacae*. Aporta copia de informes de análisis clínicos.

El 27 de abril de 2011 la secretaria general del Servicio Madrileño de Salud (por delegación de firma de la viceconsejera de Asistencia Sanitaria

en virtud de Resolución 26/2010, de 28 de julio) elevó propuesta de resolución desestimatoria.

El Servicio Jurídico en la Consejería de Sanidad, con fecha 26 de mayo de 2011 informa: *“Procede retrotraer las actuaciones para que el Hospital Infanta Sofía aporte la documentación requerida por la Inspección Médica”*.

El consejero de Sanidad por escrito de 15 de junio de 2011 formula preceptiva consulta a este Consejo Consultivo, que emitió el Dictamen 528/11 en el que concluía:

“Procede retrotraer el expediente para la aportación requerida por la Inspección Médica, la cual podría facilitar una explicación razonable sobre la contracción de las infecciones por la reclamante o justificar el cumplimiento de las medidas de seguridad exigibles en orden a evitar las infecciones nosocomiales”.

A la vista del dictamen y tras haber aportado el Hospital Infanta Sofía la documentación que con anterioridad había sido solicitada por la Inspección, el 27 de marzo de 2012, el Servicio de Inspección Sanitaria emite informe con carácter complementario y en el que solo se incluyen los extremos no contemplados en el informe realizado el 30 de septiembre de 2010 y los derivados de la nueva documentación incorporada al expediente. Concluye este informe que la paciente fue intervenida quirúrgicamente el 29 de septiembre de 2008 de reducción abierta y osteosíntesis de cúpula radial y que:

- “• Tras la intervención sufrió una infección de la herida quirúrgica que es uno de los riesgos de la cirugía.*
- Como medida preventiva, y según está indicado, se realizó profilaxis con cefazolina, que es el antibiótico de elección al haber*

demostrado su eficacia en los procedimientos de cirugía ortopédica y traumatológica.

- Detectada la infección se realizó inmediatamente tratamiento con antibioticoterapia de forma empírica y cuando se identificó mediante cultivo el microorganismo causante de la infección adaptándose el tratamiento de acuerdo con los resultados del antibiograma, procediéndose también a la limpieza herida quirúrgica de la herida.*

Todas estas actuaciones se muestran de acuerdo a una adecuada práctica clínica.

- En cuanto al contagio del VHC no ha podido descartarse totalmente el origen iatrogénico o nosocomial de la misma al no haberse realizado el estudio epidemiológico por el hospital, no obstante, según la literatura médica el número de infecciones adquiridas por esta vía resulta muy escaso y en un 10% de los casos el medio de transmisión de la infección resulta desconocido.*

- Por otra parte la infección curó espontáneamente, los estudios serológicos desde 7 de mayo de 2009 mostraban el RNA-VHC negativo, la paciente se encontraba asintomática clínicamente y permanecía así en la revisión efectuada el 30 de junio de 2009 y el RNA-VHIC permanecía negativizado en la fecha de la última analítica 9 de febrero de 2011”.*

Por escrito notificado el 23 de abril de 2012, se remite a la interesada la nueva documentación incorporada al expediente administrativo, para que tenga conocimiento de lo actuado y pueda incorporar la documentación que considere oportuna y efectuar alegaciones.

Realizado el trámite de audiencia, la representación letrada de la interesada presenta en el servicio de Correos el 14 de mayo de 2012 escrito de alegaciones en el que manifiesta, en síntesis, lo expuesto en su anterior

escrito de alegaciones y se ratifica en los extremos presentados en anteriores comunicaciones.

El 18 de octubre de 2012, la secretaria general del Servicio Madrileño de Salud (por delegación de firma de la viceconsejera de Asistencia Sanitaria en virtud de Resolución 26/2010, de 28 de julio) elevó propuesta de resolución desestimatoria, *“por no haberse acreditado que la infección del virus de la hepatitis C haya sido contraído en este Centro sanitario, ni la existencia de lesiones y secuelas derivadas de dicha infección”*.

CUARTO.- Por el consejero de Sanidad, mediante escrito de 11 de diciembre de 2012, registrado de entrada el día 19 del mismo mes con el número de expediente 654/12, se formuló preceptiva consulta a este Consejo Consultivo por trámite ordinario, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, a la Sección VI, presidida por el Excmo. Sr. D. Pedro Sabando Suárez que firmó la oportuna propuesta de dictamen, siendo deliberado y aprobado, por unanimidad, en Comisión Permanente de este Consejo Consultivo en su sesión de 23 de enero de 2013.

El escrito solicitando el dictamen preceptivo fue acompañado de documentación que, en formato CD se consideró suficiente.

A la vista de los hechos anteriores cabe hacer las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 13.1.f).1º de su Ley Reguladora, 6/2007, de 21 de diciembre (LRCC), y a solicitud de un órgano legitimado para ello, según el artículo 14.1 LRCC.

SEGUNDA.- La reclamante está legitimada activamente para formular la reclamación de daños por responsabilidad patrimonial en nombre propio, al amparo del artículo 139 de la LRJ-PAC, por cuanto que se trata de la persona que sufre el daño cuya indemnización se pretende.

Se cumple igualmente la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, titular del servicio a cuyo funcionamiento se imputa el daño, al encontrarse el Hospital Infanta Sofía integrado en la red pública sanitaria de la Comunidad de Madrid.

Por lo que al plazo para el ejercicio de la acción de responsabilidad se refiere, el derecho a reclamar prescribe al año desde la producción del hecho o acto que motive la indemnización o manifestarse su efecto lesivo. Tratándose de daños físicos o psicológicos el plazo comienza a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas (artículo 142.5 LRJ-PAC).

La historia clínica pone de manifiesto que el 10 de diciembre de 2008 la reclamante fue diagnosticada de hepatitis C. Puesto que la reclamación fue formulada el 23 de julio de 2009 no cabe sino considerar que ha sido interpuesta dentro de plazo.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se encuentra regulada en el artículo 106.2 de la Constitución, a cuyo tenor: *“Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”*. El desarrollo legal de este precepto se encuentra contenido en los artículos 139 y siguientes de la LRJ-PAC y en el RPRP.

Para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos: a) La efectiva

realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas. b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal –es indiferente la calificación– de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor. d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

En el caso sometido a dictamen ha quedado acreditada la realidad de los daños por los que se reclama responsabilidad indemnizatoria, ya que los informes médicos incorporados al expediente y las pruebas diagnósticas practicadas evidencian que la reclamante padeció infección tanto del virus de hepatitis C como de la bacteria *Enterobacter Cloacae*.

En el ámbito sanitario, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades por la propia naturaleza de ese servicio público, introduciéndose por la doctrina el criterio de la *lex artis* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios, siendo fundamental para determinar la responsabilidad, exigiéndose para su existencia no sólo la lesión sino también la infracción de ese criterio básico, siendo la obligación del profesional sanitario prestar la debida asistencia y no de garantizar, en todo caso, la curación del enfermo.

Resulta ello relevante porque la responsabilidad patrimonial no convierte a la Administración, a través de esta institución, en una aseguradora universal de cualquier daño que sufran los particulares, debiendo responder sólo de aquellos que no tengan el deber jurídico de soportar.

Como ha quedado expuesto más arriba, es reiterada la jurisprudencia que viene afirmando que la obligación de los servicios sanitarios en la atención al paciente, en definitiva el ejercicio de la medicina curativa, constituye únicamente una obligación de medios y no de resultados, así la reciente

sentencia del Tribunal Supremo de 14 de junio de 2012 (recurso 2294/2011).

Alega la reclamante que contrajo la infección en la intervención quirúrgica de 10 de septiembre de 2008 y aporta como medio de prueba dictamen médico pericial emitido por médico colegiado en Madrid, del que no consta su especialidad, que afirma que la interesada padece una hepatitis vírica tipo C y que *“dicha hepatitis vírica tipo C fue, probablemente, transmitida por uso de equipo contaminado en procedimientos médico quirúrgicos y/o en prácticas inyección intra venosa, dado que no hay evidencia de que la paciente pertenezca a grupo de riesgo alguno y dado que los periodos de incubación de la hepatitis C (explicados anteriormente) y la evolución temporal de los síntomas de la misma (los cuales se evidencian en las distintas analíticas) son consistentes con las fechas de hospitalización, operaciones y tratamientos que tuvieron lugar en el Hospital Infanta Sofía, de San Sebastián de los Reyes (Madrid)”*.

Este mismo informe pericial, aportado como prueba por la reclamante, también expone: *“De igual forma se evidencia que la paciente sufrió durante los tratamientos y/o operaciones quirúrgicas a los que fue sometida en el mencionado hospital una infección nosocomial por Enterobacter Cloacae. E. cloacae y E. aerogenes son responsables de la mayor parte de infecciones por Enterobacter (65 a 75% y 15 a 25%, respectivamente). Estos microorganismos producen fundamentalmente infecciones relacionadas con la atención sanitaria o con el hospital. Su prevalencia es alta en los alimentos, en fuentes ambientales (entre ellas los equipos de los centros sanitarios) y en una extensa gama de animales. Sólo se coloniza una minoría de seres humanos sanos, pero el porcentaje se incrementa de forma relevante en el contexto de la residencia en centros de cuidados prolongados o la hospitalización. Aunque la colonización es un prelude importante de la infección, también se produce la introducción directa a través de vías intravenosas (p. ej., líquidos de infusión*

intravenosa contaminados, monitores de presión). Las especies de Enterobacter han desarrollado importantes resistencias a los antibióticos que han contribuido a su eclosión como patógenos nosocomiales destacados. Los sujetos tratados previamente con antibióticos, con comorbilidad, así como los ingresados en ICU son los que presentan un mayor riesgo de contraer esta infección”.

La reclamante también aporta como prueba documental sus analíticas previas a la intervención quirúrgica a la que se sometió, en las que se evidencia la ausencia de estas dos infecciones.

Por su parte, la Administración sanitaria aporta los informes de los Servicios de Neurología, COT y Urgencias del Hospital Infanta Sofía, sin que ninguno de ellos haga referencia a una explicación para las infecciones de la interesada distinta de la expuesta por la misma, limitándose a explicar las actuaciones de cada uno y a constatar la existencia de infección.

El primer informe de la Inspección sanitaria tampoco facilita una explicación plausible para las infecciones, pese a lo cual, concluye que la actuación médica ha sido conforme a la *lex artis*. Si bien, también plantea como posible, aunque no cierta, la hipótesis de contagio en el hospital. Hemos de recordar en este punto que, como ha quedado consignado en los antecedentes de hecho, el médico inspector solicitó a la instrucción del expediente diversa documentación del Hospital Infanta Sofía que no le fue facilitada.

Entre los documentos solicitados y no facilitados se encontraban:

- *“Estudio epidemiológico del caso por el hospital”.*
- *“Examen serológico de los miembros del equipo”.*
- *“Búsqueda de casos de hepatitis C relacionados cronológicamente”.*

El inspector plantea la posibilidad de que el hospital no conociese la infección al haber sido diagnosticada por el médico de atención primaria, sin embargo, esta tesis no es admisible ya que los tres servicios del hospital que trataron a la reclamante tuvieron conocimiento de la infección.

Así, el informe del Servicio de Neurología expone: *“La paciente consultó por mareos que relacionaba temporalmente con la complicación infecciosa de la intervención de codo (...)”*, el informe del Servicio de COT recoge que el 5 de diciembre de 2008 *“Acude el marido por diagnóstico reciente de hepatitis C. Medicación suspendida. Seguir movilizandando codo”*, por su parte, el informe del Servicio de Urgencias se consigna que la atención del día 17 de septiembre de 2008 fue por *“febrícula y exudado serohemático y pequeña cantidad purulento en herida quirúrgica”*.

En definitiva, el Hospital Infanta Sofía tuvo ocasión de conocer las infecciones de la paciente y de realizar los estudios e investigaciones solicitados por el médico inspector.

De acuerdo con las reglas de la carga de la prueba en materia de responsabilidad patrimonial, recae sobre quienes la reclaman (Sentencias del Tribunal Supremo de 25 de julio de 2003 -recurso 1267/1999-, 30 de septiembre de 2003 -recurso 732/1999- y 11 de noviembre de 2004 -recurso 4067/2000- entre otras).

Pero la doctrina jurisprudencial ha sentado la inversión de la carga de la prueba en aquellos supuestos en que su práctica es sencilla para la Administración y complicada para el reclamante, sentencias del Tribunal Supremo de 23 de octubre (Recurso nº 3071/03) y 2 de noviembre de 2007 (Recurso nº 9309/03) y 7 de julio de 2008 (Recurso nº 3800/04). A veces, incluso, el Tribunal Supremo, sentencia de 27 de junio de 2008 (Recurso nº 3768/04) requiere una explicación adecuada del evento dañoso para excluir la responsabilidad.

En relación con el nexo causal entre la intervención realizada a la interesada y las infecciones contraídas, la reclamante manifiesta que el no padecer dichas infecciones con anterioridad es prueba suficiente de su contagio durante su ingreso en el hospital.

Ninguno de los informes médicos obrantes en el expediente se pronuncian en torno a esta cuestión, y el informe de la Inspección Médica que se limita a afirmar que no se puede descartar el origen nosocomial de la infección. En definitiva, por parte de la Administración actuante no se ofrece ninguna explicación plausible y lógica respecto de la aparición de las infecciones sufridas por la paciente que pudieran desvincularlas de su ingreso en el hospital. Por ello, resulta de aplicación el principio de la “*facilidad de la prueba*”, antes citado y establecido por las sentencias del Tribunal Supremo de 25 de abril de 2007 (recurso de casación 273/03) y de 2 de noviembre de 2007 (recurso de casación 9309/03) en el ámbito de la responsabilidad de los servicios sanitarios de las administraciones públicas, en las que se atribuye a la Administración, acreditado el daño por la reclamante, el deber de dar una explicación razonable de lo sucedido.

El informe de la Inspección Sanitaria emitido con carácter complementario no contribuye a esclarecer las dudas planteadas, ya que si bien argumenta con claridad que se adoptaron medidas de profilaxis antibiótica con carácter previo a la cirugía, respecto de las posibles causas de las infecciones se limita a señalar que la infección de la herida quirúrgica es un riesgo de la cirugía y que el número de infecciones de VHC adquiridas en hospital es muy escaso, ninguna de estas circunstancias sirve para acreditar o justificar el cumplimiento de las medidas de seguridad exigibles en orden a evitar las infecciones nosocomiales.

Este informe, además, expresamente indica que “*en cuanto al contagio de VHC no ha podido descartarse totalmente el origen iatrogénico o nosocomial de la misma al no haberse realizado el estudio epidemiológico*”

por el hospital (...)”, lo que abunda en la falta de prueba de adopción de medidas que acrediten la existencia de un estándar de seguridad exigible que hubiera excluido el requisito de la antijuridicidad en el daño.

A este respecto, estimamos pertinente referir la Sentencia 1431/2009 del TSJ de Madrid, de 6 de octubre de 2010 (Recurso contencioso-administrativo nº 2371/2007) estimatoria de la responsabilidad reclamada, en un supuesto similar al que se trata de dictaminar, en el que se analiza la argumentación del informe de inspección contrario a la existencia de mala praxis:

«Pues bien, esta omisión de la historia clínica completa y, por tanto, de "documentos cruciales" para esclarecer los hechos -como los califica la propia Inspección Médica-, omisión únicamente imputable a la Administración demandada, no puede obrar en perjuicio de la parte actora. Y ello nos obliga a relativizar la conclusión a la que se llega en el informe médico antes transcrito, por haberse redactado dicho informe teniendo a la vista una documentación clínica incompleta y en la que faltaban documentos esenciales. Los propios términos en los que dicho informe aparece redactado ponen de relieve que cuanto en él se concluye no es indubitado, pues en el mismo se reconoce que la conclusión a la que se llega se adopta "con los datos disponibles", esto es, tras examinarse una historia clínica incompleta en la que faltan "documentos cruciales" para esclarecer cuanto aconteció en dicha asistencia médica del año 1982».

En el mismo sentido, tampoco queda acreditada la adecuación de la actuación sanitaria a la *lex artis ad hoc*, la cual, en virtud de la carga de la prueba, corresponde en este caso demostrar a la Administración sanitaria, lo que no ha tenido lugar.

En virtud de ello, este Consejo Consultivo entiende que procede estimar la reclamación.

CUARTA.- Procede a continuación, de conformidad con el artículo 12.2 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, la valoración de los daños para su cuantificación, lo que debe hacerse por imperativo del artículo 141.3 LRJ-PAC con relación al momento en que la lesión efectivamente se produjo, es decir, el 10 de diciembre de 2008.

El daño sufrido por la reclamante fueron dos infecciones que ha superado. En efecto, el hecho de que en la última analítica de la reclamante que obra en el expediente, realizada el 9 de febrero de 2011 el anticuerpo del VHC permaneciese negativizado, lo que viene sucediendo desde el 7 de mayo de 2009, únicamente significa que, como expone el segundo informe de la Inspección *“la infección curó espontáneamente”*, pero no que no se padeciera.

Ello es relevante en orden a determinar el *quantum* indemnizatorio que correspondería a la interesada, toda vez que la indemnización ha de extenderse al periodo en el que la paciente padeció la enfermedad y considerar que dichos días fueron de baja impeditiva. De acuerdo con este criterio correspondería indemnizar desde el 10 de diciembre de 2008 hasta el 7 de mayo de 2009. Ello supone:

- 21 días de baja impeditiva en 2008, a razón de 52,47 euros: 1.101,87 euros.
- 127 días de baja impeditiva en 2009, a razón de 53,20 euros: 6.756,40 euros.
- Factor de corrección del 10 por ciento por perjuicios económicos: 785, 82 euros.

Lo que ascendería a una cantidad total de 8.644,06 euros.

Por todo lo expuesto el Consejo Consultivo formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede estimar la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración e indemnizar a la reclamante con la cantidad de 8.644,06 euros.

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a este Consejo de conformidad con lo establecido en el artículo 3.7 del Decreto 26/2008, de 10 de abril, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid.

Madrid, 23 de enero de 2013

