



Sra. Salgueiro Cortiñas, Presidenta

Sr. Estella Hoyos, Consejero y
Ponente

Sr. Fernández Costales, Consejero

Sr. Pérez Solano, Consejero

Sr. Quijano González, Consejero

Sr. Madrid López, Consejero

Sr. Nalda García, Consejero

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Ávila el día 3 de mayo de 2007, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de Dña. xxxxx*, y a la vista del mismo y tal como corresponde a sus competencias, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

I

ANTECEDENTES DE HECHO

El día 26 de marzo de 2007 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de Dña. xxxxx, representada por Dña. yyyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Hospital de xxxxx*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 29 de marzo de 2007, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 296/2007, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, previa ampliación de éste, tal como dispone el artículo 53 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo, aprobado por el Decreto 102/2003, de 11 de septiembre. Turnado por la Sra. Presidenta del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Estella Hoyos.

Primero.- El 2 de febrero de 2004, Dña. yyyyy, en representación de Dña. xxxxx, solicita el inicio de expediente de responsabilidad patrimonial de la Administración por el anormal funcionamiento del servicio sanitario. Relata así los hechos:



“Mi representada, la Sra. xxxxx acudió al Hospital hhhhh de xxxxx el 9 de abril de 2003 con el fin de someterse a una intervención con el fin de extraérsele unos miomas.

»En la intervención se vio la necesidad extirpar el útero, motivo por el que se le practicó una histerectomía simple.

»A la salida de quirófano se manifestó que la intervención había sido satisfactoria y se remitió a la enferma a planta.

»A las veinticuatro horas de ser intervenida la enferma comenzó a presentar elevada fiebre llegando incluso hasta los 39 grados. Con esta temperatura la enferma permaneció en planta cuatro días enteros.

»El día 14 de abril, se le realiza a la paciente análisis de sangre y se observa elevada leucocitosis. Igualmente se observan signos de elevada infección en la herida quirúrgica, hasta tal punto que la cicatriz presentaba aspecto gangrenoso, amén de olor a putrefacción, motivo por el que mi representada tuvo de nuevo que ser intervenida con carácter urgente, siendo trasladada acto seguido a la U.C.I. del hospital.

»Hasta el 28 de abril, prácticamente quince días, estuvo la paciente debatiéndose entre la vida y la muerte, hasta que finalmente logró remontar la importante infección que se le había producido, siendo subida a planta.

»Ni que decir tiene los grandes y penosos sufrimientos por los que tuvo que pasar la enferma hasta el 22 de mayo en que recibió el alta hospitalaria. Prácticamente sin poder dormir y sin apenas fuerzas para comer, estuvo la Sra. xxxxx durante otro mes intentando remontar el daño físico y psicológico que se le había causado.

»A fecha de hoy, nueve meses después de la intervención, la enferma no ha podido recuperarse de los daños que se le han causado, que la obligaron a permanecer un mes y medio hospitalizada por una intervención simple de histerectomía, con el agravante de que la Sra. xxxxx se vio obligada a permanecer en U.C.I. durante quince días, a punto de perder la vida por una herida gangrenada”.



Además se indica en la reclamación que la paciente ha quedado marcada “con una cicatriz espectacular”, que a consecuencia de la postración en cama ha perdido pelo y, lo más grave, ha de ser intervenida por un bulto a la altura del ombligo a causa de la infección y de la intervención de urgencias a la que fue sometida.

Se considera que ha existido funcionamiento anormal por mala atención y falta de diligencia que han causado los daños padecidos a resultas de una histerectomía simple, los cuales no eran esperados por la paciente cuando se prestó a ser intervenida. No se fija una cuantía concreta en la reclamación.

Segundo.- El informe de la Inspección Médica efectúa un detallado relato de los hechos, del cual cabe resaltar los siguientes contenidos:

“Dña. xxxxx, nacida el 08/11/1967, se encontraba en lista de espera programada en la consulta externa del Servicio de Ginecología del Hospital de xxxxx de fecha 10/10/2002 para intervención quirúrgica de miomectomía o histerectomía simple con el diagnóstico de útero miomatoso. El día 11/3/2003 es vista en consulta externa, en la que se tramita la realización de estudio preoperatorio, se programa la profilaxis antibiótica perioperatoria y se hace entrega de documento de consentimiento informado. (...).

»La tarde del día 9/4/2003 ingresa la enferma en el Servicio de Ginecología siendo pautada dieta absoluta, Zantac 150, Valium 10 (durante la noche y antes de la intervención) y Cefazolina 1 g como profilaxis antibiótica preoperatoria. La enfermería realiza valoración de la paciente al ingreso (...); señalando que es preparada y ha sido pautada profilaxis antibiótica. (...).

»La mañana del día 10/4/2003 se realiza la intervención bajo anestesia general por vía abdominal transversa baja con la paciente en decúbito supino, encontrando un útero elevado de tamaño como de unas 8 semanas de embarazo con un mioma subseroso pediculado de 5 cm y mioma intramural de 6 cm. Siendo los ovarios normales. Como técnica quirúrgica se realiza histerectomía subtotal en un primer tiempo por poco espacio y en un segundo tiempo la resección del cuello restante. La intervención se finaliza con el cierre de la cúpula vaginal y cierre por planos, sin que en la misma se sobrepase las dos horas de duración y sin que durante su desarrollo se produjesen ningún accidente ni complicación que se hiciese constar en el protocolo quirúrgico. (...).



De esta intervención existe documento de consentimiento informado firmado por la paciente en el que, entre otros, se advierte de la posibilidad de presentación de «infección con posible evolución febril (urinarias, de pared abdominal, pélvica...) como complicación más frecuente». (...).

»El día 11/4/2003 se inicia tolerancia, se retira la sonda vesical y la analgesia en perfusión continua postoperatoria, por la tarde de este día la paciente presenta febrícula de 37,6° C y precisa un orfidal durante la noche por no poder dormir no siendo efectivo. La mañana del día 12/04/2003 la paciente es curada de su herida quirúrgica que presenta buen aspecto. A las 18:30 de este día se avisa al médico de guardia por febrícula (37,8°C) y molestias de la paciente (que refiere dolor difuso en abdomen y cicatriz) se solicita sedimento para descartar infección urinaria con resultado de existencia de 10-12 leucocitos por campo y 2-6 hematíes, se cambia el apósito quirúrgico y se pauta Orfidal y Nolotil. Al día siguiente la herida quirúrgica es curada presentando buen aspecto, siendo la temperatura de 37:7°C. El día 14/4/2003 es curada la herida de la enferma siendo precisa la administración de Nolotil por dolor. Durante la tarde de este día se eleva la temperatura a 39°C presentando la herida buen aspecto y sin referir molestias al orinar, administrado Nolotil la temperatura desciende a las 21 horas a 37,9°C si bien a las 23 horas vuelve a elevarse a 38,5°C siendo avisado el médico de guardia. Valorada la paciente por este facultativo señala la existencia de leucocitosis con desviación izquierda en los análisis y sedimento de orina patológico de 12 leucocitos (100 en el sistemático) siendo pautado tratamiento antibiótico (Baycip); en el tacto vaginal se aprecia una cúpula vaginal no indurada con loquios ligeramente malolientes. La mañana del día 15/4/2003 se recoge exudado vaginal (cuyo cultivo es informado el día 21/04/2003 con el crecimiento de *Candida albicans*) se retira una grapa y se drena la herida obteniéndose un líquido seroso. En este día se establece la sospecha de seroma y se solicita ecografía de control; ecografía que se informa con la existencia de una imagen en cúpula vaginal de 3,2 x 1,4 cm compatible con celulitis pélvica. Durante la tarde de este mismo día la paciente refiere encontrarse mal con fiebre y cefalea haciendo precisa la administración de Nolotil por la cefalea. A las 18 horas la temperatura asciende a 38,2° C siendo avisado el médico de guardia a las 19 horas. Revisada la enferma, señala en la historia la existencia de fiebre en picos y los resultados de la ecografía realizada por la mañana, compatible con celulitis pélvica, pautando nuevo tratamiento antibiótico suspendiendo el Baycip e introduciendo Ampicilina, Gentamicina y Flagyl; la herida quirúrgica es curada no drenando



mucho y la enferma presenta flujo vaginal muy mal oliente y abundante y la cúpula vaginal está indurada. El día 16/4/2003 es curada la herida quirúrgica que presenta buen aspecto no drenando, apreciándose una mejoría clínica y señalando como diagnóstico seroma. Este día la enferma refiere presentar más sangrado vaginal que en días anteriores y a las 19:30 horas la temperatura es de 37,8°C. La mañana del día 17/4/2003 la paciente se encuentra afebril (36,7°C a las 12 horas) se siente algo mejor de la celulitis de la pared presentando hematoma superficial, se retiran las grapas cutáneas y se indican curas con agua oxigenada rebajada dos veces al día, cuando la herida es abierta drena abundante sangre y líquido maloliente. Por noche la herida es de nuevo curada por haber manchado el apósito, apreciando la enfermería hematoma abdominal necrosado con muy mal olor y mucho dolor, según refiere la paciente; siendo avisado el médico de guardia quien señala que la herida ya la han visto al pasar visita.

»La mañana del día 18/4/2003, al levantar el apósito, la enfermería aprecia una zona necrosada en la herida con drenaje de un líquido amarillento de muy mal olor. Valorada la paciente por el médico de guardia aprecia gangrena de cicatriz/hematoma con flictema (...). Valorada la paciente por el cirujano señala la existencia de una zona gangrenada de 10x20 cm en labio superior de herida quirúrgica con exudado purulento del que se toman cultivos y modifica el tratamiento antibiótico pautando Imipenen y Teicoplanine. A las 16 horas (...) la paciente es bajada al quirófano siendo intervenida bajo anestesia general con el diagnóstico de absceso de pared abdominal con gangrena autolimitada a pared abdominal gangrena de herida quirúrgica. Durante la intervención se reseca piel y tejido celular subcutáneo necrótico desde el ombligo hasta pubis dejando bordes sanos, en la zona de sutura de la pared (incisión de Pfannenstiel) hay alguna apertura de pared que parece afectar a cara superior de tracto anterior sin penetrar en cavidad abdominal, sutura continua rota que se refuerza con puntos de dextron, cierre de fascia con dextron, lavado abundante con agua oxigenada rebajada dejando la herida abierta. (...) se revisa vagina obteniendo flujo sanguinolento del que se toma cultivo, siendo retirado punto de fondo vaginal sin producirse drenaje. La intervención tiene una duración aproximada de unas dos horas y durante la misma no se produce ningún incidente ni complicación. El informe anatomopatológico del tejido extirpado señala como diagnóstico de tejidos blandos con incisión anfractuosa central con intensa inflamación aguda y necrosis. Los cultivos de exudados informados el 22/4/2003 reflejan el



crecimiento de una *Candida albicans* y en los exudados de la herida quirúrgica un *Corynebacterium spp* en el cultivo de gérmenes aerobios, informado el día 29/4/2003, y un *Bacteroides bivius* en el cultivo de anaerobios informado el 28/04/2003. (...).

»Tras la intervención quirúrgica la paciente es ingresada en el Servicio de UCI del Hospital de xxxxx donde permanece sedada y conectada a ventilación mecánica, siendo realizado el mismo día 18/4/2003 estudio de TAC (...). En este día también se toman hemocultivos (tres muestras para cultivos de aerobios y anaerobios) que son informados el día 29/04/2003 sin crecimiento de gérmenes y se hace cura de herida con resección de tejido adiposo que es remitido a anatomía patológica, el informe de este Servicio señala como diagnóstico el de necrosis dermohipodérmica compatible con celulitis gangrenosa. Durante el ingreso en UCI la paciente evoluciona de forma favorable con tratamiento antibiótico y curas de herida con H2O2, si bien de forma lenta; durante su ingreso se toman muestras de orina cuyo cultivo es informado el 28/4/2003 como positivo para *Enterococcus faecalis*. El día 26/4/2003 la paciente es desconectada de la ventilación mecánica, si bien continúa con O2 administrado mediante gafas nasales, y el día 28/4/2003 se produce el alta en UCI para su reingreso en planta de hospitalización. Evolución favorable que también se mantiene en planta de hospitalización (...).

»El día 17/5/2003 son recogidos cultivos de orina que resulta positivo con el crecimiento de un *Esterichia coli* y un *Acinetobacter spp*. (...).

»(...) se realizan interconsultas con Medicina Interna y Dermatología, por lesiones en la piel que son diagnosticadas de eritema exudativo multiforme de etiología posible secundaria a proceso infeccioso o medicamentoso. El alta en planta de hospitalización se produce el día 22 de mayo del 2003. (...).

»La paciente continúa con revisiones en consultas externas produciéndose el alta hospitalaria definitiva el 28/7/2003, el día 17/11/2003 se realiza revisión en consulta externa en la que se refiere notar un bulto a la altura del ombligo que es diagnosticada de hernia umbilical. El día 21/5/2004 se produce nueva revisión por cirugía refiriendo la paciente haber supurado un poco, considerando la cirujano que pudiera tratarse de una intolerancia a algún punto de sutura; además la enferma presenta la hernia umbilical de 1,5 cm que



no se considera subsidiaria de cirugía hasta que la enferma no pierda peso (...)".

Tercero.- Consta en el expediente diferente documentación, de entre la que cabe destacar:

- Documentos relativos a la historia clínica.
- Informe del Dr. bbbbb, Jefe de Sección de Medicina Preventiva, de 27 de febrero de 2004.
- Informe del Dr. zzzzz, del Servicio de Obstetricia y Ginecología, de 18 de marzo de 2004.
- Informe de la Inspección Médica de 19 de noviembre de 2004, con las siguientes conclusiones:

"- Dña. xxxxx padeció una infección nosocomial, infección de herida quirúrgica, consistente en una celulitis gangrenosa como consecuencia de la intervención de histerectomía simple a la que fue sometida en el Servicio de Ginecología del Hospital de xxxxx el día 10/4/2003.

»- Los gérmenes que componían la flora mixta causante de la celulitis gangrenosa padecida por la paciente eran gérmenes que forman parte de la flora habitual de la piel y mucosas, por lo que su origen más probable, como en la mayoría de las infecciones de la herida quirúrgica, fue la flora habitual de la propia paciente.

»- La infección fue desarrollada a pesar de haberse adoptado medidas preventivas consistentes en la preparación previa por el personal de enfermería y la aplicación de profilaxis antibiótica preoperatoria acorde a la pauta establecida en la Guía publicada por el propio centro. Y de haberse realizado el procedimiento quirúrgico de acuerdo a las pautas normales del mismo, sin que se produjesen incidencias ni complicaciones durante su desarrollo. Pudiendo verse incrementado el riesgo de infección por la obesidad presentada por la paciente.



»- El riesgo de infección de herida quirúrgica es un riesgo tipificado para el tipo de intervención que le fue practicada a la enferma, riesgo que había sido advertido a la enferma con carácter previo a la cirugía realizada.

»- Una vez producida la infección de la herida de sitio quirúrgico ésta fue diagnosticada y tratada de forma precoz, utilizando todos los medios terapéuticos, (antibioterapia, desbridamiento quirúrgico, curas sistemáticas e ingreso en UCI) indicados para la curación de un proceso patológico que se asocia a una importante mortalidad. Curación que se consigue, si bien para ello ha sido preciso la prolongación de la estancia hospitalaria y la aplicación de tratamientos que no son habitualmente requeridos en el procedimiento quirúrgico realizado a la paciente: histerectomía simple. Reclamando también la enferma un perjuicio estético por la pérdida de pelo y la cicatriz resultante de la intervención y la aparición de una hernia umbilical que atribuye a la complicación padecida”.

- Informe de los Dres. vvvvv y ppppp, especialistas en obstetricia y ginecología, de 18 de febrero de 2005, con estas conclusiones:

“1. Diagnóstico correcto de útero miomatoso.

»2. Tratamiento quirúrgico igualmente correcto, consistente en histerectomía total, conservando ovarios.

»3. La enferma firmó el documento de consentimiento informado para histerectomía, en el que consta que las infecciones constituyen la primera complicación de este tipo de intervenciones.

»4. Al segundo día del postoperatorio apareció febrícula, y al cuarto día un pico febril. Se diagnosticó infección urinaria y se trató con Baycip.

»5. Las infecciones urinarias son muy frecuentes en los postoperatorios de las histerectomías.

»6. Al quinto día de la intervención se diagnosticó una celulitis pélvica, por lo que se cambió el tratamiento, indicando antibióticos de amplio espectro.



»7. La enferma experimentó mejoría clínica y disminución de la temperatura.

»8. La herida quirúrgica presentó siempre buen aspecto, a excepción de mal olor, probablemente atribuido a la infección por gérmenes anaerobios.

»9. Al séptimo día de la intervención, por la noche, la herida presentó aspecto necrótico. Se diagnosticó celulitis gangrenosa.

»10. La enferma fue nuevamente intervenida al día siguiente por la mañana.

»11. Las infecciones son la complicación más frecuente de las histerectomías.

»12. La mayoría de las infecciones pélvicas postoperatorias son polimicrobianas, en general están causadas por flora vaginal, y aproximadamente en el 60% al 80% de los casos intervienen microorganismos anaerobios.

»13. Consideramos que no ha existido retraso en los diagnósticos ni en los tratamientos.

»14. La evolución a una celulitis gangrenosa de la herida quirúrgica no pudo sospecharse hasta la noche del día 17 de abril, siendo la enferma intervenida en la mañana del día 18.

»15. En el caso de esta enferma se produjo una infección grave postquirúrgica, que fue correctamente diagnosticada y tratada, en cada fase de su evolución.

»16. El tratamiento de la enferma se ajustó a *lex artis ad hoc*".

- Informe de 10 de noviembre de 2005 de los Dres. ppppp, vvvvv, qqqqq, ggggg y ttttt, que amplía el anterior, analizando un informe de la supervisora del Área Quirúrgica, de 23 de abril de 2005, y los resultados de



cultivos ambientales realizados en abril y mayo de 2003 (se mencionan cultivos de 12 de marzo, 10 y 14 de abril, y 15 de mayo de 2003). La conclusión es: "(...) no existen datos en los cultivos ambientales realizados, que hagan sospechar la existencia de gérmenes responsables de infección nosocomial".

Cuarto.- El 22 de diciembre de 2005, se notifica el trámite de audiencia, sin que conste la presentación de alegaciones.

Quinto.- Con fecha 26 de febrero de 2007, el Director General de Administración e Infraestructuras firma la propuesta de resolución del expediente, en el sentido de desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada.

Sexto.- El 5 de marzo de 2007 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente sobre la propuesta de resolución indicada.

En tal estado de tramitación, se dispuso la remisión del expediente al Consejo Consultivo de Castilla y León para que emitiera dictamen.

II CONSIDERACIONES JURÍDICAS

1ª.- El Consejo Consultivo de Castilla y León dictamina en el presente expediente, con carácter preceptivo, de conformidad con lo previsto en el artículo 4.1.h), 1º de la Ley 1/2002, de 9 de abril, reguladora del Consejo Consultivo de Castilla y León, correspondiendo a la Sección Segunda emitir el dictamen según lo establecido en el punto 4º, regla B), apartado f), del Acuerdo de 30 de octubre de 2003, del Pleno del Consejo, por el que se determina el número, orden, composición y competencias de las Secciones.

2ª.- El procedimiento se ha instruido, sustancialmente, con arreglo a lo previsto en los artículos 139 a 144 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, desarrollados por el Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.



No obstante, es preciso destacar que se ha producido una demora injustificada entre la interposición de la reclamación, en febrero de 2004, y la propuesta de resolución, en febrero de 2007. Este retraso necesariamente ha de considerarse como una vulneración por parte de la Administración de principios y criterios relativos a su actuación recogidos en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, como los de eficacia, celeridad, eficiencia y servicio a los ciudadanos, entre otros, sin olvidar el incremento que ha de conllevar necesariamente la cantidad que como indemnización por responsabilidad patrimonial de la Administración se vaya a conceder al reclamante, en su caso, mediante la oportuna resolución.

3ª.- Concurren en la parte interesada los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la referida Ley 30/1992. La competencia para resolver la presente reclamación corresponde al Consejero de Sanidad en virtud de lo dispuesto en el artículo 82.2 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

4ª.- El artículo 106.2 de la Constitución establece que “los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

La referencia constitucional a la ley debe entenderse hecha a los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, a la que además se remite el artículo 82.1 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo (entre otras, Sentencias de 1 de marzo, 21 de abril y 29 de octubre de 1998; 28 de enero de 1999; 1 y 25 de octubre de 1999), así como la doctrina del Consejo de Estado (Dictámenes de 27 de marzo de 2003, expte. nº 183/2003; 6 de febrero de 2003, expte. nº 3583/2002; y 9 de enero de 2003, expte. nº 3251/2002), la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública exige la concurrencia de los siguientes requisitos:

a) La existencia de un daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas.



b) El carácter antijurídico del daño, en el sentido de que la persona que lo sufre no tenga el deber jurídico de soportarlo, de acuerdo con la ley.

c) La imputabilidad a la Administración de la actividad dañosa, es decir, la integración del agente en el marco de la organización administrativa a la que pertenece o la titularidad pública del servicio o la actividad en cuyo ámbito se produce el daño.

d) La relación de causa a efecto entre la actividad administrativa y el resultado dañoso, nexo causal que implica la necesidad de que el daño sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de un servicio público o actividad administrativa en relación directa e inmediata.

e) Ausencia de fuerza mayor.

f) Que no haya transcurrido un año desde el momento en que se produjo el hecho causante.

5ª.- La interesada ha ejercitado su derecho en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

Entrando en el fondo del asunto, este Consejo considera que ha de desestimarse la reclamación de la interesada.

Debe tenerse en cuenta, en primer lugar, que a juicio de este Consejo no ha quedado probado en el expediente que la infección sufrida por la reclamante fuera causada por el funcionamiento normal o anormal de los servicios sanitarios. Al respecto cabe destacar, entre otros aspectos, lo siguiente:

a) El escrito de reclamación adolece de falta de concreción: el relato de los hechos alude en términos muy generales al proceso infeccioso sufrido por la paciente –cuestión no discutida por la Administración–, sin especificar la causa del mismo. Se menciona la “elevada infección en la herida quirúrgica” y se alude genéricamente a los daños que se han causado a la



reclamante, pero no se detalla cuál es, a juicio de la interesada, la actuación de la Administración que ha provocado la susodicha infección.

El escrito de reclamación, en cuanto al tema comentado, es igualmente poco concreto en sus fundamentos de derecho. Se refiere, por ejemplo, a “la mala atención recibida” o a “la omisión de ciertos cuidados básicos que hubieren evitado la producción del daño”, mas no detalla en qué consistió esa supuesta mala atención o cuáles fueron los cuidados básicos omitidos.

b) Las conclusiones de los informes de la Inspección Médica y de los Dres. vvvvv y ppppp apuntan a que lo más probable es que los gérmenes que provocaron la infección se encontraran en la propia paciente.

Así, en la segunda conclusión del informe de la Inspección se dice:

“Los gérmenes que componían la flora mixta causante de la celulitis gangrenosa padecida por la paciente eran gérmenes que forman parte de la flora habitual de la piel y mucosas, por lo que su origen más probable, como en la mayoría de las infecciones de la herida quirúrgica, fue la flora habitual de la propia paciente”.

Y en la conclusión 12 del informe de los citados galenos se afirma:

“La mayoría de las infecciones pélvicas postoperatorias son polimicrobianas, en general están causadas por flora vaginal, y aproximadamente en el 60% al 80% de los casos intervienen microorganismos anaerobios”.

c) La tercera conclusión del informe de la Inspección Médica señala:

“La infección fue desarrollada a pesar de haberse adoptado medidas preventivas consistentes en la preparación previa por el personal de enfermería y la aplicación de profilaxis antibiótica preoperatoria acorde a la pauta establecida en la Guía publicada por el propio centro. Y de haberse realizado el procedimiento quirúrgico de acuerdo a las pautas normales del mismo, sin que se produjesen incidencias ni complicaciones durante su



desarrollo. Pudiendo verse incrementado el riesgo de infección por la obesidad presentada por la paciente”.

La conclusión del informe de los Dres. vvvvv, ppppp, qqqqq, ggggg y ttttt es “que no existen datos en los cultivos ambientales realizados que hagan sospechar la existencia de gérmenes responsables de infección nosocomial”. Esta conclusión se realiza después de examinar el informe de la supervisora del Área Quirúrgica, de 23 de abril de 2005, y de los resultados de diversos cultivos ambientales realizados en abril-mayo de 2003 en los quirófanos 16 y 17 del Hospital de xxxxx (en las consideraciones se mencionan cultivos del 12 de marzo, del 10 y del 14 de abril y del 15 de mayo, todos ellos negativos).

Dicho todo lo anterior, debe tenerse también en cuenta, como motivo de desestimación, que de la documentación obrante en el expediente se desprende, a juicio de este Consejo, que no hay prueba suficiente para considerar infringidos los parámetros entre los que se desenvuelve la *lex artis*, pese a las genéricas afirmaciones de la reclamante sobre mala atención o sobre la omisión de ciertos cuidados básicos.

Al respecto ha de recordarse la segunda conclusión del informe de la Inspección Médica, citado en los párrafos antecedentes, así como la última conclusión del mismo informe, de la que cabe resaltar lo siguiente:

“Una vez producida la infección de la herida de sitio quirúrgico ésta fue diagnosticada y tratada de forma precoz, utilizando todos los medios terapéuticos, (antibioterapia, desbridamiento quirúrgico, curas sistemáticas e ingreso en UCI) indicados para la curación de un proceso patológico que se asocia a una importante mortalidad. Curación que se consigue (...)”.

Además han de traerse a colación las conclusiones 15 y 16 del informe de los Dres. vvvvv y ppppp:

“15. En el caso de esta enferma se produjo una infección grave postquirúrgica, que fue correctamente diagnosticada y tratada, en cada fase de su evolución.

»16. El tratamiento de la enferma se ajustó a *lex artis ad hoc*”.



Sin perjuicio de lo anterior, en relación al cumplimiento de la *lex artis* ha de tenerse en cuenta, como dato complementario, que, según la cuarta conclusión del informe de la Inspección Médica, “el riesgo de infección de herida quirúrgica es un riesgo tipificado para el tipo de intervención que le fue practicada a la enferma, riesgo que había sido advertido a la enferma con carácter previo a la cirugía realizada”. Y ha de valorarse, como indica la conclusión 11 del informe de los Dres. vvvvv y ppppp, que “las infecciones son la complicación más frecuente de las histerectomías”, que es la intervención que se le practicó a la reclamante.

Por último, y sin perjuicio de todo lo dicho, cabe resaltar también que la afirmación que realiza la reclamante en el sentido de que a las veinticuatro horas de ser intervenida comenzó a presentar elevada fiebre, llegando incluso hasta los 39 grados, y que con esta temperatura permaneció en planta cuatro días enteros, no parece acomodada a la realidad de los hechos si se atiende a las referencias contenidas al respecto en los informes del Dr. zzzzz, de la Inspección Médica y de los Dres. vvvvv y ppppp, que aluden al proceso febril, pero no en esos términos, indicándose que es el día 14 de abril cuando aparece una fiebre de 39°C.

Los argumentos anteriores serían también de aplicación a la mención que hace la reclamación a la “cicatriz espectacular” y a la pérdida de pelo por estar tanto tiempo postrada en la cama, en la medida en que ambos hechos parecen derivar de los ya analizados. En cuanto al bulto a la altura del ombligo, también aludido en el escrito de reclamación, el informe de la Inspección Médica se refiere al mismo en el relato de los hechos, señalando que aparece el 17 de noviembre de 2003, diagnosticándose de hernia umbilical. Al respecto, pese a que los informes obrantes en el expediente no se pronuncian sobre esta cuestión –el informe de la Inspección se limita a recoger el hecho y señalar que la reclamante lo atribuye a la complicación padecida–, los términos generales con que la interesada se refiere a este asunto hacen descartable, a la vista de la documentación examinada, poder considerar probada una relación de causalidad que pudiera dar pie a responsabilidad patrimonial, sin que tampoco existan datos que inclinen a entender infringida, en este punto, la *lex artis*.

6ª.- Sin perjuicio de las consideraciones anteriores, y constando que la interesada ha interpuesto recurso contencioso-administrativo contra la desestimación presunta de su reclamación, resulta obligado advertir que, en el



caso de que en dicho proceso hubiera recaído sentencia firme, no procedería ya dictar resolución alguna en vía administrativa, sino dar cumplimiento en sus propios términos al fallo de la sentencia.

III CONCLUSIONES

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo de Castilla y León informa:

Procede dictar resolución desestimatoria en el expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de Dña. xxxxx, representada por Dña. yyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Hospital de xxxxx.

No obstante, V.E. resolverá lo que estime más acertado.