

Expediente: 5/2022

Objeto: Responsabilidad patrimonial de la Administración Foral de Navarra por asistencia sanitaria.

Dictamen: 10/2022, de 2 de mayo

DICTAMEN

En Pamplona, a 2 de mayo de 2022,

el Consejo de Navarra, integrado por don Alfredo Irujo Andueza, Presidente; don Hugo López López, Consejero-Secretario; doña María Ángeles Egusquiza Balmaseda, don José Luis Goñi Sein y don José Iruretagoyena Aldaz, Consejera y Consejeros

siendo ponente don José Luis Goñi Sein,

emite por unanimidad el siguiente dictamen:

I. ANTECEDENTES

I.1ª. Consulta

El día 14 de marzo de 2022 tuvo entrada en el Consejo de Navarra un escrito de la Presidenta de Comunidad Foral de Navarra en el que, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 15.1, en relación con el artículo 14.1 de la Ley Foral 8/2016, de 9 de junio, sobre el Consejo de Navarra (desde ahora, LFCN), se recaba la emisión de dictamen preceptivo sobre la responsabilidad patrimonial de la Administración Foral de Navarra, formulada por don..., Abogado, actuando en nombre y representación de don... por presuntos daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios públicos en relación con los daños y lesiones sufridos por el reclamante.

A la petición de dictamen se acompaña el expediente administrativo tramitado como consecuencia de la indicada reclamación de responsabilidad patrimonial, incluyéndose la propuesta de resolución del Director Gerente del

Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (en adelante, SNS-O), desestimando la reclamación.

I.2ª. Antecedentes de hecho

I. 2ª. 1. Reclamación de responsabilidad patrimonial.

Don..., Abogado, actuando en nombre y representación de don..., mediante escrito fechado el 6 de mayo de 2021, presentó ante el Servicio Navarro de Salud del Gobierno de Navarra una reclamación de responsabilidad patrimonial por presuntos daños y perjuicios, derivados de supuesta negligencia profesional médica de los Servicios Sanitarios. En la reclamación se indica que:

1.- El señor... padece desde hace ya bastantes años una severa artritis reumatoide, diagnosticada y tratada en el Servicio de Reumatología del....

En el contexto de esta enfermedad, en el mes de septiembre del año 1997 fue intervenido del pie izquierdo, aquejado de Hallux Valgus con desalineación y subluxación de articulaciones MMTTF de 2º, 3º, 4º y 5º dedos. El postoperatorio, así como toda la evolución posterior, resultaron satisfactorias.

Posteriormente, en el mes de mayo de 1999 fue intervenido de la cadera izquierda, colocando prótesis total de cadera Bicon Plus Izquierda.

Tanto la cadera izquierda como el pie izquierdo intervenidos evolucionaron correctamente. Sin embargo, continuaba empeorando el pie reumático derecho, así como la cadera y rodilla derechas.

Tal patología que, si bien resultaba sensiblemente limitante, no le impedía valerse por sí mismo para una buena parte de sus actividades diarias. Tenía la expectativa de mejorar ostensiblemente a través de las correspondientes intervenciones quirúrgicas que pudieran practicarse a medida que resultaran convenientes o necesarias.

2. Pasados los años, los problemas de la artritis reumatoide se fueron agudizando, incrementándose, fundamentalmente, los problemas y dolores en la rodilla izquierda. En el mes de diciembre del año 2016 se le realiza artroplastia total de rodilla por la Unidad de Rodilla de la.... El postoperatorio inmediato cursó sin incidencias aparentes. En la revisión de fecha 1 de febrero de 2017 -a los dos meses escasos de la intervención- el señor... refería encontrarse mucho mejor de la rodilla izquierda.

A la vista del buen resultado, se plantea en ese momento una nueva intervención quirúrgica consistente en artroplastia total de cadera derecha. Sin embargo, con fecha 23 de febrero, el señor... ingresa en el Servicio de Urgencias con diagnóstico de artritis séptica de cadera derecha, requiriendo el ingreso en UCI durante 25 días debido al mal estado general y shock séptico. Durante el ingreso, no se apreció infección de la prótesis de la cadera. Sin embargo, sí se objetivó la infección de la prótesis de la rodilla izquierda, colocada, apenas dos meses antes. Los cultivos demostraron la presencia de Staphilococcus Epidermidis.

Una vez superado este episodio, que llegó a comprometer gravemente la vida del paciente, con fecha 21 de abril por parte de Medicina Interna se ofrecen 3 posibilidades:

- «1.- Mantener un tratamiento antibiótico sine die (nulas opciones de curación de la infección actual).
- 2.- Limpieza quirúrgica + tratamiento antibiótico (pocas posibilidades dado el tiempo de evolución).
- 3.- RPTR: sería la opción correcta si la PTR doliese o no estuviera anclada en rx».

De acuerdo con COT se toma la decisión de limpieza (día 4 de mayo).

3. La intervención quirúrgica para limpieza y desbridamiento de la infección se lleva a cabo el día 4 de mayo de 2017. La evolución fue satisfactoria. No obstante, en sucesivas consultas con la unidad de rodilla se comprobó que la infección continuaba activa, con cultivos positivos para Staphilococcus Epidermidis. Por ello, se estableció por medicina interna y la unidad de rodilla un tratamiento antibiótico supresor crónico.

Desde ese momento, la evolución del paciente no ha podido ser manejada como era deseable. Como hemos visto, desde muchos años antes se preveía una serie de intervenciones quirúrgicas para mitigar o minimizar los efectos de su enfermedad de base. Sin embargo, al continuar activa la infección contraída en la prótesis de la rodilla, no ha sido posible acometer nuevas intervenciones quirúrgicas.

En el informe emitido por el doctor..., de la unidad de cadera, relativa a la consulta de 28 de marzo de 2018, se hace constar que el dolor en la cadera derecha había aumentado en los últimos meses. La radiografía mostraba destrucción total de la cabeza femoral derecha y fractura de trasfondo acetabular. En dicho informe se recoge que: *«Se comenta la situación con el paciente y su familia. La infección que permanece activa y contraindica la realización de una artroplastia total de cadera por los importantes riesgos para su salud e incluso su vida que ello puede conllevar. Les propongo comenzar con tratamiento con parches de mórfico para control del dolor.»*

4. En definitiva, se señala en la reclamación que la infección nosocomial sufrida como consecuencia de la intervención en la rodilla en el mes de diciembre de 2016, ha provocado, en primer lugar, un deterioro en el estado general del paciente hasta el punto de que no sea posible acometer nuevas intervenciones quirúrgicas que pudieran solucionar los severos problemas de su enfermedad de base, artritis reumatoide. Siendo especialmente destacable que las intervenciones realizadas hasta ese momento, en el pie, cadera y rodilla izquierdas habían supuesto una mejora para el paciente verdaderamente notable; y era de esperar un resultado semejante en nuevas intervenciones, como la artroplastia de cadera derecha ya prevista en el mes de febrero de 2017, para la que incluso se había ya firmado el documento de consentimiento informado. Actualmente, sin embargo, no va a ser posible, a corto o medio plazo desde luego, intentar esta u otras intervenciones que pudieran facilitar al paciente una vida lo más autónoma posible. Se destaca, por último, que como se indica en el informe del doctor...: “El paciente debe caminar lo menos posible y siempre con ayuda de muletas o andador. Precisaré del uso de silla de ruedas o scooter eléctrica para sus desplazamientos. Precisaré, además, ayuda para gran parte de sus

actividades básicas como pueden ser vestirse, asearse. transferencias a sillas de ruedas, desplazamientos, etc.”.

5. A la vista del estado actual de absoluta dependencia del señor... para las actividades más elementales, y teniendo en cuenta el sufrimiento padecido, con grave compromiso para su vida, se considera que concurren los requisitos para generar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, según lo declarado en la sentencia de la Sala de lo Contencioso del Tribunal Superior de Justicia de Navarra de 15 de marzo de 2012 (Rec. núm. 240/2011), y, en consecuencia, se solicita que se declare la responsabilidad del Servicio Navarro de Salud y el derecho de don... a ser indemnizado en la cantidad de cuatrocientos cincuenta mil euros.

I. 2ª.2. Instrucción del procedimiento e informes

Por Resolución 15/2021, de 20 de mayo, de la Jefa del Servicio de Régimen Jurídico del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, por la que se admite a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por don..., en nombre y representación de don..., se acordó: 1º) admitir a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial, asignándole el número de expediente 24756/2021; 2º) nombrar instructora del procedimiento; 3º) informar al interesado de los efectos que se podían derivar de la reclamación presentada respecto al acceso a los datos de su historia clínica; 4º) señalar el plazo máximo para resolver y notificar la resolución del procedimiento, dentro de los seis meses siguientes al 6 de mayo de 2021, además de indicar los efectos del silencio administrativo negativo; y 5º) dar traslado de la resolución al instructor del procedimiento y su notificación al interesado.

A) Informe emitido por la Jefa del Servicio de Reumatología del....

Iniciada la instrucción, la instructora del expediente solicita del Servicio de Reumatología del... informe sobre la atención sanitaria prestada a don.... Dicho informe es evacuado, sin fecha determinada, por doña María Concepción Fito, Jefa del indicado Servicio de Reumatología. En dicho informe, se pone de manifiesto que:

«D... realiza seguimiento en el Servicio de Reumatología desde hace años. Diagnosticado de Artritis Reumatoide en 1998, Luxación Atlantoaxoidea en el año 2000, Osteonecrosis de Cadera Izda con colocación de prótesis en mayo de 1999. Ha recibido tratamiento con diversos inmunosupresores sin eficacia, Desde mayo del 2000 en tratamiento con Enbrel que se suspende en el 2016.

En diciembre del 2016 se realiza colocación de prótesis de rodilla izda. En febrero del 2017 ingresa en el servicio de Reumatología por artritis séptica de cadera dcha por estafilococo Aureus precisando posterior traslado a UCI donde presenta celulítis y piomiositis en zona de muslo dcho siendo intervenido urgentemente por Traumatología el 10/03/2017.

Al alta reingresa en el servicio de Medicina Interna. Durante su ingreso se objetiva tumefacción en rodilla izda y se realiza artrocentesis creciendo estafilococo Aureus (30/03/2017). En mayo del 2017 el servicio de Traumatología realiza limpieza y desbridamiento prótesis de rodilla. En junio del 2017 crece estafilococo Epidermidis en la rodilla izda. El paciente realizó tratamiento con Cloxacilina endovenosa desde el 24 de febrero del 2017 hasta el alta. Posteriormente Levofloxacino y Rifampicina pautados por el servicio de Medicina Interna y más tarde tratamiento crónico con Doxaciiclina desde julio del 2017.

El paciente acude a nuestras consultas por última vez el 13/05/2021; precisa silla de ruedas eléctrica para su deambulación y la ayuda de terceras personas para realizar las actividades de la vida cotidiana.

En la actualidad se encuentra en tratamiento con Prednisona 5mg: 1-0-0, Hidroferol 0.266/mes, Ideos: 0-0-1, Prolia: 1 inyección subcutánea/6 meses desde el 2017 y Doxiciatl.

En la última exploración física se objetivan marcadas deformidades en manos (ráfaga cubital, dedos en cuello de cisne) y artritis de rodilla izda».

B) Informe emitido por el Jefe del Servicio de C. Ortopédica y Traumatología del...

Con fecha 4 de julio de 2021 se emitió informe por don Ángel M. Hidalgo Jefe de Servicio de Traumatología del.... En el mismo se detallan las siguientes actuaciones:

«Paciente visto en consulta el 6/06/2016 con historia de Artritis Reumatoide severa, portador de P.T.C. izquierda desde 1999. Presentaba una gonartrosis grave bilateral con valgo de ambas rodillas, extensión de ambas rodillas limitadas con flexo de 30º en la izquierda y de 25º en la derecha, así como una flexión de ambas rodillas limitada a 90º. La rodilla izquierda es más dolorosa con lo que se propone

sustitución protésica de rodilla izquierda que por la deformidad y limitación de la movilidad consistirá en implantar bisagra rotacional.

Previamente a la intervención el paciente fue informado de los riesgos relacionados con la intervención propuesta, y firmó los correspondientes Consentimientos Informados.

Intervenido el 15/12/2016 se implanta prótesis de rodilla bisagra rotacional Waldemar-Link cementada tamaño clean.

El postoperatorio hospitalario es normal con control radiológico correcto, con buena evolución de la herida quirúrgica con alguna flictena cutánea. Es alta hospitalaria el 23/12/2016.

El 23/01/2017 es visto en consulta. Se considera una evolución favorable con rodilla algo inflamada y un poco eritematosa y buen balance articular (extensión: -5, flexión: 100).

El 23/02/2017 comienza con coxalgia derecha aguda con diagnóstico final de artritis séptica de cadera derecha por staphylococcus aureus y evolución a shock séptico con ingreso en la UCI. Durante su ingreso se realiza una punción articular con resultado positivo a Staphylococcus aureus.

El 27/04/2017 se valora en consulta y se decide limpieza quirúrgica.

Intervenido el 4/05/2017 se realiza limpieza y desbridamiento con conservación de los implantes que no muestran signos de aflojamiento.

En el postoperatorio presenta hematoma articular. Las muestras remitidas a microbiología presentan cinco cultivos+ a staphylococcus epidermidis.

La evolución posterior de la rodilla izquierda es de inflamación, luxación externa de rótula y subida progresiva de la prótesis C y VSG así como la incapacidad para caminar.

El dolor ha sido tolerable hasta la última consulta (27/04/2021) en la que el aspecto de la rodilla es de mayor inflamación y el paciente refiere incremento del dolor. Discreta mejoría de la proteína C reactiva (31'4) respecto a control anterior.

Radiológicamente osteolisis en zonas metafisarias».

Tras resumir la evolución del paciente en los referidos términos, realiza las siguientes observaciones:

«Creemos que la indicación de la cirugía de P.T.R. izquierda es correcta y se realizó según los procedimientos habituales con firma de consentimiento informado, estudios preoperatorios y consultas

preoperatorias con los servicios de Medicina Interna y Anestesiología y Reanimación.

Creemos que la primera cirugía se realizó satisfactoriamente sin incidencias y con buen resultado inicial.

Tras ingreso por artritis séptica de cadera derecha y shock séptico se diagnosticó una infección profunda de los implantes protésicos de rodilla izquierda. Nos parece correcta la indicación de cirugía de limpieza manteniendo los componentes protésicos.

El microorganismo detectado en las muestras ha sido staphylococcus epidermidis, colonizador habitual del tejido cutáneo y que provoca con frecuencia infecciones profundas de implantes protésicos.

En nuestro centro la tasa de infección tras prótesis de rodilla está claramente por debajo de la mayoría de las series presentadas por otros servicios y centros, aunque es cierto que en pacientes con artritis reumatoide la incidencia de infección es claramente superior.

En cualquier caso la infección primaria, y a la vista de los hechos reflejados en la historia clínica, parece haber ocurrido en la cadera, y posteriormente la prótesis de rodilla se infectó de forma secundaria.

La cirugía de limpieza no consiguió erradicar la infección. Tras la evolución presentada tras la primera cirugía se decidió un tratamiento conservador, considerado como mejor opción que una retirada quirúrgica de los implantes si el dolor lo permitía.

Durante este tiempo ha seguido controles periódicos en consulta con analíticas y estudio radiológico que nos parecen con una frecuencia razonable.

Creo que en todo momento la actuación de todos los profesionales que han tratado al paciente se ha realizado siguiendo la Lex Artis, e incluso con exceso de celo, teniendo en cuenta que la hija del paciente trabaja en Clínica Ubarmin, y ha tenido a los especialistas responsables, accesibles y disponibles en todo momento».

C) Informe Médico Pericial emitido por especialistas de “...” (...)

Consta en el expediente un informe pericial emitido por la doctora..., doctora en Medicina y Cirugía, Especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología, y Profesora Asociada de la Universidad Complutense de Madrid.

En el informe, de fecha 2 de noviembre de 2021, suscrito por la referida médica-especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología, se efectúa un

resumen detallado de la historia clínica, realizándose diversas consideraciones médicas relativas al caso y analizándose la praxis seguida en relación con la asistencia prestada a don... por el Servicio de Traumatología del....

La pericial describe los antecedentes personales del reclamante, poniendo de manifestó que se trata de paciente de 69 años en el momento de los hechos, con antecedentes personales de osteoporosis y artritis reumatoide, intervenido de deformidad de antepié izquierdo (pie reumático) (1997) y prótesis total de cadera izquierda (necrosis cabeza femoral) (1999), con afectación articular de ambos hombros, codos, muñecas, manos pie derecho, rodilla derecha y cadera derecha, que presenta afectación poliarticular grave y que ha recibido tratamiento con diversos inmunosupresores sin eficacia hasta recibir Etanercept.

A continuación, va detallando todas y cada una de las actuaciones médicas desarrolladas en el periodo objeto de análisis del 13 de mayo de 2016 al 4 de julio de 2021. En la valoración de la praxis médica se destaca que:

«el paciente fue intervenido quirúrgicamente el 15 de diciembre de 2016 de una gonartrosis izquierda. Se implantó una prótesis total de rodilla de tipo bisagra rotacional (un tipo de prótesis de rodilla constreñida) debido a la gran deformidad en valgo y flexo. Tanto la intervención quirúrgica como el postoperatorio fueron favorables. Se le había informado preoperatoriamente del riesgo de infección de la prótesis que podría obligar a la extracción de los componentes si el tratamiento antibiótico fracasaba, tal y como figura el punto “e” del consentimiento informado que firmó. Al alta de la intervención se le indicó en el informe que debía saber que, al tener implantada una prótesis, en determinadas circunstancias como una infección podía presentar un riesgo adicional de infección tardía. La artritis reumatoide es una enfermedad inflamatoria autoinmune que incrementa significativamente el riesgo de infecciones de cualquier tipo y hace que éstas sean más graves y de más difícil curación que en la población general, pudiendo llegar a comprometer la vida del paciente. La medicación inmunosupresora y las terapias biológicas que se emplean en su tratamiento también aumentan el riesgo de procesos infecciosos.

El 1 de febrero de 2017, ante la buena evolución clínico-radiológica de la prótesis total de rodilla izquierda, D.... fue incluido en lista de espera para intervenirse la cadera derecha. Según consta en la historia clínica,

presentaba importante dolor y limitación funcional por el dolor en la cadera derecha por la coxartrosis avanzada con coxa protrusa.

El 23 de febrero de 2017, estando en lista de espera quirúrgica, comenzó con dolor agudo en la cadera derecha por lo que acudió a Urgencias. Tras los correspondientes estudios analíticos y radiológicos, fue ingresado con diagnóstico de artritis de cadera derecha.

Fue valorado por especialistas en Reumatología y Traumatología. Inicialmente no impresionaba de una artritis séptica (infecciosa) sino inflamatoria (en el contexto de su artritis reumatoide). Se realizó una artrocentesis guiada por ecografía (punción articular para extraer el líquido articular) y se envió a cultivo, iniciándose posteriormente tratamiento antibiótico empírico de amplio espectro, correcto. El material obtenido no impresionaba de aspecto infeccioso (escaso material hemático). También se tomaron hemocultivos

Por empeoramiento clínico requirió ingreso en UCI. Los cultivos resultaron positivos para S.aureus sensible a meticilina (SAMS) y se ajustó el tratamiento antibiótico según antibiograma. Traumatología valoró periódicamente al paciente, sin apreciar signos de artritis séptica en la cadera derecha (afebril, no calor, no rubor y no derrame articular en ecografía). D... tenía, por tanto, una bacteriemia por SAMS y un riesgo alto de infección secundaria de cualquiera de sus articulaciones en forma de artritis séptica sobre articulación nativa o de infección periprotésica.

La ecografía de control realizada el 2 de marzo de 2017 mostró importante celulitis de partes blandas pero mínimo derrame articular, por lo que no sugería una artritis séptica de cadera derecha. Estaba recibiendo el tratamiento antibiótico adecuado. El 9 de marzo de 2017, ante empeoramiento clínico, se realizó una RM que informó de celulitis, extensa piomiositis y derrame articular (artritis séptica).

Ante estos hallazgos la indicación quirúrgica era clara. D... fue intervenido el 10 de marzo de 2017 realizándose abordaje lateral para limpieza y toma de muestras para microbiología y anatomía patológica. Era el procedimiento quirúrgico correcto. Según consta en el informe quirúrgico, no se observó material purulento dentro de la cápsula. La PCR de las muestras fue positiva para SAMS, el mismo microorganismo que estaba causando la bacteriemia al paciente. Continuó con importante miositis y siguió recibiendo la antibioticoterapia adecuada.

También se vigiló estrechamente la prótesis total de rodilla izquierda, realizándose frecuentes exploraciones físicas en las que se apreció derrame articular similar al previo (postoperatorio), ausencia de signos infecciosos y ausencia de dolor. El 30 de marzo de 2017 se realizó una

artrocentesis de la rodilla izquierda enviándose muestra para análisis microbiológico.

Según se describe, inició RHB en el ingreso, consiguiendo caminar con andador, y se programó continuar RHB de forma ambulatoria.

Fue dado de alta el 31 de marzo de 2017 ante buena evolución, con las recomendaciones adecuadas, pauta de antibioticoterapia y plan de seguimiento en consultas.

La PCR del líquido extraído de la rodilla izquierda fue también positiva para SAMS, lo que traducía una infección periprotésica. Se decidió actitud conservadora ante la ausencia de síntomas en la prótesis total de rodilla izquierda (no dolor a la palpación, sin signos inflamatorios y cicatriz bien). Ha de considerarse adecuado este planteamiento, dadas las características del paciente (artritis reumatoide grave con riesgo alto de infección e implante en rodilla izquierda de tipo bisagra). La extracción de un componente protésico tipo bisagra cementado implica una gran agresividad quirúrgica para retirar todo el cemento y realizar un desbridamiento exhaustivo. En un paciente inmunosuprimido las posibilidades de éxito de un recambio protésico en 2 tiempos se reducen significativamente respecto a la población general. Existía alto riesgo de que funcionalmente quedara peor que antes del recambio protésico, e incluso, de hacer el recambio protésico y que persistiera la infección. Se trataba de una situación quirúrgicamente muy compleja.

La infección de la cadera derecha (nativa) y de la prótesis total de rodilla izquierda no pueden atribuirse a una inadecuada asistencia sanitaria, como se reclama. Desde el ingreso por bacteriemia por SAMS el 23 de febrero de 2017 el manejo de la infección fue correcto. Como es sabido (y como se le había informado al paciente), ante una bacteriemia o una infección en cualquier localización, existe un riesgo alto de colonización de los implantes protésicos. La artritis reumatoide, además, incrementa este riesgo de infección y puede hacer que infecciones “banales” se conviertan en procesos infecciosos muy graves y/o de difícil curación.

En las sucesivas consultas de revisión de COT y Medicina Interna se le plantearon diferentes opciones ante la infección periprotésica de rodilla izquierda: mantener antibioticoterapia supresora (asumiendo que no iba a curarse la infección), limpieza quirúrgica y antibiótico (posibilidades de curación, aunque escasas) o recambio de la prótesis de rodilla (valorable si dolor o aflojamiento protésico). Las tres opciones eran válidas para el paciente. Se optó por la segunda con el fin de dar una oportunidad de curación de la infección. Sí que se intentó, al contrario de lo que se sugiere en la demanda, resolver la infección periprotésica de la rodilla izquierda de D... No obstante, como ya se ha señalado, era muy difícil conseguir la curación de la infección por las comorbilidades del paciente y el tipo de implante protésico.

El 4 de mayo de 2017 se realizó intervención quirúrgica que consistió limpieza, desbridamiento y toma de muestras de la rodilla izquierda. Se ajustó la antibioticoterapia a los resultados de los cultivos, en los que creció un S. epidermidis. Al alta, continuó realizándose un adecuado seguimiento. Se tomaron muestras de líquido articular para cultivo que resultaron positivas para el microorganismo aislado. Se decidió correctamente tratamiento antibiótico supresor crónico, con el cual se mantuvo la infección periprotésica controlada clínica y analíticamente. En las radiografías de control se comenzaron a observar en junio de 2018 signos de descementación en la zona de la epífisis femoral, pero con buen anclaje a nivel de diáfisis, por lo que no requería ningún tratamiento. En relación a la cadera derecha, se anotó en los evolutivos de consulta del 18 de mayo de 2018 que era capaz de caminar algo con andador y tenía dolor controlado. Esto, junto a la persistencia de infección activa en la rodilla izquierda, hizo que no se replanteara la cirugía protésica de cadera derecha. La implantación de una prótesis total de cadera en un paciente con una infección periprotésica de rodilla en tratamiento antibiótico supresor tiene altísimo riesgo de complicaciones. La situación funcional respecto a la cadera derecha del paciente se mantuvo en los años siguientes (“clínicamente sin cambios”, “clínicamente similar”)».

En sus conclusiones generales, el informe médico de... recoge lo siguiente:

- «1. D..., con artritis reumatoide con afectación poliarticular grave, fue intervenido el 15 de diciembre de 2016 en el..., implantándose una PTR izquierda tipo bisagra rotacional por la gran deformidad.*
- 2. Ante la evolución clínico-radiológica favorable, el 1 de febrero de 2017 fue incluido en lista de espera para implantar una prótesis total de cadera derecha por coxartrosis avanzada con coxa protrusa.*
- 3. El 23 de febrero de 2017 fue ingresado por dolor en cadera derecha y sepsis, siendo diagnosticado tras los correspondientes estudios de bacteriemia por SAMS. Fue correctamente tratado con los antibióticos adecuados pero desarrolló una artritis séptica en la cadera derecha que precisó limpieza quirúrgica el 10 de marzo de 2017.*
- 4. Como es sabido la artritis reumatoide incrementa de forma importante el riesgo de infección de cualquier tipo, incluyendo la infección articular (artritis infecciosa e infección periprotésica).*
- 5. El proceso infeccioso de la cadera derecha se resolvió pero se produjo colonización e infección de la prótesis total de rodilla izquierda por SAMS, planteándose distintas opciones terapéuticas.*

6. *El 4 de mayo de 2017 se realizó limpieza, desbridamiento y toma de muestras de la rodilla izquierda. Se ajustó la antibioticoterapia a los resultados de los cultivos, en los que creció un S. epidermidis.*
7. *Se realizó un adecuado seguimiento postoperatorio, con cultivos de líquido articular positivos, decidiéndose tratamiento antibiótico supresor crónico, con el cual se mantuvo la infección controlada clínica y analíticamente.*
8. *No se ha realizado la cirugía protésica de cadera derecha planteada el 1 de febrero de 2017. Tal y como se indica en la historia clínica, la implantación de una prótesis total de cadera en un paciente con una infección periprotésica de rodilla en tratamiento antibiótico supresor tiene altísimo riesgo de complicaciones.*
9. *Ni la infección de la cadera derecha nativa ni la de la prótesis total de rodilla izquierda pueden atribuirse a una inadecuada praxis médica durante el manejo de la bacteriemia por la que ingresó en febrero de 2017.*
10. *Cuando se intervino de la PTR izquierda fue informado del riesgo de infección de la prótesis si coexistía otro proceso infeccioso. Este riesgo se materializó cuando sufrió el episodio de bacteriemia y artritis séptica de cadera por SAMS en febrero de 2017.*
11. *El manejo de la infección periprotésica de rodilla izquierda fue adecuado a pesar de lo cual no se consiguió la curación. Se mantuvo controlada con antibioticoterapia supresora crónica.*
12. *La situación funcional del paciente no es consecuencia de una inadecuada asistencia sanitaria por parte de los facultativos del... que realizaron el seguimiento».*

En su conclusión final, el informe señala que *«la asistencia prestada a D... por parte del Servicio Navarro de Salud, en relación a la infección de prótesis total de rodilla izquierda diagnosticada en 2017 fue acorde a la Lex Artis».*

Trámite de audiencia y alegaciones

Mediante escrito de fecha 31 de diciembre de 2021, la instructora del procedimiento dio trámite de audiencia al interesado por un periodo de diez días hábiles para la presentación de nuevas alegaciones, de otros documentos y de las justificaciones que estimaran pertinentes. Asimismo, se les dio copia de los informes médicos facilitados por los Jefes de los Servicios de Reumatología, y de Cirugía y Traumatología del..., además de la historia

clínica remitida por el Gerente del... y del informe médico pericial emitido por especialistas de “...” (...). En el plazo concedido al efecto, el interesado presenta informes clínicos complementarios del Servicio de Traumatología de agosto y septiembre de 2021.

Propuesta de resolución

La propuesta de resolución, precedida de un informe jurídico de fecha 8 de febrero de 2022 de la que es fiel reflejo, desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por don..., en nombre y representación de don..., por daños producidos en relación con la intervención y posterior infección de la prótesis total de rodilla.

En la misma se analiza, en primer lugar, si la posibilidad de infección por *Staphylococcus Epidermidis* tras el implante de la prótesis era una consecuencia previsible, o bien si, por el contrario, el paciente no tenía por qué soportar la posibilidad de un proceso infeccioso, por no tratarse de un riesgo posible. A este respecto se considera que el riesgo de infección era uno de los riesgos previsible de este tipo de intervenciones, y aún en mayor medida, en un paciente con artritis reumatoide severa, y del que fue advertido el paciente en el documento firmado, añadiendo que, según el informe pericial de..., «La artritis reumatoide, además, incrementa este riesgo de infección y puede hacer que infecciones “banales” se conviertan en procesos infecciosos muy graves y/o de difícil curación».

Sentado lo anterior, se procede en segundo lugar, a analizar la praxis médica llevada a cabo una vez diagnosticada la infección, esto es, si el proceso infeccioso fue tratado correctamente. Y lo que se señala es que: el manejo de la infección periprotésica de rodilla izquierda fue adecuado a pesar de lo cual no se consiguió la curación; se mantuvo controlada con antibioticoterapia supresora crónica; la situación funcional del paciente no fue consecuencia de una inadecuada asistencia sanitaria por parte de los facultativos que realizaron el seguimiento. En consecuencia, se afirma que la asistencia prestada al Sr..., en relación a la infección de prótesis total de rodilla izquierda diagnosticada en 2017, fue acorde a la Lex Artis.

En definitiva, a la vista de todas las consideraciones expuestas, se concluye que no concurren en el presente caso los elementos constitutivos del instituto de la responsabilidad patrimonial, por lo que se propone la desestimación de la reclamación presentada y, por consiguiente, de la solicitud de indemnización pretendida.

II. CONSIDERACIONES JURÍDICAS

II.1ª. Objeto y carácter preceptivo del dictamen.

La presente consulta versa sobre una reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por don..., Abogado, actuando en nombre y representación de don... por presuntos daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios públicos en relación con los daños y lesiones sufridas por el reclamante. Es ésta una consulta en un expediente de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo dependiente de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra en materia sanitaria.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 14.1. de la LFCN, el Consejo de Navarra debe ser consultado preceptivamente en los siguientes asuntos: i) Reclamaciones de responsabilidad patrimonial en las que se solicite una indemnización en cuantía igual o superior a trescientos mil euros.

En el presente caso se solicita una indemnización de cuatrocientos cincuenta mil (450.000) euros, por lo que el presente dictamen se emite con carácter preceptivo.

II.2ª. Sobre competencia y tramitación del procedimiento

La Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPACAP) regula en sus artículos 53 y siguientes el procedimiento administrativo común, conteniendo en sus artículos 65, 67, 91 y 92, las especialidades propias de los procedimientos de responsabilidad patrimonial. En el procedimiento general se contemplan sucesivamente su iniciación, la práctica de las pruebas que se declaren pertinentes, la solicitud de informes y, por último, la resolución definitiva por el órgano competente y su posterior notificación.

Disponen, por su parte, los artículos 122, en relación con el 58, ambos de la Ley Foral 11/2019, de 11 de marzo, de la Administración de la Comunidad Foral y del Sector Público Institucional Foral, que la resolución del expediente corresponderá a la persona que ejerza la gerencia o presidencia de los respectivos Organismos Autónomos.

En cuanto a la tramitación de este procedimiento, se han incorporado al expediente los documentos necesarios para conocer las circunstancias a tener en cuenta en la atención sanitaria prestada, obrando en el mismo el historial clínico remitido, los informes emitidos por los servicios médicos, así como el informe de la asesoría médica... en relación con los hechos objeto de la reclamación.

Se ha dado trámite de audiencia, con traslado de copias de los informes obrantes en el expediente y acceso al historial médico obrante en el expediente, no presentándose por el reclamante alegación alguna y aportándose únicamente sendos informes clínicos complementarios del Servicio de Traumatología de agosto y septiembre de 2021, todo ello previo a la formulación de la propuesta de resolución.

Con base en lo anterior, consideramos que en términos generales se ha dado cumplimiento a la normativa aplicable por lo que el procedimiento seguido se considera correcto.

II.3ª. La responsabilidad patrimonial de la Administración: regulación y requisitos

Como se ha repetido por este Consejo de Navarra en dictámenes anteriores, la responsabilidad patrimonial de la Administración es una institución de garantía de los ciudadanos prevista en el artículo 106.2 de la Constitución Española (CE), encontrándose su regulación en los artículos 32 a 37 (capítulo IV del título preliminar) de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP).

El artículo 106.2 de la Constitución consagra el principio de la responsabilidad patrimonial extracontractual de las Administraciones públicas

por las lesiones que sufran los particulares en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos.

El punto de partida lo constituye el artículo 32.1 de la LRJSP, a cuyo tenor «los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley».

En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas (artículo 32.2). Solo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley (art. 34.1 de la LPJSP). No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existente en el momento de producción de aquellos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales y económicas que las leyes puedan establecer en estos casos (artículo 34. 1). La indemnización se calculará con arreglo a los criterios de valoración establecidos en la legislación fiscal, de expropiación forzosa y demás normas aplicables, ponderándose, en su caso, las valoraciones predominantes en el mercado. En los casos de muerte o lesiones corporales se podrá tomar como referencia la valoración incluida en los baremos de la normativa vigente en materia de seguros obligatorios y de la Seguridad Social (artículo 34.2). Los interesados solo podrán solicitar el inicio de un procedimiento, cuando no haya prescrito su derecho a reclamar. El derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo [artículo 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en lo sucesivo, LPACAP)]. La carga de la prueba de los hechos necesarios para que exista la responsabilidad corresponde a quien reclama la indemnización, y en cambio,

corre a cargo de la Administración la prueba del correcto funcionamiento del servicio o de la existencia de fuerza mayor o de circunstancias demostrativas de la existencia de dolo o negligencia de la víctima suficientes para considerar roto el nexo causal (STS de 13 de julio de 2000, entre otras).

Por su parte, el artículo 77.1 de la LFACFN, dispone que, mediante el procedimiento en la misma, la Administración de la Comunidad Foral de Navarra podrá reconocer el derecho a indemnización de los particulares por las lesiones que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la ley.

II.4ª. La relación de causalidad y la antijuridicidad del daño: acerca del cumplimiento o no de la *lex artis*

Como este Consejo ha señalado en dictámenes anteriores (entre otros, 10/2017, de 27 de marzo, 9/2020, 26 de marzo, o 16/2021, de 20 de mayo), el sistema legal de responsabilidad patrimonial de la Administración viene dotado de naturaleza objetiva, pero cuando nos encontramos ante una prestación pública en el ámbito sanitario la traslación mecánica del principio de objetividad puede provocar resultados no sólo contrarios a un elemental principio de justicia, sino incluso a la concreta función del instituto indemnizatorio, por ello se ha reiterado por la jurisprudencia que el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración no convierte a las Administraciones Públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos sociales (SSTS 19 de junio de 2001 y 26 de febrero de 2002); y, por otra parte, como también ha recordado el Tribunal Supremo (SSTS 19 de junio de 2001 y 4 de marzo de 2006), no basta para que exista responsabilidad patrimonial la apreciación de deficiencias en la atención médica prestada, sino que es necesario, además, que el perjuicio invocado y cuya reparación se pretende sea una consecuencia o tenga como factor causal dicha prestación sanitaria.

Por otra parte, es igualmente conocida la doctrina jurisprudencial conforme a la cual en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión, sino que será preciso

acudir al criterio de la “*lex artis*” como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, y si cabe establecer un nexo causal que opere la imputación de responsabilidad a los servicios sanitarios; todo ello con independencia del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la curación o la salud del paciente (STS, Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 13 de julio de 2007).

En consecuencia, el criterio fundamental para determinar la existencia o no de responsabilidad patrimonial es el de la “*lex artis*”, y ello ante la inexistencia de criterios normativos que puedan servir para determinar cuándo el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios ha sido correcto. La existencia de este criterio se basa en el principio básico sustentado por la jurisprudencia en el sentido de que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados; es decir, la obligación es de prestar la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Por lo tanto, el criterio de la “*lex artis*” es un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida (“*lex artis*”). Este criterio es fundamental pues permite delimitar los supuestos en los que verdaderamente puede haber lugar a responsabilidad exigiendo que no solo exista el elemento de la lesión sino también la infracción de dicha “*lex artis*”; de exigirse sólo la existencia de la lesión se produciría una consecuencia no querida por el ordenamiento, como sería la excesiva objetivación de la responsabilidad al poder declararse la responsabilidad con la única exigencia de la existencia de la lesión efectiva sin la exigencia de la demostración de la infracción del criterio de normalidad representado por la “*lex artis*” (STS de 13 de julio de 2007). Como reiteradamente se ha reconocido por la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, el daño indemnizable ha de ser antijurídico y, en caso de daños derivados de actuaciones sanitarias, no basta con que se produzca el daño, sino que es necesario que éste haya sido provocado por una mala praxis profesional. Así, la sentencia de 19 de septiembre de 2012, recaída en recurso de casación 8/2010, dice:

«La concepción del carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial que se mantiene por la parte recurrente no se corresponde con la indicada doctrina de esta Sala y la que se recoge en la sentencia de 22 de abril de 1994, que cita las de 19 enero y 7 junio 1988, 29 mayo 1989, 8 febrero 1991 y 2 noviembre 1993, según la cual: «esa responsabilidad patrimonial de la Administración se funda en el criterio objetivo de la lesión, entendida como daño o perjuicio antijurídico que quien lo sufre no tiene el deber jurídico de soportar, pues si existe ese deber jurídico decae la obligación de la Administración de indemnizar» (en el mismo sentido sentencias de 31-10-2000 y 30-10-2003).

Debiéndose precisar que, cuando se trata de reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria, la jurisprudencia viene declarando que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la “*lex artis*” como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. Así, la sentencia de 14 de octubre de 2002, por referencia a la de 22 de diciembre de 2001, señala que “en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir, de modo que, aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si ésta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia postoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste, hoy recogida en el citado artículo 141.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, redactado por Ley 4/1999, de 13 de enero, que no vino sino a consagrar legislativamente la doctrina jurisprudencial tradicional, cuyo alcance ha quedado aquilatado en este precepto”».

De lo expuesto se colige que el reproche de antijuridicidad de la lesión acaecida se elimina si la actuación médica se ajusta a la “*lex artis ad hoc*”; esto es, cuando se valore que la actuación médica se ha desarrollado correctamente teniendo en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos -estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la misma organización sanitaria-, atendiendo al estado de la ciencia y técnica normal requerida, cumpliéndose tanto el

acervo de exigencias o requisitos de legitimación o actuación lícita, como respondiendo con eficacia los servicios (STS, Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 11 de marzo de 1991).

En el presente caso, el reclamante fundamenta la responsabilidad de la Administración Sanitaria en que, a causa de la infección nosocomial contraída con ocasión de una intervención en la rodilla en el mes de diciembre de 2016, y que continua activa, se encuentra impedido de acometer nuevas intervenciones quirúrgicas, en particular, una artroplastia de cadera derecha, que le permitan superar los severos problemas de artritis reumatoide que sufre, precisando asistencia para la deambulacion y ayuda de terceras personas para realizar las actividades de la vida cotidiana.

Argumenta el interesado que *«el hecho de contraer una infección nosocomial, con origen en la actividad desplegada por los medios humanos y materiales organizados por el Servicio Navarro de Salud, no supera en absoluto los estándares de seguridad con arreglo a la conciencia social»*, y, aunque *«podemos admitir que la responsabilidad individual por la infección sea hasta cierto punto difusa, en el sentido de que difícilmente esta parte puede atribuir a una persona o a otra la imputación del origen de la infección»*, pero *«obviamente se ha producido dentro de la organización de la Administración»*, por lo que *«nos encontramos (...) ante un funcionamiento anormal de los servicios públicos, que con relación causal directa ha provocado un daño indudable»* al recurrente.

De esa única argumentación expuesta en el escrito, el interesado infiere un presunto motivo de responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria por el hecho de haber contraído la infección nosocomial como consecuencia del implante de la prótesis colocado en la rodilla, y, por tanto, como consecuencia de una actividad médica desplegada que ha provocado en el reclamante un daño, que no tiene el deber de soportarlo, trayendo a colación la sentencia de la Sala de lo Contencioso del TSJ de Navarra de 15 de marzo de 2012.

De este modo, el reclamante estaría partiendo del principio de responsabilidad objetiva, y considerando que la Administración Sanitaria es

responsable por el hecho en sí del daño sufrido por él. Sin embargo, conviene recordar, como ya ha quedado señalado anteriormente, que el carácter objetivo de la responsabilidad no puede conducir a entender que la Administración, con independencia de su concreta actuación en el caso, pueda ser siempre considerada responsable de toda lesión o perjuicio sufrido por los particulares con ocasión de la prestación de los servicios públicos, pues el principio de responsabilidad objetiva no puede conducir a apreciar que la Administración se convierte en una aseguradora universal de todo riesgo. Se necesita, además, acreditar que los órganos sanitarios no actuaron conforme a los estándares exigibles en función de los conocimientos técnicos, sin que en modo alguno pueda pretenderse que la Administración se convierta en responsable de todo daño cuando se compruebe que la asistencia recibida por el paciente fue conforme a la denominada *lex artis*.

Por tanto, la perspectiva desde la que deberá considerarse el problema planteado será, en todo caso, desde la referida *lex artis* empleada en la actuación sanitaria. En este sentido, podría haber hasta cuatro cuestiones implicadas o concernidas por la queja planteada por el recurrente, que debemos analizar por separado para dar una respuesta satisfactoria a la genérica cuestión planteada: 1) si el riesgo de la infección era previsible y si se informó de ello al reclamante antes de someterse a la intervención quirúrgica; 2) si se observó el “estándar de seguridad”, como dice el reclamante, queriendo, tal vez, referirse al estándar de asepsia común debida al perfil de riesgo que presentaba el paciente; 3) si se diagnosticó con prontitud y diligencia la infección, o, por el contrario, con demora y 4) si una vez diagnosticada la infección, se aplicó la profilaxis correcta.

1) *Sobre el riesgo de infección y la información previa al paciente*

A propósito de la primera cuestión, conviene aclarar que nos encontramos ante una infección periprotésica producida por el *Staphylococcus epidermidis* (SEMS), que no es propiamente, como se dice en la reclamación, un organismo “nosocomial”, sino que forma parte de la microbiótica de la piel y que “accede al implante por contaminación local durante la propia cirugía o por vía hematológica desde focos sépticos”, como

señala el Informe médico pericial de.... Este tipo de infección es una de las complicaciones posibles de la cirugía de sustitución protésica, aunque no frecuente, porque se estima que ocurre entre un 1-2 % en los casos de artroplastias totales de rodilla y entre el 5-12% en las cirugías de revisión protésica, como se encarga de subrayar el referido informe de... en sus primeras consideraciones médicas. Pero, en determinadas patologías, como la del paciente, con artritis reumatoide, el riesgo de infección de cualquier tipo se ve incrementado de forma importante, tal y como subraya la doctora... de..., haciendo que sean más graves y de más difícil curación que en la población general, pudiendo llegar a comprometer la vida del paciente. Puede afirmarse, por tanto, que la posibilidad de infección por *Staphylococcus epidermidis* constituye un riesgo propio del tipo de cirugía practicada y, además, en alto grado, al tratarse de una persona que padecía artritis reumatoide con afectación poliarticular grave, por lo que era una infección previsible y fácil de contraer en las circunstancias del paciente.

Consta, además, que el organismo sanitario lo tenía recogido en el documento de consentimiento informado que se pasó a la firma el 6 de junio de 2016 al paciente, pues, dentro de las complicaciones de la intervención quirúrgica para prótesis articular de rodilla, figura la de la *“infección del implante, que obligaría a la extracción de los componentes si el tratamiento antibiótico fracasa”* [punto e)]. Por otra parte, con relación a la información al paciente de los riesgos de infección, consta firmado el correspondiente documento de consentimiento para la intervención quirúrgica en la indicada fecha. Es más, en el informe de alta del día 23 de diciembre de 2016 por evolución satisfactoria se le indica expresamente que presenta un riesgo adicional de infección tardía de la prótesis implantada: *“Usted tiene implantada una prótesis que, en determinadas circunstancias (infección de orina, manipulación dental, presencia de un absceso, realización de una intervención quirúrgica de cierta complejidad, etc.), puede presentar un riesgo adicional de infección tardía. Si en adelante usted se encuentra o se va a encontrar en alguna de estas circunstancias, deberá ponerse en contacto con su Médico de Familia o con este Servicio de Traumatología para valorar la necesidad de una protección antibiótica que prevenga una posible infección de su prótesis”*. No era, por tanto, algo no previsto, ni desconocido para los

facultativos del..., ni para el paciente. Este estaba advertido del posible riesgo de infección. En consecuencia, el primer motivo de impugnación debe ser desechado.

2) Sobre el cumplimiento del estándar de asepsia

La reclamación censura, en segundo lugar, que no se observaron los “estándares de seguridad”, lo que entendemos se refiere al estándar de asepsia común necesaria respecto del perfil de riesgo que presentaba el paciente. Lo primero que cabe decir al respecto es que, una vez prestado el consentimiento para conocer el posible riesgo de infección hospitalaria, la responsabilidad por contraerlo solo puede venir de la invocación y acreditación del incumplimiento del estándar de asepsia del ámbito hospitalario. En la reclamación formulada tan solo se indica que *«la responsabilidad individual por la infección (...) obviamente se ha producido dentro de la organización de la Administración»*. No se ha aportado motivo concreto, ni indicio alguno, ni brindado oportunidad a la Administración Sanitaria de acreditar el cumplimiento de una actividad preventiva de profilaxis específica, por lo que difícilmente se puede fundamentar responsabilidad alguna al menos por este motivo. Pero ello al margen, se debe notar que en casos como éste resulta muy difícil acreditar que la infección sufrida por *Staphylococcus epidermidis* tenga su origen o esté vinculada con la falta de adopción de las cautelas de higiene en el quirófano o por el funcionamiento del organismo sanitario. De alguna manera lo reconoce el propio reclamante al indicar que *«podemos admitir que la responsabilidad individual por la infección sea hasta cierto punto difusa, en el sentido de que difícilmente esta parte puede atribuir a una persona o a otra la imputación del origen de la infección»*. Y es que, en efecto, como se señala en la sentencia del TSJ (Sala de lo Contencioso) de Madrid de 22 de octubre de 2010 (Rec. núm. 213/2008), reproduciendo un informe pericial judicial, aun cuando *«los hospitales tienen comisiones multidisciplinarias de Infecciosas y Medicina Preventiva para controlar las infecciones hospitalarias y prevenir su diseminación»*, *«no se puede garantizar la erradicación de Staphylococcus de los hospitales, teniendo en cuenta que se trata de un reservorio humano y considerando la imposibilidad de control de toda la flora bacteriana tanto en los pacientes como*

en las personas sanas, familiares y visitas dentro del hospital». Por tanto, ante la falta de invocación y acreditación de, al menos, un indicio de prueba de incumplimiento de la actividad preventiva de profilaxis en el ámbito hospitalario, hemos de rechazar igualmente este segundo motivo de queja.

3) Sobre la demora en la detección de la infección

En tercer lugar, hemos de considerar, si, más allá del estándar de asepsia común, la situación funcional del paciente y la privación de la posibilidad de nuevas intervenciones quirúrgicas, no es consecuencia de una posible demora en la detección de la infección lo que nos sitúa ante la denominada pérdida de oportunidad merecedora de indemnización. En este punto, la jurisprudencia tiene declarado que, *«la caracterización de la pérdida de oportunidad se concreta en el grado de certidumbre que rodea a una determinada actuación médica para constatar en qué medida se hubiera evitado un resultado lesivo, atendida la gravedad del daño, o se hubiera mejorado la situación del paciente de haberse tomado una decisión concreta»* (STS de 26 de septiembre de 2014, Rec. núm. 3637/2012), como *“la incertidumbre acerca de que la actuación médica omitida pudiera haber evitado o minorado el deficiente estado de salud del paciente, con la consecuente entrada en juego a la hora de valorar el daño así causado de dos elementos o sumandos de difícil concreción, como son, el grado de probabilidad de que dicha actuación hubiera producido ese efecto beneficioso, y el grado, entidad o alcance de éste mismo»* (STS de 19 de octubre de 2011, Rec. núm. 5893/2006).

Por lo que respecta al reclamante, no hay constancia alguna de demora o falta de premura de una determinada actuación médica no realizada convenientemente y cuya realización a tiempo hubiera evitado un resultado lesivo, atendida la gravedad del daño, o hubiera mejorado la situación del paciente. Antes bien, lo que se constata es que hubo una atención inmediata y constante desde el primer momento cuando el paciente, mes y medio después de su intervención quirúrgica, acudió a urgencias presentando los primeros síntomas de dolor agudo.

En efecto, en la práctica médica del interesado se observa que fue intervenido el 15 de diciembre de 2016 en el..., implantándose una PTR izquierda tipo bisagra rotacional. Fue dado de alta el 23 de diciembre de 2016 por evolución satisfactoria, advirtiendo en el informe que la presencia de otras infecciones puede presentar un riesgo adicional de infección tardía de la prótesis implantada. Ante la evolución clínico-radiológica favorable, el 1 de febrero de 2017 (es decir, mes y medio, más tarde) fue incluido en lista de espera para implantar una prótesis total de cadera derecha por coxartrosis avanzada con coxa protusa. El 23 de febrero de 2017 comenzó con dolor agudo en la cadera derecha por lo que acudió a urgencias. Tras los correspondientes estudios analíticos y radiológicos, fue ingresado con diagnóstico de artritis de cadera derecha. Fue valorado por especialistas en Reumatología y Traumatología. Inicialmente no impresionaba de una artritis (infecciosa), sino inflamatoria (en el contexto de su artritis reumatoide). Se realizó una artrocentesis guiada por ecografía (punción articular para extraer líquido articular) y se envió a cultivo. También se tomaron hemocultivos. El material obtenido no impresionaba de aspecto infeccioso. Por empeoramiento clínico ingresó en UCI. Los cultivos resultaron positivos para *S. aureus* sensible a meticilina (SAMS) y se ajustó el tratamiento antibiótico. El 2 de marzo de 2017 se realizó la ecografía de control, no sugiriendo una artritis séptica de cadera derecha. El 9 de marzo de 2017, ante el empeoramiento clínico, se realizó una RM que informó de celulitis, extensa piomiositis y derrame articular (artritis séptica). El 10 de marzo de 2017 se realizó abordaje lateral para limpieza y toma de muestras para microbiología y anatomía patológica. La PCR de las muestras fue positiva para SMS, el mismo microorganismo que estaba causando la bacteriana al paciente.

En suma, parece que se atendió con prontitud y diligencia exigibles el proceso de infección sobrevenido, sin que hubiera habido retraso en la detección de la misma, que dé lugar a la apreciación de pérdida de oportunidad justificativa de la responsabilidad patrimonial.

4) Sobre el tratamiento de la infección

Nos falta, por último, comprobar, si una vez diagnosticada la infección, se emplearon los medios necesarios para solucionar la misma, lo que también nos sitúa, como en el caso anterior, en un posible escenario de pérdida de oportunidad derivada de no aplicarse los medios necesarios.

Tampoco en este punto se justifica por el reclamante, ya sea con apoyo en fuente pericial alguno, o ya sea, al menos, con base en la literatura médica, la existencia de algún tipo de incumplimiento de *lex artis* en el tratamiento de la infección.

Del examen del expediente que se nos ha facilitado, se evidencia que cuando al paciente le fue diagnosticado la infección por *Staphylococcus epidermidis* (SEMS) se instauró un tratamiento, en principio, correcto. En las sucesivas consultas de revisión de Cirugía Ortopédica y Traumatología y Medicina Interna se le plantearon, como se describe en el informe de..., varias opciones ante la infección periprotésica de rodilla izquierda: 1) mantener antibioticoterapia supresora (asumiendo que no iba a curarse la infección); 2) limpieza quirúrgica y antibiótico (posibilidades de curación, aunque escasas); 3) recambio de prótesis de rodilla (valorable si dolor o aflojamiento protésico). De entre las tres opciones, se optó por la segunda con el fin de dar una oportunidad de curación de la infección. Se intentó curar la infección, pero resultaba muy difícil conseguir la curación de la infección por las comorbilidades del paciente y el tipo de implante protésico. El 4 de mayo de 2017 se realizó intervención quirúrgica que consistió en limpieza desbridamiento y toma de muestras de la rodilla izquierda, ajustándose la antibioticoterapia a los resultados de los cultivos, en los que creció un *S. epidermidis*. Al alta, continuó realizándose un adecuado seguimiento. Se tomaron muestras de líquido articular para cultivo que resultaron positivas para el microorganismo aislado. Se decidió tratamiento antibiótico supresor crónico, con el cual se mantuvo la infección periprotésica controlada clínica y analíticamente.

Nada hay que haga sospechar que no se hubiera aplicado al proceso infeccioso el tratamiento adecuado. Una vez descubierto un *Staphylococcus epidermidis*, la antibióticoterapia se ajustó a los resultados de los cultivos y,

después, se llevó a cabo un adecuado seguimiento posoperatorio, decidiéndose tratamiento antibiótico supresor crónico, con el cual se ha mantenido la infección controlada clínica y analíticamente.

Por lo demás, en cuanto a la sentencia del TSJ de Navarra de 15 de marzo de 2011 invocada por el recurrente, no es un término de comparación válido, por cuanto no guarda similitud alguna con el caso aquí analizado. En aquella, se constató una evidente falta de mala praxis del servicio, por otra parte, reconocida por el Servicio Navarro de Salud, en la detección y tratamiento de la infección nosocomial, pues, a pesar de los múltiples síntomas de un dolor desproporcionado y de una anómala evolución del proceso post parto, se valoró como una contractura muscular, se pautó un antiinflamatorio y se le dio de alta hospitalaria, falleciendo a los tres días de dar a luz por una infección apreciable a simple vista. Ninguna de las circunstancias de un diagnóstico tardío o de falta de asistencia sanitaria concurren en el caso que nos ocupa.

No nos encontramos, por tanto, ante la vulneración de la Lex artis en ninguno de los cuatro supuestos planteados y, en consecuencia, las disfunciones que acompañan al recurrente y que constituyen factores que le impiden llevar una vida autónoma no son consecuencia de una inadecuada asistencia sanitaria por parte de los facultativos del... que le atendieron, sino sencillamente de las patologías que presenta el reclamante que le impiden la implantación de una prótesis total de cadera por tener altísimo riesgo de complicaciones.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo estima que no concurre ninguno de los elementos constitutivos de responsabilidad patrimonial, y que procede la desestimación de la reclamación y de la consiguiente indemnización solicitada.

III. CONCLUSIÓN

El Consejo de Navarra considera que la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por don..., Abogado, actuando en nombre y representación de don... por presuntos daños y perjuicios derivados del

funcionamiento de los servicios públicos en relación con los daños y lesiones sufridos por el reclamante, debe ser desestimada.

En el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.