

Expediente Núm. 29/2006
Dictamen Núm. 65/2006

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
Bastida Freijedo, Francisco
Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
Fernández García, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 30 de marzo de 2006, con asistencia de los señores y señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V.E. de 31 de enero de 2006, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración del Principado de Asturias formulada por doña y don, por deficiente asistencia sanitaria con resultado de muerte.

De los antecedentes que obran en el expediente, resulta:

1. Con fecha 25 de abril de 2005 y registro de entrada de ese mismo día, doña y don presentan, en el Servicio de Salud del Principado de Asturias (en adelante SESPA), una reclamación por responsabilidad patrimonial por la deficiente asistencia médica prestada en el Hospital (.....) y que finalmente condujo al fallecimiento de don, esposo y padre, respectivamente, de los reclamantes.

Inician su escrito señalando que el paciente, de 63 años, acudió al Hospital, de (en adelante), "a causa de un cuadro de dolor lumbar irradiado a la parte derecha. Fue ingresado en dicho centro hospitalario, donde apreciaron la existencia de litiasis renal bilateral con hidronefrosis bilateral e insuficiencia renal, por lo que le realizaron una nefrostomía percutánea derecha. Por este cuadro se le remitió a la Unidad de Litotricia del Hospital. Tenía antecedentes de litiasis renal complicada desde 1996, con litotricia, nefrostomía y cateterización por tubo de doble J en varias ocasiones./ Ingresó en el mencionado centro hospitalario el 7 de julio de 2004, a cargo del Servicio de Urología".

Continúan los reclamantes detallando todo el proceso asistencial recibido por el paciente. Así, señalan que "durante su ingreso fue sometido a dos tratamientos de ondas de choque, litotricia extracorpórea y tratamiento posterior con láser litotricia en riñón derecho, en riñón izquierdo y del cálculo vesical, seguida de uretrocistoscopia y colocación de catéter doble J en ambos riñones. Inicialmente, desde su ingreso, recibió tratamiento con cefuroxima 250 mg/12 h. Como profilaxis previa a la indicada intervención se le suministró cefazolina 1 g/8 h".

Relatan a continuación que el día 26 de julio se le practicó una ecografía abdominal y que en la misma "se apreció una vesícula muy distendida sin cálculos, con Murphy positivo, sin cambios en el riñón (...). Ante el hallazgo de la vía vesicular distendida y el deterioro del paciente, se decidió intervenir mediante laparoscopia para realizar una colecistectomía urgente. La cirugía transcurrió sin incidentes (...). A la salida, el paciente presentó una desaturación (mínima del 80%) por lo que hubo de ser reintubado por la hipoxemia con acidosis metabólica. El paciente se quedó en Reanimación intubado y con necesidades crecientes de noradrenalina. El tratamiento antibiótico se modificó a mefoxitín y gentamicina desde el comienzo del cuadro". Posteriormente, relatan, "se confirmó la existencia del shock de origen séptico al recibir los resultados de los cultivos extraídos antes de la cirugía en

sangre, orina y nefrostomía, donde creció una pseudomona aeruginosa resistente a múltiples antibióticos (...)/ Se modificó la pauta antibiótica con tazocel, amikacina y proteína C activada el 28 de julio (...). Ese mismo día (dos después de la intervención) sufrió una parada cardiorrespiratoria. Tras veinte minutos de medidas de cardiopresuscitación avanzada, el paciente se recuperó con secuelas neurológicas severas”.

Continúan su relato señalando que “el día 11 de agosto, una vez retirada la sedación y los mórnicos, pudo ser evaluado por el Servicio de Neurología, que mantuvo el seguimiento desde entonces. Su situación era la de coma vigil (...). El electroencefalograma realizado el 20 de agosto evidenció signos de sufrimiento cerebral difuso, sugestivo de encefalopatía metabólica neuronal III-IV/V (...)/ Fue trasladado a la planta de neurología el 7 de septiembre (...)/ El paciente mostraba dolor con la movilización y apenas dormía, manteniéndose durante todo este tiempo en coma. Se inició tratamiento con sedantes y mórnicos. El paciente desarrolló una parada cardiorrespiratoria de la que falleció el 7 de diciembre de 2004”.

Los reclamantes realizan a continuación un juicio sobre la asistencia prestada, y señalan a este respecto que “si bien las decisiones relacionadas con la intervención urológica fueron correctas, no lo fueron las referentes a la política de cobertura antibiótica, tanto durante el ingreso como en la profilaxis previa a las manipulaciones (...). En el presente caso, sus antecedentes y los estudios previos a la intervención probaban la presencia de litiasis múltiples bilaterales renales, una litiasis enclavada en la unión pieloureteral izquierda, una litiasis en uréter derecho y litiasis vesical, lo que hacía obvio una más que probable infección urinaria complicada ante la presencia de la hidronefrosis bilateral”. Sostienen que “en pacientes con buen estado general podría ser correcto el tratamiento empírico con cefalosporinas de segunda generación, incluso por vía oral; pero una vez que el paciente está ingresado, se debe iniciar el tratamiento con ceftazidima o ampicilina más gentamicina o piperacilina/tazobactam o carbapenem, que proporcionan un mayor espectro

de cobertura, incluyendo gérmenes como la pseudomona aeruginosa, responsable de la sepsis del enfermo (...)./ Por ello, se puede afirmar que, considerando la situación clínica del paciente, la elección del antibiótico, así como la dosificación empleada fueron claramente insuficientes e inadecuadas para prevenir los diferentes cuadros que podrían presentarse como consecuencia de la hidronefrosis bilateral detectada./ En conclusión, la encefalopatía, el fallo multiorgánico, la situación coma vigil durante meses con dolor en la movilización y el resultado final de muerte fueron debidos a un shock de origen séptico, originado por el inadecuado e insuficiente tratamiento de cobertura antibiótica, por lo que existe una evidente responsabilidad de la Administración sanitaria”.

Finalizan su escrito interesando a la Gerencia del SESPA el abono de “unas indemnizaciones de 270.455,44 euros para D^a. y de 90.151,82 euros para D. (...) con los intereses legales desde la fecha de presentación de esta reclamación inicial”.

2. Mediante escrito fechado el 2 de mayo de 2005, el Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias comunica a los interesados la fecha en que ha tenido entrada en la Administración su reclamación y la incoación del oportuno expediente, señalándoles que el mismo se tramitará en dicho Servicio, de acuerdo con el procedimiento establecido en la legislación administrativa. A su vez, y mediante escrito de esa misma fecha, el Servicio comunica al Inspector de Prestaciones Sanitarias que “ha sido designado para elaborar el preceptivo informe técnico de evaluación”.

3. Al expediente se han incorporado, además de las respectivas historias clínicas del paciente en los Servicios de Urología del Hospital y del Hospital así como de la Unidad de Reanimación Quirúrgica de este último hospital, un informe de la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Servicio de Microbiología y Enfermedades Infecciosas del, de 20 de junio de 2005,

sobre el tratamiento antibiótico pautado, y una copia del “consentimiento informado” de las dos intervenciones practicadas en Servicio de Urología.

Dicho informe está redactado a modo de cuestionario sobre dos preguntas concretas. A la primera de ellas (“¿Ha sido correcta la profilaxis antibiótica utilizada en el paciente?”) se contesta con una exposición de la bibliografía al respecto y un análisis del “Protocolo de profilaxis antibiótica en uso en el Hospital (última revisión: 2000)” y del “Manejo antibiótico del paciente”. Y se concluye que “el manejo antibiótico preoperatorio fue correcto, de acuerdo a los protocolos en uso en el Hospital”.

A la segunda de las preguntas (“¿Ha sido correcto el manejo antibiótico postoperatorio, en el episodio de sepsis?”) se responde con una exposición de los datos clínicos y analíticos de la infección, señalando que no existen “consensos rigurosos acerca de la pauta antimicrobiana”. Detalla el informe dos pautas terapéuticas, que denomina “restrictiva” y “agresiva”, y se afirma que “se puede concluir que la pauta antibiótica elegida, la combinación de cefoxitina (cefalosporina de 2ª generación) más gentamicina es intermedia en actividad respecto a dichos protocolos; hay que destacar que el factor que induce a utilizar un mayor espectro antibiótico en el manejo de la colecistitis/colangitis es la presencia de manipulación biliar previa, cosa que no ocurrió en el caso que se discute”. Finaliza el informe señalando que “de acuerdo a las normas del manejo de la infección grave, se tomaron correctamente cultivos de orina y de sangre y tras conocerse los resultados, 72 h después, el tratamiento antibiótico se modificó correctamente atendiendo a los gérmenes identificados”.

4. El día 5 de julio de 2005 se elabora el Informe Técnico de Evaluación por el Inspector de Prestaciones Sanitarias. Dicho Informe, después de relatar el proceso asistencial objeto de la reclamación, que en nada sustancial difiere de lo expuesto por los reclamantes, analiza específicamente el fundamento de la reclamación, y señala al respecto lo siguiente: “los urinocultivos practicados al perjudicado en el Hospital de eran estériles con leucocituria y

hematuria, por lo que ante la duda de una posible infección no detectada en el urinocultivo el Servicio de Urología II del Hospital decidió administrar desde el primer día de ingreso, de acuerdo con la pauta de elección de las guías terapéuticas, cefuroxima (Zinnat ®) 250 mg./12 horas, por vía oral./ Los diversos protocolos de profilaxis antibiótica en cirugía urológica consultados coinciden en señalar como antimicrobiano de elección la cefazolina 2 gr. por vía intravenosa en la inducción anestésica. Ésta fue la pauta utilizada en la litotricia con láser por vía endoscópica (...). Al día siguiente, al comprobar la existencia de datos clínicos y analíticos de infección grave, se comenzó a administrar cefazolina 1 gr./8 horas por vía intravenosa, a la que se asoció más tarde gentamicina 240 mg/día./ Solicitada interconsulta a Cirugía General y practicada una ecografía, el perjudicado fue diagnosticado de colecistitis aguda alitiásica. No existe un consenso riguroso acerca de la pauta antimicrobiana en casos de colecistitis aguda. Una posibilidad es la combinación de una cefalosporina de 2ª generación (cefoxitina) o amoxicilina-clavulánico y un aminoglucósido (gentamicina). Otra posibilidad es la amoxicilina-clavulánico, la piperacilina-tazobactam o la cefotaxima. En el supuesto que nos ocupa el Servicio de Cirugía General decidió pautar una asociación de cefoxitina y gentamicina previa a la cirugía laparoscópica, diferida 48 a 72 horas./ Pese a que las pautas de terapia antimicrobiana eran las establecidas en los protocolos manejados habitualmente, el paciente sufrió un cuadro séptico muy severo -uno de los riesgos típicos de la ureteroscopia y cirugía láser, contemplado en el documento de consentimiento informado firmado por el perjudicado- que derivó en un shock séptico con fracaso multiorgánico (...)./ En el tercer día de estancia en Reanimación se detectó una fuga en el tubo endotraqueal, por lo que se procedió a su recambio. La reintubación resultó difícil (por la propia situación clínica del paciente que además presentaba una dificultad para la intubación II-III/IV) produciéndose una desaturación y una parada cardiorrespiratoria, que revirtió tras 20 minutos de reanimación cardio-pulmonar avanzada./ A resultas de lo anterior, el paciente sufrió una encefalopatía anóxica permaneciendo en

situación de coma vigil durante varios meses con un paulatino deterioro de su situación clínica, hasta producirse su fallecimiento”.

Como consecuencia de todo el proceso detallado, se concluye en el informe que “los profesionales sanitarios, al utilizar todos los recursos a su alcance, actuaron conforme a los parámetros que definen la buena praxis médica” y, por ello, que la reclamación debe ser desestimada.

5. Con fecha 10 de agosto de 2005, la Asesoría Médica elabora un informe a instancia de la compañía aseguradora del Principado de Asturias. Dicho informe está suscrito por un especialista en Urología, y en el mismo, después de analizar los antecedentes del caso, se señala, a modo de conclusiones, lo siguiente: “el paciente presentaba una litiasis renal múltiple y bilateral, litiasis enclavada en la unión pieloureteral izquierda y litiasis en uréter pelviano derecho (...)./ Ante la posibilidad de que el paciente presentara una anuria (...) y dado que el dolor en fosa renal derecha no respondía bien a la analgesia, se colocó una nefrostomía percutánea. Esta actuación se ajustó correctamente a la práctica clínica./ En el sedimento urinario existía leucocituria y bacteriuria, pero con urocultivo estéril (no crecimiento de gérmenes). Debido a esto se realizó profilaxis antibiótica con cefuroxima oral previo a la realización de litotricia. Las guías clínicas solo recomiendan el uso de profilaxis antibiótica cuando el urocultivo es positivo. En este caso ante la duda de que pudiera existir una infección urinaria no detectada se pautó profilaxis con cefuroxima de forma totalmente correcta./ Debido a la no resolución del proceso litiásico obstructivo se indicó, también de forma correcta, la realización de una litotricia endoscópica con láser ureteral bilateral y vesical. Este procedimiento también se realizó con profilaxis antibiótico con cefazolina como aconsejan las guías clínicas./ En el postoperatorio el paciente presentó febrícula. Se envió orina a Microbiología para su cultivo y se asoció gentamicina a la cefazolina, tal y como indican las guías clínicas terapéuticas. Es relativamente frecuente que en los pacientes con litiasis renal complicada, a pesar de cobertura antibiótica, (...) produzcan un

cuadro de bacteriemia (...) produciéndose un cuadro séptico grave que aconseje su ingreso en la Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI) (...)./ El paciente presentó un cuadro compatible con shock séptico de origen biliar y ante la posible existencia de una colecistitis aguda (infección de la vesícula biliar) alitiásica, se cambió la cefazolina por cefoxitina siguiendo las recomendaciones terapéuticas del Manual Conn's (libro de referencia internacional)./ Una vez que se identificó el germen (pseudomona aeruginosa) causante del shock séptico, se pautaron los antibióticos en función de la sensibilidad del germen según el antibiograma./ La actuación de todos los profesionales implicados en este caso fue totalmente correcta, ajustándose al `estado del arte` de la medicina y cumpliendo en todo momento con la `lex artis ad hoc`".

6. Evacuado el trámite de audiencia mediante escrito de fecha 9 de septiembre de 2005, el día 23 de septiembre de 2005 uno de los interesados comparece en las dependencias administrativas y obtiene una copia íntegra del expediente, detallándose en la diligencia correspondiente que el mismo está compuesto "al día de la fecha" por seiscientos siete (607) folios. Posteriormente, y mediante escrito fechado el 28 de septiembre de 2005, los interesados presentan un escrito de alegaciones, junto con un Dictamen Médico-Pericial de (....., S.A.), dirigido por una doctora internista y neumóloga y suscrito por ella y por un especialista en Urología y Andrología, con fecha 28 de marzo de 2005.

En las alegaciones insisten los reclamantes en los mismos argumentos ya expuestos sobre la deficiente protección antibiótica prescrita, pero añaden otros dos fundamentos a su reclamación. En primer lugar, la existencia de un retraso en el diagnóstico que entienden se produce porque hubo que esperar "72 horas desde la aparición de los primeros síntomas para conocer los resultados de las pruebas y aplicar el tratamiento antibiótico correcto". Además, sobre la fuga en el tubo endotraqueal, señalan que "produjo la encefalopatía anóxica y el coma vigil en que se mantuvo durante varios meses con paulatino deterioro de su situación clínica hasta producirse su fallecimiento.

En la hoja de información al paciente se advierte que puede producirse rotura de catéteres que exigirán maniobras o intervenciones para su extracción. Si es así, habría que actuar de inmediato, no esperar a detectarlo al tercer día de estancia en Reanimación". A lo que añaden un juicio implícito sobre una aparente falta de pericia de los profesionales, quienes, en su opinión, "habrán de estar igualmente preparados para toda eventualidad, como la reintubación por difícil que pueda ser".

En el dictamen de, después de detallar el proceso asistencial del paciente, que en nada se contradice con lo expuesto en informes anteriores incorporados al expediente, y de realizar una serie de consideraciones propias de la ciencia médica sobre el "shock séptico", el "fallo multiorgánico", la "colecistitis alitiásica" y la "litiasis renal", procede a analizar el caso concreto, indicando que el tratamiento y decisiones terapéuticas adoptadas en el Hospital "fueron adecuadas y correctas". A continuación, señala que "durante su ingreso en el Hospital las decisiones en cuanto a intervención urológica también fueron acertadas. No es así en lo referente a la política de cobertura antibiótica, tanto durante el ingreso como en la profilaxis previa a las manipulaciones (...). En este caso los antecedentes del paciente y la situación actual (...) hace que la situación se considere grave, con una más que probable infección urinaria complicada (...). En pacientes con buen estado general podría ser correcto el tratamiento empírico con cefalosporinas de segunda generación; pero una vez que el paciente está ingresado (...) la cobertura antibiótica debe incluir obligatoriamente gérmenes como la pseudomoma, enterobacteriaceae y enterococcus sp (...)./ La profilaxis de la manipulación urológica se realizó con una cefalosporina de 1ª generación que no cubría el espectro de gérmenes implicados en los procesos urológicos complicados. (...) se puede afirmar que considerando la situación clínica del paciente, la elección del antibiótico, así como la dosificación empleada fue claramente insuficiente e inadecuada para prevenir los diferentes cuadros que podrían presentarse como consecuencia de la hidronefrosis bilateral./ Este fallo de cobertura tratamiento antibiótico

utilizado se puso de manifiesto cuando se le administró (...) cefazolina, cefalosporina de primera generación, insuficiente en la cobertura de las infecciones complicadas, aunque figure en los diferentes protocolos quirúrgicos habituales (...). Es evidente que el tratamiento indicado fue insuficiente cuando se desencadenó el cuadro de sepsis transcurridas 48 horas”.

Concluye el dictamen señalando que “el tratamiento antibiótico administrado no proporcionó la cobertura antimicrobiana necesaria en un paciente con alto riesgo de infección grave de la vía urinaria superior. Desarrolló una sepsis por *Pseudomona* con fallo multiorgánico e incluso una colecistitis alitiásica que fue intervenida. En reanimación sufrió una parada cardiorrespiratoria que condicionó una encefalopatía anóxica motivo que al final condujo a su fallecimiento meses después”.

7. El día 16 de enero de 2006, el instructor elabora una propuesta de resolución en sentido desestimatorio, por considerar que todo el proceso asistencial prestado al paciente fue adecuado y conforme a la *“lex artis ad hoc”*. En efecto, se señala en la propuesta que “la instauración de los catéteres doble J en ambos riñones (...) estaba indicada para el tratamiento de la patología que presentaba -litiasis urinaria-, y se llevó a cabo previa administración de la profilaxis antibiótica adecuada -cefazolina-, a pesar de que la parte reclamante considere que dicho antibiótico resulta insuficiente para la cobertura de infecciones complicadas./ Previamente, es preciso poner de manifiesto que (el paciente) (...), de 63 años de edad, fue correctamente diagnosticado en el Hospital (...), y de forma adecuada fue derivado al Hospital para la administración del tratamiento indicado al efecto: litotricia extracorpórea y láser litotricia. Actuación correcta que no es cuestionada por la reclamante./ (...) posteriormente, resultó necesario para el tratamiento de la patología que padecía, realizar uretroscistoscopia y colocación de catéter doble J en quirófano, intervención a la que es inherente, como en todo acto de

endoscopia urológica, un riesgo de infección, y ello, resulta inevitable conforme al conocimiento científico actual, a pesar de una correcta asistencia sanitaria”.

Se añade en la propuesta, recogiendo lo informado por la Inspección Médica en el Informe Técnico de Evaluación, que “la litotricia láser por vía endoscópica que es también una alternativa terapéutica muy eficaz, cuyas complicaciones (...) pueden precisar intervenciones quirúrgicas para su corrección, cólicos renales por fragmentos litiásicos o coágulos, infecciones o septicemia, inherentes a todo acto de endoscopia urológica”, y se realza que “el protocolo del Hospital contempla la administración de cefazolina 2 gr. intravenosa en monodosis o gentamicina 240 mg. intravenosa, en única dosis”. Concluye la propuesta señalando que “la profilaxis antibiótica prescrita con carácter previo a la intervención de colocación de catéter doble 3, cefazolina, se ajusta a la *lex artis ad hoc*, puesto que así lo establecen los protocolos del Hospital”, reiterando luego que “a pesar de las alegaciones en contra contenidas en el escrito de reclamación, de fecha 25/04/05, y en el informe pericial emitido por de 28/03/05 que aportan con el escrito de alegaciones, resulta acreditado que el protocolo del Hospital avala la actuación de los facultativos, estableciendo la administración de cefazolina 2 gr. por vía intravenosa, que es exactamente la pauta profiláctica administrada (...)”.

Recoge la propuesta a continuación lo informado por uno de los facultativos de la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Hospital sobre la cuestión del antibiótico, que señala textualmente que “el manejo antibiótico preoperatorio fue correcto, de acuerdo con los protocolos en uso del Hospital”.

Por todo ello, y en lo que respecta a este punto, señala la propuesta que “la pauta profiláctica administrada estaba correctamente indicada y el desarrollo de infecciones constituye un riesgo típico de la intervención asumido por (el paciente) (...) mediante la firma del documento de consentimiento informado”.

Sobre el resto de lo alegado por los reclamantes (retraso en el diagnóstico y tratamiento de la infección), indica la propuesta que el “informe pericial que aportan no hace referencia alguna a supuestas deficiencias en el

seguimiento postoperatorio del paciente hasta el momento de su fallecimiento el día 7 de diciembre de 2004” y que ha quedado acreditado que “la actuación de los servicios sanitarios ha sido en todo momento diligente y ajustada a la lex artis, pautando en primer lugar de forma correcta antibióticos de amplio espectro, y posteriormente, antibióticos específicos conforme al resultado del antibiograma, realizando además laparoscopia de urgencia, a pesar de lo cual, el estado general del paciente continuó deteriorándose”.

Finalmente, señala la propuesta que “se presentó otra complicación inevitable, ya que, al detectar una fuga en el tubo endotraqueal que requirió su recambio, se produjeron dificultades en la reintubación, provocando una parada cardiorrespiratoria”. Señala que tal dificultad, “resultó inevitable, y tiene su causa en el propio estado del paciente, que presentaba una especial dificultad para ser intubado (riesgo II-III/IV)”.

Concluye la propuesta señalando que “la actuación de los servicios sanitarios, tanto en el Hospital, como en el Hospital se ajustó a la lex artis ad hoc, diagnosticando y tratando al paciente de acuerdo con los protocolos asistenciales establecidos en cada momento de su evolución y, en consecuencia, el daño objeto de reclamación carece de la nota de la antijuridicidad, al resultar inevitable conforme al conocimiento científico actual la materialización de complicaciones descritas en la literatura científica y asumidas (por el paciente) (...) mediante la firma del documento de consentimiento informado”.

8. En este estado de tramitación, mediante escrito de fecha 31 de enero de 2006, registrado de entrada el día 2 de febrero de 2006, V.E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración del Principado de Asturias objeto del expediente núm., de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, adjuntando a tal fin el expediente original.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo según lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, de conformidad con lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- De conformidad con lo establecido en el artículo 139.1 en relación con el artículo 31.1.a) de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), debemos destacar que no consta que estén los reclamantes activamente legitimados para solicitar la reparación del daño causado, dado que su condición de viuda e hijo, respectivamente, del fallecido no ha sido acreditada de modo fehaciente en el procedimiento, lo que es fundamental para saber si su esfera jurídica se ha podido ver directamente afectada por los hechos que originan la reclamación. Ello por sí solo constituye causa de desestimación de la misma. Sin embargo, habida cuenta de que la Administración no ha cuestionado en ningún momento su condición de interesados ni les ha solicitado la necesaria acreditación formal del vínculo alegado, en aplicación del principio de eficacia reconocido en el artículo 103.1 de la Constitución y recogido en el artículo 3 de la LRJPAC, procede analizar el fondo de la cuestión controvertida, no sin antes advertir de que, si en el pronunciamiento se apreciara la concurrencia de los requisitos que permiten declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración, no cabría una

estimación de la reclamación sin que ésta, por el procedimiento legal oportuno, verifique dicha legitimación.

La Administración del Principado de Asturias, en cuanto titular del servicio sanitario frente al que se reclama, está pasivamente legitimada.

TERCERA.- La reclamación se presenta dentro del plazo de prescripción de un año establecido en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, que dispone que “En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo”. En efecto la reclamación por responsabilidad patrimonial se presentó el día 25 de abril de 2005 y el fallecimiento del paciente se produjo el día 7 de diciembre de 2004, por lo que se ha presentado dentro del plazo de prescripción señalado.

CUARTA.- El procedimiento que rige la tramitación de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial de la Administración Pública es el regulado en el Título X de la LRJPAC, desarrollado 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 (en adelante, Reglamento de Responsabilidad Patrimonial). Procedimiento al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento de Responsabilidad Patrimonial, están sujetas las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicas, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellas, por los daños y perjuicios causados por o con ocasión de la asistencia sanitaria.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites legal y reglamentariamente establecidos de incorporación de informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

No obstante, advertimos que los reclamantes en ningún momento acreditan su condición de interesados, en los términos de lo establecido en el artículo 139.1 en relación con el artículo 31.1, letra a) de la LRJPAC; defecto éste sobre el que ya hemos hecho la oportuna observación en la consideración jurídica Segunda y a ella nos remitimos.

En cuanto al plazo de resolución del procedimiento, se ha excedido el de seis meses establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial, puesto que habiéndose registrado la reclamación en el Servicio de Salud del Principado de Asturias el día 25 de abril de 2005, el plazo de resolución y notificación ha sido ya rebasado en el momento de la solicitud de dictamen, que fue registrada en este Consejo Consultivo el día 2 de febrero de 2006.

También advertimos que sólo de un modo genérico, a través de la referencia a la normativa por la que se ha de regir el procedimiento, se ha dado cumplimiento a la obligación de comunicar a los interesados, en los términos de lo establecido en el artículo 42.4 de la LRJPAC, el plazo máximo establecido para la resolución -y notificación- del procedimiento, así como los efectos que pueda producir el silencio administrativo.

No obstante, nada de todo ello impide la resolución del expediente, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.4, letra b) de la referida LRJPAC y siempre teniendo en cuenta la observación expuesta en la consideración jurídica Segunda de este Dictamen.

QUINTA.- 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”.

A su vez, el artículo 139 de la LRJPAC, ya citada, dispone en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las

Administraciones Públicas correspondientes, de 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 normal o anormal de los servicios públicos". Y, en su apartado 2, que "En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas".

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de un daño o lesión antijurídica, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

SEXTA.- Analizada la reclamación presentada y los informes incorporados al expediente (incluido el dictamen médico-pericial aportado por los propios reclamantes), se concluye que no existe discrepancia alguna en relación con los hechos y que, por lo que respecta a la asistencia sanitaria prestada al paciente, aparece cuestionada una decisión médica, el tratamiento profiláctico previo a la intervención quirúrgica, que los reclamantes consideran inapropiada, opinión que aparece corroborada en el dictamen médico-pericial aportado en el trámite de alegaciones. Contrariamente, la Administración estima adecuado dicho tratamiento previo y conforme a la "*lex artis*", porque se le pautó al paciente el

antibiótico previsto al efecto en el protocolo del Hospital Y esa es, en realidad, la única cuestión a dilucidar sobre lo que se indicó por los reclamantes en su escrito inicial, aunque posteriormente en el trámite de alegaciones, extienden a otros motivos los fundamentos de su reclamación.

Pues bien, por lo que se refiere a la primera cuestión, debemos analizar la prescripción del antibiótico no desde el punto de vista de su eficacia profiláctica concreta, que es evidente que no obtuvo el resultado apetecido, sino desde el punto de vista de lo que reiteradamente la jurisprudencia denomina "*lex artis*", y ello porque la medicina, en este caso la Administración sanitaria, no tiene la obligación de curar, sino de aplicar todos los remedios posibles en función del estado de la ciencia en cada momento (entre otras, Sentencias del Tribunal Supremo, Sala Primera, de 11 de marzo de 1991, y Sala Tercera, Sección 6ª, de 19 de julio de 2004). Debemos, por tanto, averiguar si se dejó de proporcionar al enfermo el cuidado sanitario que se podía demandar según el estado de la ciencia y, más concretamente, responder a la pregunta de si la Administración sanitaria tenía la obligación, conforme a la "*lex artis*", de suministrar otro fármaco diferente al efectivamente pautado, tal como sugiere el dictamen aportado por los interesados.

En efecto, este dictamen médico-pericial, suscrito por una médica internista y por un médico especialista en Urología y Andrología, sostiene que los servicios médicos del Hospital actuaron, por lo que respecta al tratamiento profiláctico que debió haberse prescrito al paciente, conforme a las pautas establecidas en el Hospital, aunque a su entender, no fue bastante: la Administración optó por la cefalosporina de primera generación "insuficiente en la cobertura de las infecciones complicadas, aunque figure en los diferentes protocolos quirúrgicos habituales". Sin embargo, esta opinión sólo está avalada por una bibliografía española sobre litiasis, sin cita concreta alguna sobre el problema examinado ni mención de protocolos o guías oficiales o de consenso científico sobre la materia. Contrasta este apoyo bibliográfico con el aportado por el Jefe del Servicio de Urología del Hospital, de 20 de junio de 2005,

con referencia a estas guías, protocolos y documentos de consenso científico, con indicación incluso de las páginas concretas de interés.

Además, la Administración ha probado que el antibiótico pautado al paciente era el contemplado en el protocolo del Hospital, y los informes aportados confirman que es el tratamiento profiláctico habitual recomendado en los diferentes protocolos y guías en el tratamiento de este tipo de pacientes, dato que, como acabamos de señalar, incluso reconocen los firmantes del dictamen médico privado. Por ello, debemos concluir sobre este aspecto de la reclamación afirmando que ha quedado probado que la Administración sanitaria actuó de acuerdo con los protocolos habituales que recogen el parecer mayoritario de la ciencia médica, es decir, conforme a la *"lex artis"*, y, en consecuencia, el daño producido por la posteriormente probada ineficacia del fármaco no constituye una lesión antijurídica, lo que exime de toda responsabilidad a la Administración.

En su escrito de alegaciones, los interesados añaden dos motivos más a su reclamación. Imputan a la Administración una dilación innecesaria en la aplicación del tratamiento correcto ("parece elemental que se esté preparado para dar la respuesta inmediata a este riesgo y no haya que esperar 72 horas desde la aparición de los primeros síntomas para conocer los resultados de las pruebas y aplicar el tratamiento antibiótico correcto"), y, en segundo lugar, aunque sea de forma implícita, parecen cuestionar la pericia de los profesionales que practicaron la reintubación endotraqueal ("los profesionales habrán de estar igualmente preparados para toda eventualidad, como la reintubación por difícil que pueda ser. La práctica de la misma ocasionó una parada cardiorrespiratoria, que influyó en la mencionada encefalopatía").

Pues bien, ambas imputaciones resultan contradictorias con lo que los mismos reclamantes señalan en ese mismo escrito de alegaciones, ya que dicen textualmente: "se admite que una vez detectados las anomalías sufridas por (el paciente) se ha actuado correctamente para intentar la recuperación del enfermo. Pero hay que analizar el origen de todo el proceso patológico y aquí

es donde se dan los hechos por los que se reclama”, para referirse a continuación a la protección antibiótica prescrita. Por tanto, los propios reclamantes vuelven a centrar su reclamación en el antibiótico prescrito con carácter previo a la intervención quirúrgica, reconociendo expresamente que, con posterioridad y una vez detectadas las “anomalías (...), se ha actuado correctamente”. Tras conocerse los resultados de los cultivos de orina y de sangre e identificado el agente concreto causante de la infección, se modificó el tratamiento antibiótico, como recoge el informe de la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Servicio de Microbiología y Enfermedades Infecciosas del Hospital, de fecha 20 de junio de 2005. Ningún otro dato aportado al expediente permite suponer que ese plazo de espera de 72 horas, al que se refieren los reclamantes, entrañe una demora injustificada de dichos resultados y en consecuencia pudiera haberse reducido. El dictamen médico aportado por los propios reclamantes no cuestiona de ningún modo dicha práctica, puesto que, si bien analiza el cambio de tratamiento, nada se reprocha al respecto de la supuesta dilación de las 72 horas, que ni tan siquiera se analiza (“Consideración Final 10: “Se confirmó la existencia del shock de origen séptico al recibir los resultados de los cultivos extraídos antes de la cirugía en sangre, orina y nefrostomía, donde creció una pseudomona (...). Se modificó la pauta antibiótica”).

Lo mismo debemos concluir sobre la supuesta falta de pericia de los profesionales que realizaron la reintubación. Ninguno de los datos aportados al expediente permite confirmar tales imputaciones, que, como en el supuesto anterior, tampoco vienen avaladas por el dictamen médico privado aportado por los reclamantes. Se acusa al Servicio de Reanimación del Hospital de una dilación de tres días en la reparación de la fuga en el tubo endotraqueal, pero lo único constatable es que al tercer día de estancia del paciente en dicho Servicio se detecta aquella fuga, lo cual no significa que existiese esa anomalía durante tres días sin ponerle remedio. Cosa distinta es que la reintubación fuese compleja, pero, como se señala en la historia clínica, el paciente

presentaba “una dificultad para la intubación II-III/IV”, es decir, alta. A falta de otros datos, no cabe admitir, por la sola afirmación que realizan los recurrentes, que se haya producido efectivamente una manipulación inadecuada por impericia de los profesionales implicados.

En mérito de lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por doña y don ”

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

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º
EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.