

Expediente Núm. 176/2006
Dictamen Núm. 184/2006

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 29 de septiembre 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 26 de junio de 2006, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración del Principado de Asturias formulada por doña y doña, por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia de lo que califican de deficiente asistencia médica dispensada a su esposo y padre, respectivamente, en un centro hospitalario público y su posterior fallecimiento.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 3 de enero de 2005, doña y doña presentan, en el Registro General del Principado de Asturias, una reclamación de responsabilidad patrimonial, dirigida a la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, por los daños sufridos como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada al perjudicado, don, en el Hospital y el posterior fallecimiento del mismo.

Exponen las reclamantes que “el día 7 de abril de 2004, D. (...), esposo y padre de y (...), fue intervenido quirúrgicamente en el Hospital para implantación de una prótesis biológica St. Jude Biocor nº 27 (válvula mitral) y ello para sustitución de la anterior prótesis ONX nº 29”, resultando que, “como consecuencia de esa intervención quirúrgica y durante el desarrollo de la misma, sufre un proceso infeccioso (infección de quirófano), que determina la aparición de un proceso febril con crecimiento de estafilococo epidermidis”.

Continúan relatando que, “a pesar del proceso febril claramente indicativo de la existencia de infección (...), es dado de alta en fecha 30 de abril de 2004, siendo trasladado a su domicilio”. Añaden que, “horas más tarde, el paciente sufre disnea y signos evidentes de fallo cardiaco, por lo que es ingresado en el Hospital de, donde a la vista de la gravedad (...), es remitido urgentemente al Hospital”. El día 1 de mayo de 2004 “se aprecia en el paciente la situación de disnea y fallo cardiaco ocasionado por disfunción de la prótesis de válvula mitral, siendo la causa la endocarditis bacteriana contraída en la intervención quirúrgica que le fue practicada”, y refieren que “ante tal situación (...), tiene que ser nuevamente intervenido quirúrgicamente de forma urgente el día 5 de mayo de 2004, pues en la prueba de ecografía transesofágica que le fue practicada se comprueba la disfunción de la prótesis `con imágenes de nódulos compatibles con verrugas´, y que resultó ser el efecto de la endocarditis valvular precoz anteriormente mencionada”.

Exponen, a continuación, que “en el transcurso de esa nueva operación, el paciente sufre, según apreciación del Servicio de Anestesia, un accidente cardio-vascular provocado por la intervención y manipulación directa en la zona de la válvula en la que se hallaba la afectación infecciosa y la consiguiente existencia de residuos. Ese accidente (...) supuso un infarto frontal y occipital izquierdos, con hemiplejía derecha y todo un conjunto de secuelas que, finalmente y tras un largo proceso de sufrimiento, determinó la muerte del paciente el día 10 de octubre de 2004”.

Cuantifican “los daños y perjuicios totales sufridos (...) del siguiente

modo:/ Indemnización para D^a: 180.000 euros./ Indemnización para D^a: 120.000 euros”, cantidades que “se consideran incrementadas en los intereses legales desde el momento de la presente reclamación al constituir deuda de valor”, por lo que concretan que “al momento del pago (...) serán incrementadas con los indicados intereses legales”.

Finalmente, señalan que “el fallecimiento del esposo y padre (...) se produjo como consecuencia del proceso infeccioso contraído en una intervención quirúrgica, generador, a su vez, de la endocarditis bacteriana que lesionó la válvula mitral instalada y, en relación directa de causa-efecto, el accidente cardio-vascular y el fallecimiento posterior”. Añaden, además, que “se da la circunstancia de que en ese mismo quirófano, y en las mismas fechas, fueron intervenidos otros pacientes que también sufrieron infecciones de quirófano, produciéndose el fallecimiento de, al menos, uno de ellos. Por tales motivos, se llegó a tomar la medida radical del cierre del quirófano./ Ello denota la deficiente actuación del servicio sanitario dependiente de ese ente administrativo, toda vez que asistimos a una deficiente gestión del servicio público sanitario (responsabilidad sanitaria)”.

Por último, imputan a la Administración “una deficiente actuación del personal médico del hospital (...), quien a la vista de los antecedentes del paciente (preexistencia de una endocarditis bacteriana en el año 1998, no en 1999, como erróneamente se indica en algún informe médico), tampoco adoptó medidas profilácticas previas a la intervención quirúrgica de abril del año 2004; minimizó y despreció los signos indicativos de la infección de quirófano (fiebres recurrentes o `febrícula´ evidenciadora del proceso infeccioso), y realizó una pauta de tratamiento inadecuada (responsabilidad médica)”.

Junto con el escrito de reclamación presentan:

1) Certificación de defunción de don, que refiere como tal fecha el día 10 de octubre de 2004, en el Hospital

2) Certificación expedida, el día 28 de noviembre de 2004, por el Registro Civil de del matrimonio celebrado entre don y doña

3) Certificación, expedida el mismo día por el Registro Civil de, del nacimiento de doña el día 4 de marzo de 1965, figurando como progenitores don y doña

4) Informe de alta del Servicio de Cirugía Cardíaca del Hospital, datado el día 30 de abril de 2004. Dicho informe señala, dentro del apartado "procedimientos quirúrgicos", que "el 7.4.04 es intervenido implantándose una prótesis biológica St. Jude nº 27. Puntos con parche en la cara auricular" y añade que la evolución posoperatoria "fue aceptable, pasando de la UCI a la U. de Hospitalización./ Presentó un episodio febril 14.4.04, alcanzando picos máximos de 38,5°. El cultivo de la válvula todos fueron negativos./ Hemocultivos 19-4-04 evidenciaron dos crecimientos de E. epidermidis./ Se repiten hemocultivos sin trat° antibiótico 24-4-04 siendo estériles". Añade que "el S. de Infecciosa inició trat° con Vancomizina y Gentamicina vía i.v. Pero a la vista de la imposibilidad de administración de las mismas por falta de vía venosa fue cambiado a Cibosit, aunque dicho Servicio no considera que exista una endocarditis infecciosa".

5) Informe de alta-traslado del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital, fechado el día 21 de mayo de 2004. Señala que "el 05/05/2004 se realiza recambio valvular mitral colocándose St. Jude nº 31 (...). Durante la intervención presenta inestabilidad hemodinámica precisando drogas vasoactivas y entra en AC x FA rápida (...). En el posoperatorio inmediato pasa a UCI". Dentro del apartado "evolución y comentarios", refiere que "en las siguientes horas al ingreso, el paciente continúa con abundante sangrado y anemia, precisando de transfusión de hemoderivados por lo que se decide reintervención quirúrgica encontrándose sangrado activo de una arteria pericárdica y en la pleura izda. (...) Se instauró tto. antibiótico empírico con Vancomicina y Gentamicina. En los cultivos crecieron S. epidermidis. Se asoció además Rifampicina y Fluconazol (por candidas en aspirado gástrico). Los últimos hemocultivos han sido negativos". En cuanto al diagnóstico principal, se establece "endocarditis bacteriana precoz sobre válvula protésica cambiada (...). Reintervenido por sangrado./ ACV isquémico".

6) Informe de alta del Servicio de Cirugía Cardíaca del Hospital, datado el día 8 de junio de 2004. En el apartado "antecedentes", señala que presenta "nuevamente desarrollo progresivo de estenosis protésica de la misma etiología que la anterior que obliga a la reintervención en enero del 2004 (3ª intervención) esta vez explantándose la válvula y colocándose una prótesis biológica Biocor nº 29". Señala, entre otras observaciones: "evolución de esta 3ª intervención satisfactoria hasta 15 días después con desarrollo de pico febril./ Ecocardiograma: normal. El S. de E. Infecciosas detecta pocas posibilidades de endocarditis infecciosa, por lo que bajo tratamiento antibiótico oral es dado de alta. Reingresa pocas horas después por episodio de disnea aguda comprobándose en el ecocardiograma urgente una disfunción protésica con insf. y estenosis sugerente de endocarditis y siendo los hemocultivos + para E. epidermidis./ Es intervenido por cuarta vez reemplazándose una prótesis groseramente infectada por otra biológica nº 31./ En la mesa de quirófano durante la inducción experimenta una dilatación pupilar que es interpretada por el S. de Anestesia posible AVC./ En el posoperatorio inmediato se comprueba una hemiparesia dcha. con afasia . En el TAC craneal aparecen lesiones frontales y occipitotemporales./ La evolución de este 2º episodio hasta fecha de hoy es afebril con hemocultivos negativos".

7) Informe del Servicio de Rehabilitación del Hospital, datado el día 14 de octubre de 2004, en cuyo apartado "evolución y comentarios" se indica que "durante su estancia ingresado presentó diversas complicaciones. Episodios de Iª cardíaca con AC x FA, siendo valorado por el Servicio de Cardiología./ Neumonía nosocomial (...). Bacteriemia con hemocultivo positivo para Streptococcus bovis en el contexto de endocarditis bacteriana, haciendo seguimiento el Servicio de Infecciosas y pautando antibioterapia IV precisando vía venosa central yugular derecha y posteriormente femoral izquierda. Fue valorado además por C. Cardíaca determinando mal pronóstico vital".

2. Mediante oficio, datado el 19 de enero de 2005, y notificado el día 26, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias comunica a

las interesadas la recepción de su reclamación y las normas del procedimiento con arreglo al cual se tramitará.

3. Con fecha 18 de enero de 2005, el Secretario General del Hospital remite al Servicio instructor copias de la reclamación presentada, del parte de reclamación correspondiente, fechado el mismo día, y de la historia clínica del paciente.

4. Mediante oficio de fecha 25 de enero 2005, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto, tras relatar los hechos, solicita de la Dirección Gerencia del Hospital la remisión “de los controles y estudios biológicos realizados por el Servicio de Medicina Preventiva en los quirófanos de Cirugía Cardíaca así como informe de las circunstancias a las que hace referencia la reclamación sobre un hipotético cierre de los quirófanos por contaminación en fechas próximas a la de la intervención, es decir el día 7 de abril de 2004”. Añade, además, que “en la historia clínica remitida por ese centro sanitario no se encuentra ningún documento de consentimiento informado, siendo absolutamente relevante que el Servicio de Cirugía Cardíaca emita un informe sobre los hechos y sobre la información proporcionada al enfermo respecto a los riesgos y complicaciones de la técnica aplicada”.

5. Con fecha 24 de febrero de 2005, el Secretario General del Hospital remite “copia del informe del Servicio de Cirugía Cardíaca”.

Dicho informe, de 15 de febrero de 2005, relata que el paciente fue intervenido en diciembre de 1999 para implantación de una prótesis mitral y que en febrero de 2003 reingresa con el diagnóstico de disfunción de dicha prótesis, por lo que es reintervenido en marzo de 2003. Prosigue diciendo que “el 5.4.04 reingresa nuevamente por disfunción de prótesis mitral debido a trombosis nuevamente de la misma, lo que obliga el 7.4.04 a un recambio de prótesis mitral por prótesis biológica Biocor nº 27 (...), en el posoperatorio de esta intervención presentó un episodio febril que fue diagnosticado de

endocarditis bacteriana precoz por hemocultivos positivos. Ecocardiogramas de repetición practicados indicaron: válvula normofuncionante, por lo que dado de alta el 30.4.04, después de ser valorado por el S. de Infecciosas se instaura trat° para control de dicho proceso infeccioso, considerando que podía seguir trat° domiciliario./ Reingresa el 1-5-04 en fallo cardíaco detectándose nuevamente disfunción protésica con los diagnósticos de estenosis e insuficiencia./ Con estos diagnósticos más la endocarditis bacteriana con hemocultivos posteriores positivos a E. epidermidis es reintervenido el 5.5.04 (...) llevándose a cabo un nuevo recambio de prótesis biológica St. Jude nº 31./ (...) reintervención el mismo día por sangrado que precisó de nueva hemostasia y limpieza (...). Sigue un curso posoperatorio que presenta hemiparesia dcha. con afasia sigue una evolución estable desde el punto de vista cardiológico pero persistencia de los déficit neurológicos./ Puesto en contacto con el S. de Rehabilitación se decide su traslado a dicho Servicio el 18.6.04. Es controlado por dicho Servicio siendo exitus 10.10.04”.

Como conclusión, refiere que se trata de un “paciente que tras repetidos episodios de disfunción protésica primero por trombosis de la válvula y posteriormente por endocarditis precoz sobre las distintas válvulas implantadas fue requiriendo cirugías sucesivas para acabar finalmente con un proceso infeccioso controlado pero con secuelas neurológicas en su cuarta intervención precisando para su control el ingreso en el S. de Rehabilitación, donde finalmente presentó, según informe de este Servicio, (...) bacteriemia con cultivo positivo para E. bovis”.

Se adjuntan los informes relativos al alta del Servicio de Cirugía Cardíaca, fechados los días 30 de abril y 8 de junio de 2004.

6. Mediante escrito de 7 de marzo de 2005, el Secretario General del Hospital remite al Servicio instructor “copia del informe del Servicio de Medicina Preventiva sobre los quirófanos donde fue intervenido dicho paciente”.

Dicho informe, del que no consta fecha, elaborado por el Jefe del Servicio de Medicina Preventiva sobre los controles y estudios realizados en los

quirófanos de Cirugía Cardíaca entre los días 1 de enero y 1 de junio de 2004, señala que "se han efectuado análisis del aire ambiental mensualmente, sin que se observase la presencia oportuna de gérmenes patógenos en concentraciones anormales./ No se ha demostrado (que) el control ambiental de gérmenes patógenos sea una medida eficaz de la prevención de la infección posoperatoria./ Se tomó muestras del aire del quirófano número 1 sin que se aislasen hongos oportunistas (lugar donde se procedió a intervenir al paciente D.) el 27-03-04, siendo intervenido el 07-04-04./ Durante estos 6 meses revisados (1 de enero al 31 de junio) no se cerró ningún quirófano como consecuencia de los controles efectuados".

7. Con fecha 9 de marzo de 2005, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación en el que, después de detallar los antecedentes del caso, señala que "se trata de un paciente de 68 años de edad ingresado en repetidas ocasiones (...). El 7 de abril de 2004 se le puso una prótesis biológica presentando en el posoperatorio una endocarditis bacteriana con hemocultivos positivos. Tras el control del proceso fue alta domiciliaria reingresando nuevamente el 1 de mayo de 2004 en fallo cardíaco por disfunción protésica. Con este diagnóstico más el de endocarditis bacteriana con cultivos posteriores positivos a *E. epidermidis* fue reintervenido el 5 de mayo y reintervenido al día siguiente por sangrado, haciendo en el posoperatorio una hemiparesia derecha con afasia que finalizó con el fallecimiento del paciente el 10 de octubre de 2004 (...). En este caso concreto es preciso señalar que el germen aislado, el *E. epidermidis*, no es un germen hospitalario. Cuando el endotelio se encuentra intacto es muy difícil que se adhieran bacterias a la pared interna del vaso, pero si se encuentra dañado se constituye en un potente estímulo trombogénico, lo que predispone fácilmente a la formación de vegetaciones infectadas (...). En una persona con una válvula artificial, el riesgo de padecer una endocarditis infecciosa es más grande durante el primer año posterior al recambio; después de este periodo, el riesgo disminuye pero permanece mayor de lo normal. Este paciente ya había

tenido otros cuadros de endocarditis previos a cualquier tipo de cirugía./ Una de las complicaciones habituales de las endocarditis es la aparición de embolias sépticas que pueden comprometer el sistema nervioso y producir síndromes neurológicos, siendo probablemente el más frecuente, la hemiplejía por oclusión de la arteria cerebral media. Pueden originarse aneurismas micóticos que al romperse dan lugar a hemorragia cerebral intraparenquimatosa o subaracnoidea o por extensión de la infección al cerebro se pueden formar abscesos cerebrales”.

Añade que “las complicaciones sufridas en el posoperatorio fueron debidas a una endocarditis originada por el germen `staphtylococcus epidermidis´ que se encuentra en la piel de las personas y es, de ordinario inoperante desde un punto de vista patológico, convirtiéndose en patógeno en circunstancias imprevisibles e inevitables, constituyendo la misma una complicación ajena a la praxis quirúrgica y sin que pueda evitarse con la esterilización del material quirúrgico y la correcta profilaxis del personal interviniente y del material utilizado, tal como ha ocurrido en el presente caso y se acredita en el informe elaborado por el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital, siendo actualmente inevitable esta complicación, que se produce aunque se adopten todas las medidas aconsejables”.

Finalmente, indica que “las diversas actuaciones profesionales y la asistencia médica prestada al paciente han sido correctas y adecuadas a los criterios de la lex artis habiéndose además adoptado las medidas de profilaxis necesarias en el quirófano o en el posoperatorio”.

Por lo anterior, finaliza su informe señalando que la reclamación debe ser desestimada, “ya que la actuación de la Administración sanitaria fue correcta y adaptada a los conocimientos científicos y a la lex artis”.

8. Mediante oficios de 10 de marzo de 2005, el informe técnico de evaluación es remitido a la Secretaría General del SESPA y a la correduría de seguros.

9. Con fecha 28 de abril de 2005, reiterado el día 20 de junio, el órgano instructor solicita a la Dirección Gerencia del Hospital que se informe acerca de "si se hizo profilaxis antibiótica, previa a la primera intervención, si se realizó algún ECO transesofágico y si existe documento de consentimiento informado, al menos de la primera intervención".

10. Mediante oficio de 30 de agosto de 2005, el Secretario General del Hospital remite al Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias "copia del informe del Servicio de Cirugía Cardíaca que atendió al paciente".

En dicho informe, datado el 9 de agosto de 2005, señala, con respecto a la cuestión de si se hizo profilaxis antibiótica previa a la intervención en diciembre del año 1997, que "en las operaciones electivas por cirugía cardíaca se administran antibióticos rutinarios a todos los pacientes antes de la incisión esternal, siendo la primera dosis administrada por el S. de Anestesia en cuanto el paciente llega al quirófano, esta profilaxis antibiótica se mantiene los días siguientes a la intervención durante un mínimo de 48 horas, prolongándose si existe alguna indicación para ello". Respecto a la pregunta de si se hizo eco transesofágica, dice que "el diagnóstico de la insuficiencia mitral postendocarditis se hizo en el Hospital donde deben de existir varios Ecos puesto que éste (es) el método de diagnóstico normal./ En este centro se le practicó un cateterismo cardíaco previo a la intervención./ Respecto a Ecos transesofágicos en la historia del paciente, aparecen informados por lo menos dos, (de) fecha 23.6.03 y 3.5.04, que corresponden a la reestenosis de la prótesis mitral colocada y al desarrollo de una endocarditis mitral posquirúrgica". Por último, en cuanto a la existencia del documento de consentimiento informado al menos de la primera intervención, señala que "en el Servicio de Cirugía Cardíaca es de rutina que el paciente acuda al quirófano con un consentimiento informado firmado".

11. Con fecha 31 de agosto de 2004, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias remite el informe del Servicio de Cirugía Cardíaca a la compañía de seguros.

12. Con fecha 24 de abril de 2005 y a instancias de la compañía aseguradora, se emite informe, suscrito colegiadamente por tres especialistas en Medicina Interna. En el mismo, después de relatar los antecedentes del caso, que en nada difieren de los manifestados en el informe técnico de evaluación, se formulan las siguientes conclusiones: "1. El paciente presentó una endocarditis sobre prótesis biológica mitral por *Staphylococcus epidermidis*./ 2. Las características de esta endocarditis fueron totalmente atípicas porque se presentó a los 25 días de la intervención (y suele ser entre 2 y 12 meses después) y por el curso fulminante que no es propio de este germen./ 3. *Staphylococcus epidermidis* es un estafilococo coagulasa negativo que forma parte de la flora habitual del hombre, especialmente de la piel. Tiene una apetencia especial para infectar materiales protésicos./ 4. Durante el ingreso de abril de 2004 el enfermo no reunía criterios que permitiesen hacer el diagnóstico con certeza de endocarditis bacteriana./ 5. Durante ese periodo tampoco presentó ninguna indicación de cirugía de recambio valvular que pueda plantearse en una endocarditis./ 6. El informe del Servicio de Medicina Preventiva indica que no existía contaminación del quirófano ni hubo otra infección en el periodo cercano a la intervención de este paciente./ 7. No es posible decir si el accidente vascular isquémico que presentó el enfermo fue de origen embólico o trombótico ya que existían factores favorecedores de los dos./ 8. La actuación médica seguida con este enfermo fue acorde a (la) *lex artis*".

13. Mediante escrito de 14 de diciembre de 2005, notificado el día 22 del mismo mes, se comunica a las reclamantes la apertura del trámite de audiencia y vista del expediente, por un plazo de quince días, adjuntándose una relación de los documentos obrantes en el mismo.

El día 27 de diciembre de 2005 toma vista del expediente una persona, que aporta copia de poder general para pleitos otorgado a su favor por una de las reclamantes, a la que se le hace entrega de una copia del expediente que, en ese momento, está integrado por ciento cuarenta y ocho (148) folios numerados, según consta en diligencia extendida al efecto.

14. El día 4 de enero de 2006, don, actuando en nombre y representación de las reclamantes, presenta escrito de alegaciones en el que solicita que se tengan “por reproducidas las contenidas en el escrito inicial de fecha 3 de enero de 2005”. Acompaña una copia del poder general para pleitos y especial para otras facultades otorgado a su favor por las reclamantes.

15. Con fecha 5 de enero de 2006, el instructor del expediente remite “copia de las alegaciones presentadas” a la compañía aseguradora y a la correduría de seguros.

16. Con fecha 31 de mayo de 2006, el instructor eleva propuesta de resolución en sentido desestimatorio. Basándose en los informes técnicos que obran en el expediente y a la luz de la legislación y jurisprudencia que cita, considera que “no existe un nexo causal que permita imputar el resultado del fallecimiento del paciente al servicio sanitario (...). En definitiva, al no haberse acreditado, por parte de quien tiene la carga de la prueba, la existencia de una relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el daño sufrido por el administrado, sobre todo, en un caso como el que nos ocupa (...), no cabe estimar que concurre la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública”.

Añade que, “en el hipotético caso de que se admitiera la relación causal (...), falta la antijuridicidad del daño reclamado”. Refiere que “nuestra jurisprudencia ha recogido en numerosas sentencias que las infecciones nosocomiales constituyen un riesgo conocido, no por ello evitable, lo que implica que el paciente tenga la obligación de soportarlo, al no poderse evitar

en el cien por cien de los casos según el conocimiento actual de la ciencia". Indica que, en el presente caso, "al no poder diagnosticar al paciente como portador de dicha infección, y debido al buen estado clínico, los facultativos optaron con buena lógica darlo de alta. Así, no puede concluirse que se evidencie mala praxis de esta actuación ya que el paciente, según los médicos especialistas, no presentaba ninguna indicación quirúrgica ni criterios suficientes para establecer el diagnóstico de endocarditis; ajustándose además todos los intervinientes a la *lex artis* y actuando correctamente, como se desprende de los informes señalados".

En suma, entiende que los referidos hechos "no son imputables al funcionamiento del servicio sanitario público", por lo que propone desestimar la reclamación presentada.

17. En este estado de tramitación, mediante escrito de 26 de junio de 2006, registrado de entrada el día 30 del mismo mes, 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 su original.

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

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo establecido 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, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo

dispuesto en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), están las interesadas activamente legitimadas para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron, pudiendo actuar a través de representante con poder bastante al efecto.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

TERCERA.- En cuanto al plazo de presentación de la reclamación, el artículo 142.5 de la LRJPAC 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 caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”. En el presente caso, se presenta la reclamación el día 3 de enero de 2005, habiendo fallecido el perjudicado el día 10 de octubre de 2004, por lo que es claro que lo fue dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC, y, en su desarrollo, en el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Procedimiento de tramitación 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, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

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

Sin embargo, no se ha dado cumplimiento estricto a la obligación de comunicar a las interesadas, en los términos de lo dispuesto en el artículo 42.4 de la LRJPAC, la fecha en que su solicitud ha sido recibida por el órgano competente, el plazo máximo legalmente establecido para la resolución -y notificación- del procedimiento, así como los efectos que pueda producir el silencio administrativo, puesto que, si bien se notifica a las reclamantes por el Servicio instructor la recepción de su solicitud y la incoación del procedimiento, dicha comunicación no se ajusta a los términos y contenidos del artículo citado, al haberse precisado estos extremos mediante una mera referencia a la normativa rectora del mismo.

Observamos, asimismo, que ha sido rebasado el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. Registrada la reclamación el día 3 de enero de 2005, a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo, el día 30 de junio de 2006, el plazo de resolución y notificación ha sido sobrepasado. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.4, letra b), de la referida LRJPAC.

QUINTA.- El artículo 106.2 de la Constitución dispone 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, establece 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”.

Por otra parte, el artículo 141 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. 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 existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

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 una lesión o daño antijurídico, 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.- Fundan las reclamantes su pretensión indemnizatoria en el anormal funcionamiento de la Administración sanitaria, a la que imputan una deficiente praxis médica durante la atención dispensada en el Hospital a su esposo y padre, respectivamente, de la que se derivó, en último término, el fallecimiento del mismo.

Acreditado el hecho dañoso por el que se reclama, la muerte del perjudicado a consecuencia del proceso infeccioso contraído, debemos analizar si guarda una relación causal jurídicamente relevante con el funcionamiento del servicio público sanitario. Las interesadas argumentan que dicho proceso fue “contraído en una intervención quirúrgica, generador, a su vez, de la endocarditis bacteriana que lesionó la válvula mitral instalada y, en relación directa de causa-efecto, (está) el accidente cardio-vascular y el fallecimiento posterior”. En concreto, imputan a la Administración la no adopción de “medidas profilácticas previas a la intervención quirúrgica de abril del año 2004; minimizó y despreció los signos indicativos de infección de quirófano (...) y realizó una pauta de tratamiento inadecuada”.

En relación con la ausencia de profilaxis en los quirófanos, se afirma que “en las mismas fechas, fueron intervenidos otros pacientes que también sufrieron infecciones de quirófano, produciéndose el fallecimiento de, al menos, uno de ellos. Por tales motivos, se llegó a tomar la medida radical del cierre del quirófano”. Al margen de si ésta fue la causa directa o indirecta de la muerte del paciente, lo cierto es que ninguna prueba aportan las reclamantes al respecto. Por el contrario, obra en el expediente un informe del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital en el que se afirma, sobre los “controles y estudios realizados en (los) quirófanos de Cirugía Cardíaca entre los días 1 de enero y 1 de junio de 2004”, que “se han efectuado análisis del aire ambiental mensualmente, sin que se observase la presencia oportuna de gérmenes patógenos en concentraciones anormales./ No se ha demostrado (que) el control ambiental de gérmenes patógenos sea una medida eficaz de la prevención de la infección posoperatoria./ Se tomó muestras del aire del quirófano número 1 sin que se aislasen hongos oportunistas (lugar donde se

procedió a intervenir al paciente D.) el 27-03-04, siendo intervenido el 07-04-04./ Durante estos 6 meses revisados (1 de enero al 31 de junio) no se cerró ningún quirófano como consecuencia de los controles efectuados”.

Por tanto, queda descartada lo que las reclamantes denominan “responsabilidad sanitaria”, referida al estado de las instalaciones.

Por lo que respecta a lo que califican como “responsabilidad médica”, las reclamantes centran su imputación en la asistencia sanitaria producida durante la intervención quirúrgica realizada el día 7 de abril de 2004 en el Hospital Entienden que lo que sucedió después trae causa de este acto médico. En concreto, sostienen que el personal médico del hospital, “a la vista de los antecedentes del paciente (preexistencia de una endocarditis bacteriana en el año 1998, no en 1999, como erróneamente se indica en algún informe médico), tampoco adoptó medidas profilácticas previas a la intervención quirúrgica de abril del año 2004; minimizó y despreció los signos indicativos de la infección de quirófano (fiebres recurrentes o `febrícula´ evidenciadora del proceso infeccioso) y realizó una pauta de tratamiento inadecuada”.

Aunque el proceso infeccioso existió -y no uno sólo, sino varios y de distinto origen bacteriano-, tampoco aquí aportan las interesadas prueba alguna de “una deficiente actuación” del personal sanitario. En cambio, consta en el expediente el informe del Servicio de Cirugía Cardíaca, del día 9 agosto de 2005, y en el que, en relación con la profilaxis antibiótica previa a la primera intervención quirúrgica, se afirma que “en las operaciones electivas por cirugía cardíaca se administran antibióticos rutinarios a todos los pacientes antes de la incisión esternal siendo la primera dosis administrada por el S. de Anestesia en cuanto el paciente llega al quirófano, esta profilaxis antibiótica se mantiene los días siguientes a la intervención durante un mínimo de 48 horas prolongándose si existe alguna indicación para ello”. Tales afirmaciones, por cuanto no han sido contradichas por las interesadas, han de ser tenidas por ciertas por este Consejo.

Del mismo modo, no queda acreditado que se hayan minimizado o despreciado los signos indicativos (febrícula) de la “infección de quirófano”. Al

contrario, los informes de alta que adjuntan las interesadas y la demás documentación de la historia clínica del paciente ponen de manifiesto que la fiebre del paciente es tenida en cuenta y que el proceso infeccioso es estudiado desde que se presenta. En el informe de alta del Servicio de Cirugía Cardíaca del Hospital, del día 30 de abril de 2004, se señala que “presentó un episodio febril (el) 14.4.04, alcanzando picos máximos de 38,5°. El cultivo de la válvula todos fueron negativos./ Hemocultivos 19-4-04 evidenciaron dos crecimientos de E. epidermidis./ Se repiten hemocultivos sin trat° antibiótico 24-4-04 siendo estériles”. Por tanto, se atiende el proceso febril y se observan dos crecimientos de “E. epidermidis”, a los que se pone remedio efectivo sin necesidad de tratamiento antibiótico. No obstante, interviene también en la atención al paciente el Servicio especializado en la materia, pues, añade el informe, “el S. de Infecciosa inicio trat° con Vancomizina y Gentamicina vía i.v. Pero a la vista de la imposibilidad de administración de las mismas por falta de vía venosa fue cambiado a Cibosit, aunque dicho Servicio no considera que exista una endocarditis infecciosa”.

Desgraciadamente, el fallecido era un enfermo con reiterados problemas en relación con los implantes de válvula mitral y que, como recuerda el informe técnico de evaluación y confirma la historia clínica del paciente, éste “ya había tenido otros cuadros de endocarditis previos a cualquier tipo de cirugía”. La intervención quirúrgica del día 7 de abril de 2004 era ya la tercera y hubo de ser intervenido aún dos veces más: la siguiente, el día 5 de mayo de 2004, para un recambio valvular mitral y, poco después, (...) para corregir el sangrado activo de una arteria pericárdica. En el informe de alta-traslado del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital, fechado el día 21 de mayo de 2004, se da cuenta de estos episodios y, asimismo, se señala que, de nuevo, “en los cultivos crecieron S. epidermidis”, si bien los últimos hemocultivos resultaron negativos.

En la reclamación se pone especial acento en que, durante la intervención quirúrgica del día 7 de abril de 2004, el paciente “sufrir un proceso infeccioso (infección de quirófano) que determina la aparición de un proceso

febril con crecimiento de estafilococo epidermidis". En la argumentación se da a entender que el proceso infeccioso es de origen propiamente hospitalario. Sin embargo, el estafilococo epidermidis no es un germen hospitalario, sino que, como aclara el informe técnico de evaluación y corrobora el dictamen médico elaborado a instancias de la entidad aseguradora, forma parte de la flora habitual del ser humano. Las "complicaciones sufridas en el posoperatorio fueron debidas a una endocarditis originada por el germen `staphylococcus epidermidis´ que se encuentra en la piel de las personas y es, de ordinario inoperante desde un punto de vista patológico, convirtiéndose en patógeno en circunstancias imprevisibles e inevitables, constituyendo la misma una complicación ajena a la praxis quirúrgica y sin que pueda evitarse con la esterilización del material quirúrgico y la correcta profilaxis del personal interviniente y del material utilizado, tal como ha ocurrido en el presente caso y se acredita en el informe elaborado por el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital, siendo actualmente inevitable esta complicación, que se produce aunque se adopten todas las medidas aconsejables".

Por tanto, la infección no tuvo un origen propiamente hospitalario y, además, se desarrolló no sólo con motivo de la intervención quirúrgica de abril de 2004, sino también con ocasión de la realizada el día 5 de mayo siguiente. Como queda patente en los informes de la historia clínica, en ambos casos se detectó y se le puso remedio hasta conseguir que los hemocultivos fuesen negativos o estériles.

Si la endocarditis infecciosa no se detectó inicialmente, no fue por falta de pruebas, sino porque los hemocultivos fueron negativos, y, como señala el dictamen médico realizado a instancias de la entidad aseguradora, "las características de esta endocarditis fueron totalmente atípicas porque se presentó a los 25 días de la intervención (y suele ser entre 2 y 12 meses después) y por el curso fulminante que no es propio de este germen (...). Durante el ingreso de abril de 2004 el enfermo no reunía criterios que permitiesen hacer el diagnóstico con certeza de endocarditis bacteriana (...).

Durante ese periodo tampoco presentó ninguna indicación de cirugía de recambio valvular que pueda plantearse en una endocarditis”.

Con posterioridad a la última intervención quirúrgica se manifestó también otro episodio infeccioso, resultando positivo el hemocultivo para estreptococo bovis, según el informe del Servicio de Rehabilitación del Hospital, de 14 de octubre de 2004, y que fue debidamente tratado, según obra en la historia clínica. En todo caso, el fallecimiento del paciente en el mes octubre de 2004 no tiene relación con la endocarditis infecciosa surgida tras la intervención quirúrgica para implantar una válvula mitral en el mes de abril de 2004, pues la infección fue controlada y el enfermo dado de alta. De por medio, hubo otra intervención en el mes de mayo para un cambio de la válvula mitral, con ocasión de la cual se produjeron otros procesos infecciosos, desligados de aquél y vinculados a la propia enfermedad del paciente y a sus problemas cardiovasculares, que, a la postre, causaron su muerte.

En definitiva, entendemos que las imputaciones aducidas en demanda de responsabilidad patrimonial de la Administración no han sido probadas por las interesadas y que queda acreditada, con los datos que obran en el expediente, la ausencia de nexo causal entre la endocarditis infecciosa padecida por el paciente y la asistencia sanitaria prestada por el centro hospitalario, tanto en lo que se refiere a las condiciones profilácticas de los quirófanos como a la atención médica prestada en las diversas intervenciones quirúrgicas y en los sucesivos procesos posoperatorios. No hay datos que permitan apreciar, ni siquiera sospechar, que hubo una vulneración de la *lex artis* por el personal sanitario que le atendió, que en todo momento actuó según se producían las manifestaciones de la enfermedad y de acuerdo con el nivel científico y técnico existentes. La endocarditis infecciosa fue un mal derivado de los riesgos propios de la enfermedad del paciente y de las intervenciones quirúrgicas a las que inevitablemente hubo de someterse. Por tanto, además de la inexistencia de nexo causal jurídicamente relevante, el daño carece de la necesaria nota de antijuridicidad para fundamentar la reclamación.

En mérito a 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 doña"

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

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE EN FUNCIONES,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.