

Expediente Núm. 40/2012  
Dictamen Núm. 126/2012

**V O C A L E S :**

*Fernández Pérez, Bernardo,*  
Presidente  
*Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda*  
*Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis*  
*Fernández Noval, Fernando Ramón*  
*Jiménez Blanco, Pilar*

Secretario General:  
*García Gallo, José Manuel*

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 26 de abril de 2012, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 27 de febrero de 2012, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia de la asistencia prestada por el servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** Con fecha 2 de septiembre de 2010, un letrado presenta, en nombre y representación del interesado, una reclamación de responsabilidad patrimonial en el registro de la Administración del Principado de Asturias por los daños derivados de la, a su juicio, incorrecta atención recibida por parte del sistema público de salud.

Señala, como antecedentes, que el paciente había tenido “un accidente de tráfico” en el año 2007, a “consecuencia” del cual sufrió “un infarto de miocardio”, presentando en el año 2008 “estenosis aórtica severa”. Expone que en el mes de marzo de 2009 se sometió a una intervención quirúrgica, recogándose a su ingreso en la UCI “la existencia de sepsis por catéter como complicación infecciosa”, concurriendo otras “complicaciones” como “parada cardíaca, aneurisma disecante de aorta, shock séptico, edema agudo de pulmón no cardiogénico, fallo renal agudo, síndrome diarreico, neuropatía periférica y fallo hepático”. Tras describir las dolencias padecidas y el tratamiento durante su estancia, así como el contenido de los informes de alta de los Servicios de Cirugía Cardíaca y de Rehabilitación de mayo y septiembre de 2009, respectivamente, concreta que la asistencia recibida le ha ocasionado unas secuelas consistentes en “parapesia T6 ASIA C de extremidades inferiores moderada, nefrectomía unilateral (20%) y perjuicio estético importante”, precisando que son “complicaciones de una infección indeseada” surgida en el “curso posoperatorio” de la “cirugía cardíaca” y “constitutivas de una incapacidad para cualquier tipo de trabajo y para ciertas actividades de la vida cotidiana”.

Cuantifica la indemnización solicitada en trescientos diez mil trescientos cuarenta y tres euros con treinta y nueve céntimos (310.343,39 €).

Adjunta al escrito diversa documentación, integrada por un poder notarial otorgado por el interesado en favor del representante y distintos informes médicos entre los que se encuentran el historial de episodios en Atención Primaria del paciente y los informes de alta en la Unidad de Cuidados Intensivos, de fecha 13 de abril, en el Servicio de Cirugía Cardíaca, de 14 de mayo de 2009, y en el Servicio de Rehabilitación, en el mes de julio del mismo año.

**2.** Con fecha 15 de septiembre de 2009, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios notifica al reclamante la fecha de recepción

de su reclamación en la Administración del Principado de Asturias, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

**3.** Los días 13 y 15 de octubre de 2010, el Jefe de Servicio del Área de Reclamaciones del centro hospitalario implicado remite informes emitidos por el Jefe del Servicio de Cirugía Cardíaca y la Responsable del Servicio de Cardiología, respectivamente. El día 25 del mismo mes se envía la historia clínica del paciente y el 14 de diciembre el informe elaborado por la Unidad de Cuidados Intensivos del hospital.

Con fecha 25 de enero de 2011, se envía de nuevo documentación integrante de la historia clínica.

**4.** En respuesta a la petición efectuada por la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada para la elaboración del informe técnico de evaluación en fecha 3 de febrero de 2011, reiterada los días 16 de marzo, 13 de abril y 24 de mayo, en la que se solicitaba un informe del Servicio de Medicina Preventiva, "tanto sobre el caso concreto como sobre la situación del centro en general", especificando si "durante" el "periodo de tiempo" en el que el interesado permaneció en el Área de Cuidados Intensivos "existe constancia de que se haya producido una mayor incidencia de casos de infección nosocomial y si se han realizado los controles preventivos habituales", se remite el informe requerido con fecha 21 de junio de 2011, emitiéndose otro complementario el 17 de agosto.

**5.** El día 22 de agosto de 2011, la Inspectora de Prestaciones y Servicios Sanitarios emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él recoge el contenido del informe del Servicio de Medicina Preventiva y concluye, por lo que razona, que procede la desestimación de la reclamación.

**6.** Mediante escritos de 1 de septiembre de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios remite copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente completo a la correduría de seguros.

**7.** Con fecha 5 de octubre de 2011, el Jefe del Servicio Jurídico del Servicio de Salud del Principado de Asturias solicita el expediente administrativo para su envío al Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias, constanding la remisión del mismo el 20 del mismo mes.

**8.** El día 6 de octubre de 2011, emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por cinco especialistas en Medicina Interna. En él se concluye, tras efectuar diversas consideraciones médicas referentes a la patología padecida y al origen de las secuelas, que, a juicio de los profesionales informantes, "la actuación seguida con este paciente ha sido correcta y acorde a" la "lex artis ad hoc".

**9.** Mediante escrito notificado al reclamante el día 25 de octubre de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente, transcurriendo el plazo concedido sin que se hayan presentado alegaciones.

**10.** Con fecha 6 de febrero de 2012, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. Considera, en primer lugar, la posible existencia de prescripción, pues, según señala, durante el periodo del ingreso hospitalario el paciente "ya tenía conocimiento del alcance de los hechos que son objeto de denuncia" y en su escrito refiere "que en los meses de junio y julio de 2009 ya constaba el diagnóstico de lesión medular". En cuanto al fondo del asunto,

entiende que la imputación del reclamante resulta desvirtuada por los informes incorporados al expediente.

**11.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 27 de febrero de 2012, registrado de entrada el día 8 de marzo de 2012, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm. ....., de la Consejería de Sanidad, cuyo original adjunta.

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 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, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido 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), está el interesado activamente legitimado para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron, pudiendo actuar por medio de representante con

poder bastante al efecto, a tenor de lo establecido en el artículo 32 de la Ley citada.

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 prescripción, 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 supuesto examinado, consta en el expediente un informe de alta del Servicio de Rehabilitación, de septiembre de 2009, en el que figura el diagnóstico de "paraparesia T6-ASIA-C poscirugía cardíaca". Pese a la afirmación contenida en la propuesta de resolución, no puede deducirse que en las fechas correspondientes al primer ingreso en ese Servicio el paciente ya tuviera "conocimiento del alcance de los hechos que son objeto de denuncia", ya que en el informe de alta emitido en el mes de julio de 2009 el diagnóstico principal es el de "síndrome inmovilidad secundario a inmovilización prolongada" y no el de "lesión medular", que no figura en ningún documento escrito hasta el citado informe de alta del mes de septiembre de 2009. Por otra parte, tal y como establece el precepto citado, el cómputo del plazo se inicia desde la determinación del alcance de las secuelas y, a tenor de lo informado en el dictamen pericial elaborado a instancia de la compañía aseguradora, no cabría considerar siquiera que las mismas se encuentren establecidas en el momento de presentar la reclamación, toda vez que en él se indica que resultaría necesaria una actualización del daño corporal detectado. En todo caso, tomando como referencia la fecha en la que se establece el diagnóstico de paraparesia, que es la del alta en el Servicio de Rehabilitación -el 18 de

septiembre de 2009-, resulta que la reclamación presentada el día 2 de septiembre de 2010 fue formulada dentro del plazo legalmente establecido.

**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.

Ahora bien, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.3, letra b), de la referida LRJPAC.

Sin embargo, dado que el procedimiento se encuentra sub iúdice, sin que conste formalmente en el expediente que dicho procedimiento judicial esté aún pendiente de conclusión y sentencia, deberá acreditarse tal extremo con carácter previo a la adopción de la resolución que se estime procedente, dado que en caso contrario habría de estarse al pronunciamiento judicial. Observación esta que tiene la consideración de esencial a efectos de lo

dispuesto en el artículo 3.6 de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, y en el artículo 6.2 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo del Principado de Asturias.

**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 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.-** El perjudicado solicita una indemnización por los perjuicios derivados de haber contraído una infección durante su estancia hospitalaria con ocasión de la operación quirúrgica cardíaca llevada a cabo el día 16 de marzo de 2009.

A la vista del expediente, resulta acreditado que durante la estancia del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos posterior a dicha intervención le fue diagnosticada "bacteriemia por catéter por *Serratia marcescens*", que fue tratada "hasta la resolución del cuadro". El Servicio de Cirugía Cardíaca alude a la presencia de unos "actuales daños neurológicos y estéticos", constando el diagnóstico de paraparesia por parte del Servicio de Rehabilitación. Por tanto, hemos de dar por probada la efectividad de la lesión, con independencia de su concreción a efectos valorativos en caso de estimar la existencia de responsabilidad patrimonial. En lo concerniente al daño invocado, consistente en "nefrectomía unilateral", no se ha acreditado su existencia, tal y como señala el dictamen pericial incorporado por la Administración.

Ahora bien, la mera existencia de unos daños efectivos, individualizados y susceptibles de evaluación económica surgidos en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que aquellos se encuentran causalmente unidos al funcionamiento del servicio público y que son antijurídicos.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo en anteriores dictámenes, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que eventualmente pueda sufrir el paciente con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados concretos.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por el reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*.

Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico, ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

También hemos de señalar que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

El interesado manifiesta que "la asistencia ha sido inadecuada" y expone, en cuanto al nexo causal, que ha ocurrido una "contaminación indebida"

causante del cuadro clínico que sufre, pues “la presencia de un germen” (en referencia a la infección por una bacteria surgida durante el posoperatorio) “no es necesaria ni deseable”. Sin embargo, pese a incumbirle la prueba de la imputación que sostiene, la ausencia de esfuerzo en tal sentido obliga a valorar la adecuación a la *lex artis* de la asistencia sanitaria cuestionada con base en los elementos de juicio proporcionados por los informes médicos de diversa procedencia incorporados al expediente por la Administración, que no han sido discutidos por aquel, que no comparece durante el trámite de audiencia.

Con carácter general, ha de tenerse presente que la mera aparición de una infección nosocomial no permite deducir una infracción de la *lex artis ad hoc* en la prestación sanitaria. No obstante, hemos de recordar que, aun admitiendo que de acuerdo con el estado actual de la medicina es imposible erradicar por completo el riesgo de que se produzcan infecciones hospitalarias, tal y como reiteran los informes técnicos obrantes en el expediente, también ha manifestado este Consejo que en caso de apreciarse la existencia de un daño desproporcionado o extraordinario, aunque típico de esta índole, la Administración ha de extremar la justificación de que toda su actividad se ajustó a los dictados de la *lex artis*, es decir, ha de demostrar que actuó con la debida diligencia para prevenir la aparición de una infección hospitalaria. En definitiva, no resulta exigible al servicio público sanitario que garantice la no aparición de tales infecciones, pero lo que sí ha de demandarse del servicio público sanitario es que acredite que ha utilizado todos los instrumentos disponibles para reducir al mínimo el riesgo de una infección nosocomial, justificando de forma detallada y exhaustiva el cumplimiento de las reglas internas para su prevención.

La Administración sanitaria establece que, “conforme al orden cronológico de los signos del paciente”, el “origen de la bacteriemia y probable sepsis” se encuentran relacionadas con el “catéter venoso central del procedimiento quirúrgico principal (implantación de prótesis 16 de marzo 2009)”.

Sin embargo, ha de precisarse, con carácter preliminar, el origen del daño acreditado. El informe emitido por el Servicio de Cirugía Cardíaca se limita a señalar que “con la información” disponible en la historia clínica “los actuales daños neurológicos y estéticos que padece” el perjudicado “pueden estar en relación con el complicado posoperatorio sufrido a raíz de la intervención de cirugía cardíaca. Aparentemente están desencadenados a raíz de la aparición de una arritmia y un proceso infeccioso en el contexto de un posoperatorio hasta entonces favorable”. De ello se desprendería, de forma genérica, que la alegada secuela no está relacionada exclusivamente con la infección sufrida, sino que lo está con “el complicado posoperatorio”, en el que además de la “sepsis por catéter” sufrió una evolución tórpida en la que se manifestaron “otras complicaciones”, tales como “parada cardíaca, aneurisma disecante (...), E.A.P. no cardiogénico, fallo renal agudo (...), neuropatía periférica y fallo hepático”. De forma más detallada, el informe emitido por varios especialistas a instancia de la compañía aseguradora afirma que el enfermo ha tenido “importantes secuelas neurológicas” relacionadas con “dos tipos de lesiones”: una “polineuropatía del paciente crítico y (...) una probable lesión medular de tipo isquémico”, no “demostrada”, pero que, de acuerdo con la explicación médica que ofrece, derivaría de “un shock cardiogénico con disección de aorta y parada cardíaca”. La primera de ellas aparece “en algún grado hasta en un 70% de los enfermos graves con septicemia”, aunque se desconoce “el mecanismo” por el que se produce. También precisa que “la grave afección” que presentaba el paciente “(shock cardiogénico y posteriormente edema agudo de pulmón con ventilación mecánica)” fue la responsable de “la mayor parte del déficit neurológico con el que salió de la UCI, que “en forma alguna” puede atribuirse a la atención sanitaria dispensada, pues, concluye que “el shock que sufrió fue cardiogénico, en relación con la cirugía valvular, y no un shock séptico”.

En definitiva, no cabe imputar la totalidad de la lesión a la infección sufrida, lo que debe ser tenido en cuenta con carácter previo al análisis del

funcionamiento del servicio público sanitario en lo referente al hecho de haber sido aquella contraída durante el ingreso.

En cuanto a este extremo, el contenido del informe del Servicio de Medicina Preventiva permite alcanzar la convicción de que en el presente supuesto se han dispuesto las medidas oportunas al objeto de evitar la aparición de esta complicación.

En primer lugar, se señala, respecto a la situación general del centro hospitalario, que "la tasa de aislamientos por gérmenes multirresistentes" es inferior al valor estándar considerado para hospitales del mismo tamaño que el implicado. A tenor del informe emitido por los especialistas, este dato "indica que se hacen todos los esfuerzos posibles para" disminuir la prevalencia de infección nosocomial, que, recuerdan, no puede eliminarse de forma total. Igualmente, y en cuanto a la vigilancia del procedimiento concreto, manifiesta expresamente que habiéndose realizado "controles rutinarios ambientales en los quirófanos" estos arrojan, para el periodo coincidente con la atención dispensada, resultados negativos para los "patógenos testados".

Respecto a las circunstancias personales del paciente, expone que presentaba un "índice de riesgo" 1, "clasificación ASA III-IV, por lo que su riesgo de infección se esperaría en 3,83% aun habiéndose tomado todas las medidas profilácticas oportunas", y que debe considerarse, "además", que es diabético y "que presenta como factor de riesgo intrínseco obesidad mórbida, el índice de riesgo se eleva a 2-3, por lo que el riesgo de infección se estima en 2,97%" -precisándose que tales porcentajes aparentemente contradictorios responden al efecto estadístico del tamaño de la muestra-. Señala que "existe constancia de que se ha administrado la profilaxis quirúrgica y la preparación" adecuada al tipo de intervención, como figura en "la hoja de registro de enfermería de quirófano" ("2 gramos de cefazolina IV" y "preparación prequirúrgica: rasurado"; que la realización del "protocolo de preparación del enfermo para cirugía cardíaca" por el personal de enfermería, afirmada en el informe técnico de evaluación, encuentra respaldo, además, en las órdenes

terapéuticas que constan en la historia clínica. Pero, especialmente, se incide en la pauta antibiótica preventiva utilizada. Así, se precisa que el interesado “estaba perfectamente cubierto para los gérmenes habituales” en el tipo de intervención a la que se sometió, si bien la *Serratia marcescens* (“no habitual en cirugía cardíaca”) presenta un patrón de “resistencia natural a la cefazolina” administrada al efecto. Esta última constituye “el exponente habitual y mayoritariamente utilizado” en la profilaxis de la cirugía cardíaca practicada, advirtiéndose que, “conforme a la evidencia científica y disponible” y la “práctica habitual en los centros hospitalarios, la profilaxis antibiótica debe proteger frente a los patógenos habituales, velando al mismo tiempo”, explica, “por un uso adecuado” de la antibioterapia, “de forma que se eviten las resistencias de los gérmenes”. La indicación -insiste- era la correcta, sin que fuera posible evitar la acción del germen con una actuación diferente de la llevada a cabo por los profesionales del hospital. Por su parte, el informe de los especialistas puntualiza que “no está indicado hacer profilaxis de infección por *Serratia* por lo poco frecuente que es esta infección después de cirugía cardíaca”.

Además, el informe del centro subraya que las bacterias del tipo de la causante de la infección (*Serratia marcescens*) se encuentran presentes tanto en el ámbito hospitalario como fuera de él, siendo “perfectamente plausible que los pacientes puedan ingresar colonizados por gérmenes multirresistentes que no provocan ninguna sintomatología cuando el estado inmunitario es adecuado”. En el caso del detectado en el paciente, se trata de “un germen gram negativo muy ubicuo”, que puede “encontrarse colonizando la flora intestinal, tracto respiratorio, tracto urinario, aparato cardiovascular” y con mayor frecuencia “en pacientes con enfermedades de base como: diabetes, neoplasias, insuficiencia renal crónica”.

Por tanto, coincidimos con el informe técnico de evaluación en concluir que, de acuerdo con los datos disponibles, la actuación sanitaria fue ajustada a la *lex artis*, empleándose los medios necesarios para prevenir la aparición de un

proceso infeccioso nosocomial como el surgido, y que una vez diagnosticado fue objeto del tratamiento necesario para su resolución.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, una vez atendida la observación esencial contenida en el cuerpo de este dictamen, debe desestimarse la reclamación presentada por .....

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.