

Expediente Núm. 283/2014  
Dictamen Núm. 292/2014

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

*Fernández Pérez, Bernardo,*  
Presidente  
*García Gutiérrez, José María*  
*Zapico del Fueyo, Rosa María*  
*Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis*  
*Fernández Noval, Fernando Ramón*

Secretario General:  
*García Gallo, José Manuel*

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 22 de diciembre de 2014, con asistencia de los señores y la señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 19 de noviembre 2014 -registrada de entrada el día 26 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por los daños y perjuicios derivados de la asistencia prestada por el servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** El día 31 de julio de 2013, la interesada presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia del funcionamiento del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Refiere que desde abril de 2010 es tratada por la Unidad del Dolor del Hospital “X” por “dolor lumbar que me dificultaba la deambulacion y me ocasionaba caídas frecuentes. El 4-08-10 se me diagnostica por ese Servicio lumbalgia aguda, artrosis de columna, síndrome facetario provocado por

estenosis del canal severa, pseudolistesis y aplastamiento vertebral (...). Ante un empeoramiento del dolor (...) acudo a Urgencias y soy ingresada el 5-10-10 en el Servicio de Neurocirugía (...). Se decide realizar una laminectomía L3 y L4 con liberación central y de las raíces L3 y L4 bilaterales. En el posoperatorio inmediato desapareció el dolor (...), pero todavía estando ingresada (...) comencé nuevamente con intenso dolor (...), por lo que se decide realizar nueva intervención mediante amplia liberación radicular con facetectomía y fijación transpedicular a nivel L3 y L5 bilateral (...) en fecha 30-11-2010 (...). A partir de estas dos intervenciones soy dada de alta (...) pero continúo con el dolor (...). Así, el 27-01-11 debo ser ingresada por primera vez en la UVI (...) con un cuadro de varios días de evolución de disuria y tos y expectoración, desorientada, verborreica y con tendencia al sueño. Tras las pruebas oportunas soy diagnosticada de de shock séptico, es decir, padezco un grave cuadro de infección./ Dos días después, el 29-01-11, se aprecia crecimiento en sangre de cocos gram positivos, por lo que se inicia tratamiento antibiótico (...), preciso noradrenalina (...) y soy intubada y conectada a ventilación mecánica (...). En este momento sufro un primer episodio grave en mi estado de salud (...). Se sospecha un posible foco primario infeccioso a nivel lumbar, dado el antecedente quirúrgico. Es el 02-02-11 cuando se confirma la infección por *Staphylococcus aureus* meticilin sensible (...), se muestra un proceso infeccioso (artritis séptica) en hombros (...). El 18-02-11 también se confirma un positivo para *Acinetobacter* en el aspirado traqueal (...). Durante toda la evolución es de destacar los cuadros diarreicos intermitentes con importante hipopotasemia (...). El 22-02-11 soy dada de alta en UVI (donde había permanecido casi un mes) a Medicina Interna con diagnóstico de shock séptico por *Staphylococcus aureus* meticilin sensible sin foco primario demostrado, con traqueobronquitis por *Acinetobacter* a tratamiento (...). En este momento los servicios médicos no habían identificado todavía el foco de la infección del *Stafphylococcus*, aunque (...) se sospechaba que su origen era la cirugía lumbar practicada”.

Añade que permanece en el Servicio de Medicina Interna hasta el 30 de marzo de 2011, desde donde es derivada al Hospital “Y”. En el citado centro realiza “fisioterapia llegando a deambular sola con ayuda de bastón, aunque presentó dolor en ambos hombros con signos de inflamación que dificultan las

actividades básicas de la vida diaria". Relata que el 27 de abril de 2011 recibe el alta, "pero solo 4 días después, el 01-05-11, ingresó de nuevo en el Servicio de Medicina Interna (...) por presentar fiebre y dolor e impotencia funcional en ambos hombros. En la exploración se objetiva una vez más la presencia de *Staphylococcus aureus* en el cultivo de líquido sinovial de hombro derecho, así como en sangre, y soy diagnosticada de artritis séptica bilateral por *S. aureus* meticilin sensible y bacteremia secundaria. El 20-05-11 (...) soy dada de alta (...). El 23-05-11 fui sometida a intervención quirúrgica (...), consistente en artrotomía más lavado para eliminar el foco infeccioso en el hombro derecho (...). Durante el ingreso en Traumatología sigo en tratamiento de rehabilitación consistente en saber andar, momento en el que se observa una nueva secuela asociada a intervenciones previas consistente en paresia del ciático poplíteo externo izquierdo, que se manifestó en un pie equino (...). Dicha secuela no se puso de manifiesto hasta ese momento, puesto que se manifestó cuando comenzó a andar (...). En la revisión del 28-06-11 del Servicio de (...) Infecciosas se aprecia impotencia funcional del MII etiquetada de parálisis de ciático poplíteo externo izquierdo que observo desde la cirugía".

Manifiesta que en la revisión del Servicio de Infecciosas de 6 de septiembre de 2011 se aprecia una "excelente evolución" y se retira el tratamiento antibiótico, pero "apenas dos meses y medio después (...) ingreso de nuevo en el Servicio de Medicina Interna (...) tras reagudización de la clínica del hombro izquierdo y sacroilíaca derecha (...). Soy ingresada por segunda vez en la UVI (...) por nueva sepsis de probable origen en artrodesis lumbar con metástasis séptica en hombros y múltiples articulaciones./ En las pruebas realizadas se aprecia crecimiento de *Staphylococcus aureus* en bultoma que presentaba en dorso de la 3.<sup>a</sup> articulación metatarsiana del pie derecho./ A las 24 horas de ingreso se avisa de Microbiología por crecimiento de *S. aureus* en dos hemocultivos (...). De nuevo en UCI sufro un episodio que pudo poner fin a mi existencia. El 24-11-11 se realiza Tac helicoidal lumbar por alta sospecha de que el material de osteosíntesis de la antigua cirugía pudiera ser el foco inicial infeccioso, objetivándose sacroileítis aguda bilateral y colección abscesificada en la región sacroilíaca derecha de aproximadamente 5 cm de diámetro máximo. También se visualizaba importante destrucción del espacio L3-L4 que sugiere

discitis./ Se realiza nuevo Tac para punción diagnóstico/terapéutica de la colección, extrayendo unos 20/30 ml de material purulento. En el cultivo creció el mismo *Stafilococo*./ El 27-11-11 (...) sufro un tercer episodio crítico que precisó de maniobras de reanimación./ Finalmente, el 1-12-11 me someto a una nueva intervención quirúrgica para realizar extracción del material de artrodesis, describiendo los neurocirujanos material purulento en el lecho quirúrgico (...). El 21-12-11 (...) soy dada de alta en la UVI con el diagnóstico principal de shock séptico por *Estafilococo aureus* meticilin resistente y diagnósticos secundarios de espondilodiscitis y osteomielitis vertebral L4, sacroileítis aguda bilateral con colección drenada, probable endocarditis sobre válvula mitral nativa, probable NAVM e ITU. Soy trasladada al Servicio de Medicina Interna”.

Manifiesta que recibe el alta el 3 de febrero de 2012 con el diagnóstico de “sepsis por MARSa con foco en artrodesis lumbar infectada ya retirada, espondilodiscitis L3-L4 con osteomielitis vertebral y sacroileítis derecha por el mismo microorganismo, posible endocarditis mitral asociada y cirrosis hepática no biopsiada con varices esofágicas e hipertensión portal”. Añade que “ese mismo día 03-02-12 fui trasladada al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación con el objetivo de recuperar la independencia para las ABVD (Actividades Básicas de la Vida Diaria)”. En ese Servicio “se señala como diagnóstico principal (...) debilidad muscular generalizada secundaria a ingreso prolongado por estado (...) de shock séptico probablemente 2ª a cirugía lumbar, artropatía crónica ambos hombros (...). Como diagnóstico secundario se indica pancitopenia facilitada por el tratamiento antibiótico agresivo prolongado./ Recibo tratamiento de cinesiterapia y el 16-3-12 soy dada de alta en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación (...). El informe de alta de enfermería de 16-3-12 indica que soy parcialmente dependiente para las actividades de la vida diaria (...). En la revisión del 11-4-12 por el Servicio de Medicina Interna se decide mantener el tratamiento antibiótico durante 4 semanas más (...). En la consulta del Servicio de Infecciosas de 5-2-13 obtengo el alta por el cuadro de sepsis y se suspende el tratamiento antibiótico a partir del 20-2-2013 (...). En fecha 18-6-2013 se realiza la última resonancia magnética de la columna lumbar, donde se determina la persistencia de las

alteraciones derivadas de la infección por *Staphylococcus* en los discos, cuerpos vertebrales y articulaciones sacroilíacas”.

Expone que la “Consejería de Bienestar Social e Igualdad del Principado de Asturias en su Resolución de 9-4-12 reconoce el grado de discapacidad desde el 6-9-11 (...). En el certificado de grado de discapacidad (...) se indica la necesidad de 3.ª persona y se reconoce un baremo de movilidad de 8 puntos”.

Considera que se cumplen los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración, pues los daños sufridos “tienen su origen en la infección por *Staphylococcus aureus* contraída en las intervenciones quirúrgicas de la columna lumbar a que he sido sometida (...), como ha sido reconocido por sus propios servicios médicos, y que ha derivado en importantes secuelas físicas y psicológicas”.

Valora el daño ocasionado en seiscientos mil euros (600.000 €) “a efectos cautelares”, ya que considera que “la evaluación económica de los daños y perjuicios no es posible en este momento”, puesto que “hasta febrero de 2013 he seguido tratamiento por el cuadro de sepsis, siendo muy importante el estado secuelar y el grado de incapacidad que padezco”.

Adjunta, entre otros, los siguientes documentos: a) Informe de la Unidad del Dolor del Hospital “X”, de 4 de agosto de 2010, en el que figura el diagnóstico de “lumbalgia aguda, artrosis de columna, síndrome facetario que provoca estenosis del canal severa, pseudolistesis, aplastamiento vertebral”. b) Informe del Servicio de Neurocirugía, en el que consta el ingreso de la paciente desde el 5 de octubre hasta el 20 de diciembre de 2010 y la práctica de “laminectomía L3 y L4 con liberación central y de las raíces L3 y L4 bilaterales” y “amplia liberación radicular con facetectomía y fijación transpedicular a nivel L3 y L5 bilateral”. c) Informe de la UVI, de fecha 23 de febrero de 2011, que acredita un ingreso desde el 27 de enero de 2011 hasta la citada fecha por shock séptico. d) Informe del Servicio de Medicina Interna y Enfermedades Infecciosas, de 30 de marzo de 2011, que constata la atención a la paciente desde el 27 de enero del mismo año con la impresión diagnóstica “shock séptico por *Staphylococcus aureus* meticilin sensible sin foco primario demostrado”. e) Informe de la Unidad de Rehabilitación Geriátrica del Hospital “Y”, de 27 de abril de 2011, en el que consta el diagnóstico de “síndrome de

decondicionamiento secundario a shock séptico./ Antecedentes de enterocolitis./ S. ansioso-depresivo". f) Informe del Servicio de Medicina Interna y Enfermedades Infecciosas del Hospital "X", de 20 de mayo de 2011, en el que se recoge el ingreso de la paciente desde el 1 hasta el 20 de mayo de 2011 por "artritis séptica bilateral por *S. aureus* meticilin sensible. Bacteriemia secundaria". g) Informe del Servicio de Traumatología del mismo centro, de 21 de junio de 2011, en el que consta el ingreso desde el 1 de mayo hasta el 21 de junio de 2011 por "artritis séptica hombro derecho". h) Informe del Servicio de Enfermedades Infecciosas, de 13 de julio de 2011, en el que se constata una correcta evolución y se mantiene el tratamiento antibiótico. i) Informe del mismo Servicio, de 15 de septiembre de 2011, en el que se señala que "no precisa (...) recibir más antibióticos". j) Informe de la UVI, de 21 de diciembre de 2011, donde consta el ingreso de la reclamante desde el 19 de noviembre hasta el 21 de diciembre de 2011 por "shock séptico por *Staphylococcus aureus* meticilin resistente". k) Informe del Servicio de Medicina Interna y Enfermedades Infecciosas, emitido el 3 de febrero de 2012, que acredita un ingreso por "sepsis" desde el 19 de noviembre de 2011 hasta la citada fecha. l) Informe del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, de, 16 de marzo de 2012, en el que se recoge el tratamiento de rehabilitación funcional realizado desde el 19 de noviembre de 2011 hasta la fecha de emisión del informe. ll) Informes del Servicio de Medicina Interna y Enfermedades Infecciosas, relativos a las consultas practicadas los días 11 de abril de 2012 y 5 de febrero de 2013. En ellos se refleja una evolución favorable, acordándose en el segundo suspender el tratamiento antibiótico desde el día 20 del mismo mes. m) Informe sobre el resultado de una resonancia magnética de columna lumbar practicada a la perjudicada el 18 de junio de 2013. n) Resolución de la Consejería de Bienestar Social e Igualdad, de 9 de abril de 2012, por la que se reconoce a la reclamante un grado de discapacidad del 75% desde el 6 de septiembre de 2011.

**2.** Mediante escrito notificado a la perjudicada el 17 de agosto de 2013, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario le comunica 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.** El día 13 de agosto de 2013, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado para elaborar el informe técnico de evaluación solicita a la Gerencia del Área Sanitaria IV una copia de las historias clínicas de la paciente obrantes en los archivos del Centro de Salud de "A", del Hospital "X" y del Hospital "Y", así como la emisión de un informe por cada uno de los servicios afectados.

**4.** Mediante oficios de 19 y 30 de agosto y 3 de septiembre de 2013, se remite al Servicio de Inspección de Prestaciones, Centros y Servicios Sanitarios la historia clínica de la reclamante obrante en el Hospital "X", en el Centro de Salud "A" y en el Hospital "Y", respectivamente. Este último centro envía, con la misma fecha, el informe elaborado por el Director del Área de Gestión Clínica de Geriatría.

En el referido informe se indica que se trata de una paciente que ingresa en la Unidad de Rehabilitación Geriátrica procedente del Servicio de Medicina Interna del Hospital "X" por síndrome "de decondicionamiento tras padecer shock séptico por *Staphylococcus aureus* meticilín sensible sin foco 1º demostrado". Refiere que durante su estancia "realizó fisioterapia (...), llegando a deambular sola con ayuda de bastón (...). Presenta dolor en ambos hombros con signos de inflamación que le dificultan las ABVD".

**5.** Con fecha 24 de septiembre de 2013, el Responsable del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV remite al Servicio de Inspección de Prestaciones, Centros y Servicios Sanitarios los informes elaborados por los Servicios de Medicina Interna y de Neurocirugía, así como por la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital "X".

El informe realizado el 3 de septiembre de 2013 por un Médico Adjunto de la Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna concluye que "se trata de una paciente con sepsis por *S. aureus* inicialmente meticilín sensible y que ha tenido como foco de origen una artrodesis lumbar infectada. El cuadro le produjo un shock séptico que llevó a la paciente a (la) UCI en dos ocasiones

diferentes y a presentar metástasis sépticas de endocardio (endocarditis mitral) y en hombros (artritis séptica de hombro derecho), además de a nivel local con espondilodiscitis L3 y L4 y sacroileítis derecha. Una vez que se identificó el foco primario de infección y se retiró el material de osteosíntesis contaminado la clínica infecciosa fue remitiendo progresivamente hasta desaparecer. El tratamiento antibiótico tan prolongado condicionó la aparición de *S. aureus* meticilin resistente (...), el cambio en la flora intestinal y la aparición de un cuadro de probable enterocolitis por *Clostridium difficile* (no pudo demostrarse en los cultivos) y toxicidad medular con anemización”.

La Unidad de Cuidados Intensivos señala, en el informe elaborado el 6 de septiembre de 2013, que la reclamante permaneció ingresada en la UCI entre los días 27 de enero y 23 de febrero de 2011 “por un cuadro de shock séptico por *Staphylococcus aureus* meticilin sensible que se resolvió con tratamiento médico. Durante dicho ingreso se sospechó de dos posibles focos primarios: infección quirúrgica en relación con material de osteosíntesis a nivel lumbar y/o artritis séptica sobreañadida. Durante su estancia en la Unidad se realizaron múltiples pruebas (...) intentando confirmar o descartar dichas sospechas, pero no se pudo llegar a un diagnóstico de certeza concluyente a este respecto”.

El 23 de septiembre de 2013 emite informe el Jefe del Servicio de Neurocirugía del Hospital “X”. En él se hace constar que la reclamante “fue intervenida en este Servicio en tres ocasiones (...). El día 19-10-2010 para ampliar el canal raquídeo lumbar por estenosis del mismo a nivel L3-L4 (...). El 29-11-2010 se reintervino para realizar fijación espinal (artrodesis en los niveles L3 a S1 (...). El día 1-12-2011 se intervino nuevamente para retirar el material protésico por infección”. Añade que “la infección relacionada con la artrodesis lumbar es una complicación muy grave y que se presenta (...) aproximadamente en un 2 - 3% de los casos. Obliga a establecer tratamiento antibiótico adecuado (...) y a retirar el material protésico./ En el caso que nos ocupa se detectaron inicialmente otros focos sépticos a nivel de las articulaciones escapulohumerales que posteriormente se relacionaron con la infección local en los segmentos lumbares fusionados. En un principio no se detectó claramente la infección local en la zona lumbar intervenida (...). Los

consentimientos informados en cualquier tipo de cirugía contemplan el riesgo infeccioso como probable. Más si cabe cuando se trata de reoperaciones y se utiliza material protésico (...). Los factores de riesgo para la infección son los mismos en todas las series de la literatura médica, así como el germen responsable más habitual (*Staphylococcus*). El riesgo aumenta cuando son más de uno los niveles artrodesados y cuando ha habido cirugía previa, como es el caso que nos ocupa. Otros factores son la edad y la hiperglucemia./ A la paciente se le dieron las hojas de consentimiento informado (...). En todo momento mi Servicio, y más concretamente los médicos que la atendieron desde un principio, siguieron y atendieron, creo que de manera muy adecuada, a la paciente”.

**6.** Con fecha 19 de diciembre de 2013, el Inspector de Prestaciones Sanitarias solicita a la Gerencia del Área Sanitaria IV la emisión de un informe por parte del Servicio de Medicina Preventiva.

**7.** El día 3 de enero de 2014, el Responsable del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV envía al Servicio de Inspección de Prestaciones, Centros y Servicios Sanitarios el informe realizado el 30 de diciembre de 2013 por el Servicio de Traumatología del Hospital “X”. En él se señala que la reclamante “sufrió una sepsis por MARSAS secundaria a una cirugía lumbar (neurocirugía)./ Se nos solicitó consulta para valoración en el proceso de recuperación de la sepsis de dos posibles focos localizados en ambos hombros, en los cuales ya existía de base una artropatía degenerativa subacromial severa./ Dichos focos se trataron de forma conservadora (...). (La) evolución fue correcta (...). El día 10-11-2012 ingresa de urgencia tras referir una caída (...). Es intervenida el mismo día, realizándose reducción y osteosíntesis con clavo de cadera (...). La evolución posoperatoria es correcta (...), comenzando la deambulación y el tratamiento rehabilitador./ A los 4 meses refiere dolor persistente en 1/3 medio del muslo que no le impide la deambulación. Estudio radiológico correcto./ Ante la persistencia del dolor mecánico en cadera y muslo se solicita Tac (...). En fecha de última revisión (6-11-13) se valora el Tac

realizado, donde se aprecia una consolidación de la fractura de cadera./ Se da cita de nueva revisión en 6 meses”.

**8.** Mediante oficio de 26 de febrero de 2014, el Responsable del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV envía al Servicio de Inspección de Prestaciones, Centros y Servicios Sanitarios nueva documentación a efectos de completar las historias clínicas enviadas, y advierte que queda pendiente un informe del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital “X”.

**9.** Con fecha 26 de marzo de 2014 el Inspector de Prestaciones Sanitarias reitera el informe referido.

El día 9 de abril de 2014, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV remite finalmente el informe elaborado el 7 de ese mismo mes por el Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública. En él se señala que su objeto “es dar respuesta (...) a la reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta por (la perjudicada) por los hechos causados en su ingreso de 05-10-2010 a 20-12-2010”.

En cuanto a la situación del centro en general, indica que “el sistema de vigilancia, prevención y control de enfermedades transmisibles en el medio hospitalario que se lleva a cabo desde el Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública se basa en la monitorización de diferentes aspectos relacionados con la minimización de riesgos”. Tras recoger algunos de los más relevantes, concluye que “la tasa está por debajo del valor considerado como estándar para hospitales del tamaño del Hospital “X” (0,6 casos/1.000 estancias en hospitales de más de 500 camas), lo que significa que nuestro nivel, respecto a la presencia de este germen multirresistente y su transmisión intrahospitalaria, es menor que en otros centros (...). El hospital, por tanto, toma las medidas preventivas para mantener sus tasas de infección dentro de los límites que la propia práctica asistencial permite”.

Con respecto a la prevención de la infección en la reclamante, sostiene que en el caso de esta paciente “existe constancia de que se han tomado las medidas de prevención de infección: administración de profilaxis quirúrgica y la

preparación quirúrgica adecuada a este tipo de intervención, tal como consta en la hoja de registro de enfermería en quirófano de fecha 19 de octubre de 2014 (*sic*) y 29-11-2010 (se administra en ambos casos kefol 2 gr)". Añade que un "cultivo punta catéter" efectuado el 26 de agosto de 2010, tras la realización de tres bloqueos epidurales, dio resultado positivo para "*Staphylococcus aureus* meticilin sensible".

Por ello, considera que "no se constata que el hemocultivo positivo para *Staphylococcus aureus* meticilin sensible sea consecuencia de la intervención ni del 19 de octubre, ni del 29 de noviembre; podemos decir que la presencia de un cultivo positivo para esta paciente es anterior a la fecha de ingreso (26 agosto 2010)". Concluye que es "complejo determinar el origen de la infección que la paciente presenta, puesto que puede ser de causa comunitaria: infección de orina por *Staphylococcus aureus* meticilin sensible (germen encontrado tanto a nivel comunitario como hospitalario)./ Al alta, el 20 de diciembre de 2010, la paciente no tenía criterio alguno de infección (...); sus intervenciones fueron el 19-10-2010 y el 29-11-2010, constando las correspondientes medidas de profilaxis antibiótica en ambos casos. Por otra parte no se pudieron determinar cultivos positivos para *Staphylococcus aureus* meticilin sensible en las muestras analizadas correspondientes a este periodo (...). La paciente el día 27 de enero acude a Urgencias con síntomas y signos clínicos sugerentes de infección urinaria que podría ser el origen de su situación clínica (...), y esta no guardar relación con el episodio de atención en el Hospital "X" (...). Es plausible contemplar como origen de la sepsis de la paciente la infección urinaria con diseminación hematógena; en cualquier caso, esto no podemos afirmarlo, dado que los cultivos de orina fueron negativos (...). No es por tanto posible determinar cuándo se origina la infección (...), pero lo que podemos asegurar es que es anterior a la intervención (19-10-2010 y 29-11-2010) y al periodo de hospitalización (5-10-2010 a 20-12-2010) para el que la demandante reclama una deficiente atención sanitaria, dado que ya existen cultivos positivos con anterioridad a estas fechas de los que no podemos determinar el origen último".

**10.** El día 16 de abril de 2014, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él, tras reseñar los antecedentes del caso y realizar las aclaraciones médicas oportunas, subraya que la interesada alega que la causa de la infección “tiene su origen en la infección por *Staphylococcus aureus* contraída en las intervenciones quirúrgicas de la columna lumbar”, y que el informe del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital “X” indica que la tasa de aislamientos por gérmenes multirresistentes “está por debajo del valor considerado como estándar para hospitales del tamaño” del considerado. Centrándose en el caso concreto de la reclamante, afirma que “existe constancia de que se han tomado las medidas de prevención de la infección: administración de profilaxis quirúrgica y la preparación quirúrgica adecuada a este tipo de intervención, tal y como consta en la hoja de registro de enfermería en quirófano de 19 de octubre de 2010 y 29-11-2010 (se administra en ambos casos kefol 2 gr)”.

Entiende que “es complejo determinar el origen de la infección (...). Al alta, el 20 de diciembre de 2010, la paciente no tenía criterio alguno de infección (...). El día 27 de enero acude a Urgencias con síntomas y signos sugerentes de infección urinaria que podría ser el origen de su situación clínica y de su ingreso, y esta no guarda relación con el episodio de atención” en el hospital.

Considera que “no es (...) posible determinar cuándo se origina la infección de la paciente, pero lo que podemos asegurar es que es anterior a la intervención (...), dado que ya existen cultivos positivos con anterioridad”. Añade que, “aun aceptando a modo de mera hipótesis que la infección tuviera su origen en las intervenciones efectuadas el 19-10-2010 y 29-11-2010, no dejaría de ser la materialización de un riesgo típico de este tipo de intervenciones que, según la literatura médica, ocurre en un 2,2% de los casos, incrementándose el riesgo según el número de segmentos intervenidos, pacientes diabéticos y fumadores. Los pacientes que han sido sometidos a una cirugía vertebral previa tienen más riesgo de infección que los que son intervenidos por primera vez. Además, este riesgo está descrito en los documentos de consentimiento informado que la reclamante firmó, por lo que era conocedora del mismo”.

Respecto a la aparición de una neuropatía del nervio ciático poplíteo externo izquierdo tras la artrotomía de hombro llevada a cabo por el Servicio de Traumatología, señala que en la EMG realizada el 16-6-2011 se indica que “la exploración neurofisiológica en la actualidad destaca la presencia de una neuropatía mixta de grado moderado del nervio ciático poplíteo externo izquierdo (rama peroneal profunda) en el segmento de bajo cabeza-sobrecabeza del peroné en el contexto de una radiculopatía lumbar L4-L5 axonal de carácter crónico residual en fase de reinervación y con escasos signos de denervación”, lo que descarta “cualquier lesión del nervio durante la intervención, estando relacionada con la importante patología vertebral que la reclamante padecía. La neuropatía fue tratada mediante rehabilitación. Además, en la hoja de curso clínico correspondiente al día 2-6-2011 se anota (...) la recuperación clínica de la neuropatía del nervio y en el informe de alta del Servicio de Rehabilitación de fecha 16-3-2012 no se hace ninguna referencia a la existencia de signos de neuropatía”.

Concluye que “no cabe deducir relación de causalidad entre la asistencia sanitaria prestada a la reclamante y las complicaciones sufridas (infección y neuropatía). La asistencia prestada (...) fue correcta y adecuada a la *lex artis ad hoc*, ya que se realizó la adecuada profilaxis antibiótica prequirúrgica, y la neuropatía fue consecuencia de su patología vertebral”.

**11.** Mediante escritos de 29 de abril de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario remite una 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.

**12.** Con fecha 14 de julio de 2014, y a instancia de la compañía aseguradora, emiten informe dos especialistas, uno en Anatomía Patológica y otro en Medicina Interna.

En él sostienen que el “*Staphylococcus aureus* es una de las principales causas de infección, tanto adquirida en la comunidad como a nivel hospitalario (...). Forma parte de la microflora humana normal, conociéndose que aproximadamente 25 - 50% de las personas sanas pueden colonizarse de

manera persistente por *S. aureus* (...). Esta capacidad de colonizar hace que en (...) pacientes quirúrgicos (...) el riesgo de infección por *S. aureus* se incrementa de manera importante (...). En esta paciente, por su antecedente quirúrgico, cobra especial importancia, ya que (...) es habitual la puerta de entrada cutánea cuando ha habido una disrupción de la piel. Cabe reseñar además que es una paciente que previamente al ingreso fue sometida a varios bloqueos facetarios, presentando en su evolución infección de la punta del catéter epidural del que fue portadora en el mes de agosto de 2010. En el cultivo del mismo creció *S. aureus* meticilin sensible, que fue tratado con Ciprofloxacino 750 mg/12 h durante 14 días”.

En cuanto a la infección de la prótesis articular, manifiestan que “la infección, junto al aflojamiento, es la complicación principal más temida y catastrófica de las prótesis articulares, y es por ello incluida en todos los consentimientos informados de todas las cirugías traumatológicas como un hecho plausible en cada cirugía que incluye implante de material. En este caso, tanto en la laminectomía, que no incluía material protésico, como en la fijación transpedicular posterior, que sí lo incluía, aparece reflejado en el consentimiento informado la posibilidad de infección; consentimiento que la paciente firma en ambas ocasiones. Cabe resaltar aquí, además, que (...) era anestesista de profesión, aunque estaba jubilada en el momento de la praxis médica, pero este hecho le confiere una cultura añadida a la población general sobre los riesgos de infección inherentes a cualquier cirugía (...). En el caso que nos ocupa el ingreso por sepsis por *S. aureus* ocurrió dos meses después de la segunda cirugía (29-11-2010 – 27-01-2011), sin que se mencione en la historia dolor a nivel lumbar. Se habla sobre todo de traumatismo a nivel de los hombros (...). En este caso no pudo confirmarse la relación con el antecedente quirúrgico lumbar tras realización de TC, RMN y gammagrafía ósea y con galio (...). En el ingreso que tuvo lugar el 19-11-2011 por un nuevo episodio de sepsis (...) las pruebas de imagen mostraron espondilodiscitis y osteomielitis vertebral L4, así como sacroileítis aguda y endocarditis mitral. Luego ya pudo ser demostrado en esa ocasión infección de la prótesis y se procedió a su retirada./ Pero la paciente ingresa además entre medias de estos dos episodios en junio de 2011 con datos (...) de artritis séptica en hombros por *S. aureus*. En

ese ingreso vuelve a realizarse gammagrafía ósea que no revela afectación infecciosa a nivel de columna lumbar./ Es difícil decir, a la vista de la historia, si el *S. aureus* estuvo presente desde el principio en el material protésico. Lo que está claro es que la paciente era portadora, dado que todos los cultivos previos (catéter epidural) como posteriores a la fijación transpedicular (sepsis, artritis hombros y nuevo episodio séptico secundario a discitis) fueron siempre positivos para *S. aureus*. Este hecho de ser portadora pudo terminar infectando la prótesis de manera secundaria a todos los eventos infecciosos, o bien pudo infectarla desde el principio y que permaneciera como reservorio del *S. aureus*".

Tras valorar la posibilidad de "que la prótesis pudo estar infectada desde el principio", sostienen que en ese caso el tratamiento dispensado fue el adecuado.

Por lo que se refiere a la lesión del nervio ciático poplíteo externo, afirman que "en el informe completo del Servicio de Rehabilitación del 16-03-2012 consta, en alusión al ingreso de mayo, que la paciente sufrió debilidad en la flexión dorsal del pie izquierdo tras permanecer sentada con las piernas cruzadas, que es una de las causas más habituales de lesión del nervio ciático poplíteo externo. Además, no debemos olvidar que es una paciente que permaneció intubada en la UCI durante tiempo prolongado a raíz de la sepsis por *S. aureus*, y este encamamiento prolongado es también factor de riesgo para lesión de dicho nervio. En cualquier caso, no parece una patología secundaria a la lesión lumbar, ya que cualquier lesión superior a la rodilla afectaría al nervio ciático en su totalidad y presentaría clínica secundaria a otras ramas nerviosas del mismo, y esto no ocurre en este caso".

Concluyen que "no se puede establecer (...) el origen de la infección en el material de la fijación transpedicular durante los ingresos de enero y mayo de 2011. Solo en el ingreso de noviembre de 2011 es evidente la relación con la misma. Aun sin evidenciar la relación con la cirugía previa, se asumió este origen y se trató de manera adecuada desde el primer ingreso (...). La infección posquirúrgica es un evento posible en cualquier cirugía, y como tal queda recogido en los consentimientos informados que la paciente firma antes de cada una de las dos cirugías (...). La lesión del nervio ciático poplíteo externo no parece tener relación con la patología lumbar ni con la cirugía previa".

Por tanto, consideran que la atención prestada (...) fue acorde a la *lex artis ad hoc*”.

**13.** Igualmente, consta incorporado al expediente el informe emitido por un gabinete jurídico el 21 de julio de 2014 a instancia de la entidad aseguradora. En él se concluye que “la actuación del Servicio de Salud del Principado de Asturias ha sido diligente y conforme a la *lex artis* y al estado actual de la ciencia médica (...). No existe nexo causal entre la actuación del Servicio de Salud del Principado de Asturias y el daño alegado por la paciente (infección vertebral por *Staphylococcus aureus* y neuropatía). Además, en el caso de la infección no existe antijuridicidad, al asumir la paciente dicho riesgo de infección en las operaciones quirúrgicas en zona lumbar realizadas en octubre y noviembre de 2010 con el otorgamiento del consentimiento informado”.

**14.** Mediante escrito notificado a la interesada el 9 de octubre de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario 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.

Obra en este una diligencia en la que se consigna que la perjudicada toma vista del expediente el 15 de octubre de 2014 y obtiene una copia del mismo.

**15.** El día 28 de octubre de 2014, la reclamante presenta un escrito de alegaciones en el que manifiesta que, “a la vista del expediente administrativo, no se hace más que confirmar que la infección por *Staphylococcus aureus* fue causada por la mala praxis de la Administración sanitaria”, y que “se puede asegurar que el primer foco de la infección estuvo en el tratamiento pautado en la Unidad del Dolor entre abril y finales de agosto de 2010”. Refiere que durante su ingreso en dicha Unidad “se procedió a la ejecución de 3 bloqueos epidurales (que se realizan el 26-06-10, 06-07-10 y 13-07-10)” y de “2 bloqueos facetarios (que se realizan el 26-06-2010 y el 03-08-10)”. Señala que “el 06-08-10, ante el insoportable dolor que sufro (...) se propone epidural + catéter (...) y se coloca (...). Es importante destacar que la localización del

espacio fue muy difícil por la artrosis (...), y que por ello sufrí varios pinchazos. A partir de ahí comenzaron las manifestaciones de infección a causa del catéter”.

Reseña varias observaciones de enfermería obrantes en la historia clínica relativas a la curación de la zona de inserción del catéter por exudado, precisando que “el 25-08-10 se procede a la retirada del catéter, enviando la punta a bacteriología (...). El 26-08-10 es cuando se aísla por primera vez el *Staphylococcus aureus* meticilin sensible y es en el catéter epidural (...). Para la ejecución de los tres bloqueos epidurales y los dos (...) facetarios no se me informó de los riesgos de la infección que podían presentarse, ni se firmó hoja de consentimiento informado./ A posteriori tampoco se me informó de que estaba infectada por *S. aureus*, incomprensiblemente se silencia por parte de los servicios sanitarios./ Es curioso que en el informe del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública de 07-04-14 se haga referencia a que la infección es anterior a las intervenciones quirúrgicas (...) y no se mencionen los bloqueos epidurales y facetarios como posible origen de la infección. Tampoco concluye cuál es el origen de la infección, pero apunta a que puede ser de causa comunitaria (infección de orina), aunque el propio informe afirma que los cultivos de orina fueron negativos y no puede afirmarse. En definitiva, el informe no hace más que elucubrar sobre el origen de la infección pero no determina nada. También es importante destacar que las estadísticas de niveles de infección del centro hospitalario (...) se refieren a casos de catéter central, no de catéter epidural, como el (...) que nos ocupa”.

Añade que en el informe médico pericial elaborado a instancias de la compañía aseguradora de la Administración se destaca “que es una paciente que previamente al ingreso fue sometida a varios bloqueos facetarios, presentando en su evolución infección de la punta del catéter epidural del que fue portadora en el mes de agosto de 2010. En el cultivo del mismo creció *S. aureus* meticilin sensible, que fue tratado con Ciprofloxacino 750 mg/12 horas durante 14 días”. Manifiesta que “después de colocar el catéter epidural comenzaron a mostrarse los primeros signos de infección. Anteriormente no se había detectado (...) porque no la había. Así, en la gammagrafía de fecha 02-06-2010 (...) y la resonancia magnética de la columna lumbosacra de fecha

11-06-2010 (...) no aparece ningún tipo de infección, signo inequívoco de que en aquel momento no había sido infectada con el *S. aureus*./ El catéter es el origen de la infección por *Staphylococcus* que presento./ Si en mi historial médico ya constaba que el *S. aureus* había sido aislado no se entiende por qué fui sometida a varias intervenciones quirúrgicas posteriores, si como destaca el informe del Servicio de Medicina Preventiva dicho microorganismo puede 'permanecer quiescente y reactivarse meses o años más tarde'. Es evidente que el riesgo de infección en una intervención quirúrgica agresiva de columna aumenta exponencialmente si ya estaba infectada por *S. aureus*./ Tanto por haberme infectado con *S. aureus* mediante la punta del catéter (sin la firma del correspondiente consentimiento informado) como por proceder a realizar varias intervenciones quirúrgicas posteriormente sin tener en cuenta dicha infección, se ha producido una infracción de la *lex artis ad hoc*".

Admitiendo "a efectos meramente dialécticos que la punta del catéter no fuese el origen de la infección", reitera el contenido de su escrito de reclamación. Añade que los documentos de consentimiento informado firmados para la realización de las intervenciones quirúrgicas realizadas los días 19 de octubre y 29 de noviembre de 2010 no recogían ningún tipo de riesgo personalizado, lo cual hubiera sido necesario a la vista de que ya había sido infectada por *Staphylococcus aureus*.

Respecto a la lesión del nervio ciático poplíteo, destaca que en diversos documentos obrantes en la historia clínica "se relaciona con la radiculopatía lumbar L4-L5".

**16.** Mediante oficio de 31 de octubre de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario traslada a la compañía aseguradora una copia de las alegaciones presentadas.

**17.** Con fecha 6 de noviembre de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella sostiene que "la asistencia prestada a la reclamante fue correcta y adecuada a la *lex artis*, no existiendo relación de causalidad entre la actuación sanitaria y las complicaciones sufridas por la misma (sepsis y

neuropatía). Las complicaciones fueron adecuadamente diagnosticadas y tratadas, se realizó profilaxis antibiótica con carácter previo a las intervenciones quirúrgicas y la neuropatía (que no guarda relación con la asistencia, sino con la patología de base de la paciente) fue tratada mediante fisioterapia con adecuada recuperación, y con carácter previo a las intervenciones quirúrgicas la interesada firmó los correspondientes documentos de consentimiento donde figura la posibilidad de la complicación sufrida (infección)”.

En cuanto a sus manifestaciones de que “para la ejecución de los tres bloqueos epidurales y los dos (...) facetarios no se me informó de los riesgos de infección que podían presentarse, ni se firmó hoja de consentimiento informado”, hay que hacer constar que la reclamante “es especialista en Anestesiología y Reanimación y desempeñó su labor profesional en el mismo centro sanitario en donde se realizaron los bloqueos epidurales y facetarios, por lo que resulta difícil de creer que (...) no fuera informada sobre la técnica, ni los riesgos de la utilización de los catéteres para el tratamiento del dolor”.

Por ello, considera que “no queda acreditado el nexo causal entre el funcionamiento del servicio sanitario público y los daños alegados”.

**18.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 19 de noviembre de 2014, 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 la interesada activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

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 ahora examinado la reclamación se presenta con fecha 31 de julio de 2013, constando en el expediente que el tratamiento antibiótico pautado a la interesada como consecuencia de la infección sufrida no se suprimió hasta el 20 de febrero de 2013, por lo que es claro que fue formulada 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.

No obstante, apreciamos que la instrucción del procedimiento no ha contribuido a aclarar ciertos hechos que pueden tener gran trascendencia a la hora de analizar si el servicio público sanitario frente al que se reclama se ajustó en todas sus actuaciones a la *lex artis*. La reclamación presentada inicialmente por la perjudicada atribuye los daños sufridos a una infección por *Staphylococcus aureus* contraída en el curso de dos intervenciones quirúrgicas de columna efectuadas los días 19 de octubre y 29 de noviembre de 2010.

Dada la imputación realizada, los informes técnicos emitidos se centran en aclarar las circunstancias que rodearon la práctica de ambas intervenciones y el diagnóstico y tratamiento de las complicaciones que se produjeron con posterioridad a estas. Sin embargo, de los datos obrantes en la historia clínica resulta que la reclamante fue sometida con carácter previo a las operaciones señaladas a diversos tratamientos en la Unidad del Dolor del Hospital "X"; entre ellos, tres bloqueos epidurales y dos facetarios. En el informe emitido por el Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del referido hospital se manifiesta que "no se constata que el hemocultivo positivo para *Staphylococcus aureus* meticilin sensible sea consecuencia de la intervención ni del 19 de octubre, ni del 29 de noviembre; podemos decir que la presencia de un cultivo positivo para esta paciente es anterior a la fecha de ingreso (26 agosto 2010)". El informe recoge que la Unidad del Dolor retiró el catéter utilizado en los bloqueos el 25 de agosto de 2010, y que se envió la punta al Servicio de Bacteriología para la realización de un cultivo que al día siguiente dio resultado positivo para *Staphylococcus aureus*. Concluye que "no es (...) posible determinar cuándo se origina la infección de la paciente, pero lo que podemos asegurar es que es anterior a la intervención (19-10-2010 y 29-11-2010) y al periodo de hospitalización (5-10-2010 a 20-12-2010) para el que la demandante reclama una deficiente atención sanitaria, dado que ya existen

cultivos positivos con anterioridad a estas fechas de los que no podemos determinar el origen último”.

En el informe médico pericial elaborado a instancias de la compañía aseguradora se sostiene que en “pacientes quirúrgicos (...) el riesgo de infección por *S. aureus* se incrementa de manera importante (...). En esta paciente, por su antecedente quirúrgico, cobra especial importancia, ya que (...) es habitual la puerta de entrada cutánea cuando ha habido una disrupción de la piel. Cabe reseñar además que es una paciente que previamente al ingreso fue sometida a varios bloqueos facetarios, presentando en su evolución infección de la punta del catéter epidural del que fue portadora en el mes de agosto de 2010. En el cultivo del mismo creció *S. aureus* meticilin sensible que fue tratado con Ciprofloxacino 750 mg/12 h durante 14 días”. Se añade que “es difícil decir, a la vista de la historia, si el *S. aureus* estuvo presente desde el principio en el material protésico. Lo que está claro es que la paciente era portadora, dado que todos los cultivos, tanto previos (catéter epidural) como posteriores a la fijación transpedicular (sepsis, artritis hombros y nuevo episodio séptico secundario a discitis) fueron siempre positivos para *S. aureus*”.

Por tanto, los dos informes citados ponen de manifiesto la posibilidad de que la infección no hubiera sido contraída en el curso de las intervenciones quirúrgicas realizadas los días 19 de octubre y 29 de noviembre de 2010, sino que se hubiera producido en el momento de la realización de los bloqueos practicados por la Unidad del Dolor. En todo caso, constatan que la paciente era, o había sido, portadora del *Staphylococcus aureus* con carácter previo a la realización de las citadas intervenciones.

Ante esta situación la perjudicada, en el escrito presentado en el trámite de audiencia, modifica su imputación original y alega que “se puede asegurar que el primer foco de la infección estuvo en el tratamiento pautado en la Unidad del Dolor entre abril y finales de agosto de 2010”, y no en las intervenciones quirúrgicas que inicialmente había identificado como causantes de la infección. Manifiesta entonces que “para la ejecución de los tres bloqueos epidurales y los dos (...) facetarios no se me informó de los riesgos de infección que podían presentarse, ni se firmó hoja de consentimiento informado”. Añade que “es curioso que en el informe del Servicio de Medicina Preventiva y Salud

Pública de 07-04-14 se haga referencia a que la infección es anterior a las intervenciones quirúrgicas (...) y no se mencionen los bloqueos epidurales y facetarios como posible origen de la infección. Tampoco concluye cuál es el origen de la infección, pero apunta a que puede ser de causa comunitaria (infección de orina), aunque el propio informe afirma que los cultivos de orina fueron negativos y no puede afirmarse. En definitiva, el informe no hace más que elucubrar sobre el origen de la infección pero no determina nada". Por otra parte, destaca "que las estadísticas de niveles de infección del centro hospitalario (...) se refieren a casos de catéter central, no de catéter epidural, como el (...) que nos ocupa". Afirma que antes de colocar el catéter epidural no había signos de infección, lo que se puede comprobar "en la gammagrafía de fecha 02-06-2010 (...) y la resonancia magnética de columna lumbosacra de fecha 11-06-2010", donde "no aparece ningún tipo de infección; signo inequívoco de que en aquel momento no había sido infectada con el *S. aureus*". Considera que si en su "historial médico ya constaba que el *S. aureus* había sido aislado no se entiende por qué fui sometida a varias intervenciones quirúrgicas posteriores (...). Es evidente que el riesgo de infección en una intervención quirúrgica agresiva de columna aumenta exponencialmente si ya estaba infectada por *S. aureus*". Subraya, igualmente, que los documentos de consentimiento informado firmados para la realización de las intervenciones quirúrgicas correspondientes a los días 19 de octubre y 29 de noviembre de 2010 no recogían ningún tipo de riesgo personalizado, lo cual hubiera sido necesario a la vista de que ya había sido infectada por *Staphylococcus aureus*.

A pesar de la identificación de un nuevo foco como posible causante de la infección, la propuesta de resolución se limita a señalar, en cuanto a sus manifestaciones de que "para la ejecución de los tres bloqueos epidurales y los dos (...) facetarios no se me informó de los riesgos de infección que podían presentarse, ni se firmó hoja de consentimiento informado", que la reclamante "es especialista en Anestesiología y Reanimación y desempeñó su labor profesional en el mismo centro sanitario en donde se realizaron los bloqueos epidurales y facetarios, por lo que resulta difícil de creer que la paciente no fuera informada sobre la técnica, ni los riesgos de la utilización de los catéteres para el tratamiento del dolor". Efectivamente, la profesión de la reclamante,

que obra en determinados documentos de la historia clínica, permite suponer que conocía perfectamente las posibles complicaciones derivadas del tratamiento al que estaba siendo sometida; no obstante, ello no es suficiente para justificar el carácter desestimatorio de la propuesta de resolución.

El escrito de alegaciones no solo se refiere, como indica la propuesta de resolución, a la falta de consentimiento informado, sino que plantea otras muchas cuestiones que requieren de una respuesta técnica. En primer lugar, debe resaltarse que no obra en el expediente el informe de la Unidad del Dolor del Hospital "X", que en calidad de servicio afectado debe proceder a la emisión del mismo. La reclamante también manifiesta que "las estadísticas de niveles de infección del centro hospitalario (...) se refieren a casos de catéter central, no de catéter epidural", por lo que deberá darse explicación a este extremo y, en su caso, aportar las estadísticas adecuadas. Asimismo, señala que "es evidente que el riesgo de infección en una intervención quirúrgica agresiva de columna aumenta exponencialmente si ya estaba infectada por *S. aureus*", por lo que los documentos de consentimiento informado firmados para la realización de las intervenciones quirúrgicas deberían haber contemplado esta situación como riesgo específico de la paciente. Pues bien, careciendo este Consejo Consultivo del necesario criterio técnico para comprobar la veracidad de tales afirmaciones, deberá emitirse informe sobre si el hecho de que la reclamante fuera portadora de *Staphylococcus aureus* en agosto de 2010 incide de algún modo en el incremento del riesgo de infección por intervención quirúrgica, si esta circunstancia debía haberse tenido en cuenta como riesgo específico de la paciente e, incluso, si las intervenciones posteriores podían resultar desaconsejadas.

Tal y como hemos señalado en anteriores dictámenes, la finalidad de la instrucción del procedimiento no es otra que la de proporcionar al órgano competente para resolver los elementos de juicio imprescindibles para dictar una resolución acertada. Por ello, al término de la instrucción deberán estar claros los hechos y las circunstancias en las que se produjo el daño que da lugar a la reclamación, con arreglo a los cuales habrá de pronunciarse la resolución. Así lo establece el artículo 7 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial, que encomienda al instructor la práctica de los actos "necesarios

para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales deba pronunciarse la resolución”. De acuerdo con el principio de oficialidad, la labor del instructor del procedimiento ha de ser la de traer al expediente toda la información que, en hipótesis, pudiera resultar necesaria para decidir el asunto, sin perjuicio de que con posterioridad fundamente su propuesta en los hechos o razonamientos jurídicos que juzgue convenientes. Esta labor de indagación ha de ejercerse con la finalidad de garantizar el acierto de la resolución que finalmente recaiga, para lo cual resulta imprescindible conocer la realidad de las circunstancias, planteadas o no por los interesados, que pudieran tener trascendencia en la decisión final. En este sentido, no puede ignorarse que el artículo 89.1 de la LRJPAC, al que remite el artículo 13.2 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial, obliga a la Administración a decidir, so pena de incongruencia, sobre “todas las cuestiones planteadas por los interesados y aquellas otras derivadas del mismo”.

En este caso, la falta de información sobre las consecuencias que para las intervenciones quirúrgicas realizadas pudiera tener el hecho de que la reclamante hubiera sido portadora de *Staphylococcus aureus* con carácter previo a aquellas adquiere una relevancia especial en orden a determinar la responsabilidad del servicio público sanitario. Por tanto, deberá emitirse informe por la Unidad del Dolor del Hospital “X” y acreditarse la realización de cualesquiera actos que pudieran resultar convenientes para prevenir la aparición de infecciones en el curso de la ejecución de los bloqueos epidurales y facetarios. Asimismo, deberá informarse sobre la posibilidad de que la infección hubiera sido contraída en el momento de la práctica de los bloqueos, y, en todo caso, sobre la relevancia que pudiera tener en el curso de todo el episodio el hecho de que la paciente hubiera resultado infectada por *Staphylococcus aureus* en agosto de 2010.

En consecuencia, no procede dictar en este momento una resolución que ponga fin al procedimiento, debiendo retrotraerse el mismo al objeto de acreditar los extremos señalados, y, una vez otorgada nueva audiencia a la interesada y formulada otra propuesta de resolución, deberá recabarse de este Consejo el preceptivo dictamen.

En mérito a lo expuesto, este Consejo entiende que no cabe en el estado actual de tramitación un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada, y que debe retrotraerse el procedimiento al objeto de practicar cuanto queda expuesto en el cuerpo del presente dictamen.”

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.