

Expediente Núm. 100/2015
Dictamen Núm. 122/2015

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 2 de julio de 2015, 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 25 de mayo de 2015 -registrada de entrada el día 3 del mes siguiente-, 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" debido a un "dolor lumbar que me dificultaba la deambulaci3n y me ocasionaba caídas frecuentes. El 4-08-10 se me diagnostica por ese Servicio lumbalgia aguda, artrosis de columna, s3ndrome 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 Neurocirug3a (...). Se decide realizar una laminectom3a L3 y L4 con liberaci3n central y de las ra3ces L3 y L4 bilaterales. En el posoperatorio inmediato desapareci3 el dolor (...), pero todav3a estando ingresada (...) comenc3 nuevamente con intenso dolor (...), por lo que se decide realizar nueva intervenci3n mediante amplia liberaci3n radicular con facetectom3a y fijaci3n transpedicular a nivel L3 y L5 bilateral (...) en fecha 30-11-2010 (...). A partir de estas dos intervenciones quir3rgicas soy dada de alta (...) pero contin3o con el dolor (...). As3, el 27-01-11 debo ser ingresada por primera vez en la UVI (...) con un cuadro de varios d3as de evoluci3n de disuria y tos y expectoraci3n, desorientada, verborreica y con tendencia al sue1o. Tras las pruebas oportunas soy diagnosticada de shock s3ptico, es decir, padezco un grave cuadro de infecci3n./ Dos d3as despu3s, el 29-01-11, se aprecia crecimiento en sangre de cocos gram positivos, por lo que se inicia tratamiento antibi3tico (...), preciso noradrenalina (...) y soy intubada y conectada a ventilaci3n mec3nica (...). 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 quir3rgico. Es el 02-02-11 cuando se confirma la infecci3n por *Staphylococcus aureus* meticilin sensible (...), se muestra un proceso infeccioso (artritis s3ptica) en hombros (...). El 18-02-11 tambi3n se confirma un positivo para *Acinetobacter* en el aspirado traqueal (...). Durante toda la evoluci3n es de destacar los cuadros diarreicos intermitentes con importante hipopotasemia (...). El 22-02-11 soy dada de alta en UVI (donde hab3a permanecido casi un mes) a Medicina Interna con diagn3stico de shock s3ptico 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 *Staphylococcus*, 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 bacteriemia 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 (...), 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”.

Señala que en la revisión del Servicio de Infecciosas de 6 de septiembre de 2011 se advierte 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.^a 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 *Staphylococcus*./ 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 *Staphylococcus 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”.

Precisa 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 2.ª a cirugía lumbar, artropatía crónica ambos hombros (...). Como diagnóstico secundario se indica pancitopenia facilitada por el tratamiento antibiótico agresivo prolongado./ Recibo tratamiento de fisioterapia 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 del 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 estima que "la evaluación económica de los daños y perjuicios no es posible en este momento", pues "hasta febrero de 2013 he

seguido tratamiento por el cuadro de sepsis, siendo muy importante el estado secular y el grado de incapacidad que padezco”.

Adjunta copia, entre otros, de 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 una “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 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 de “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 se consigna 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 se refleja un 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. m) 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. n) Informe sobre el resultado de una resonancia magnética de columna lumbar practicada a la perjudicada el 18 de junio de 2013. ñ) 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 de 2 de agosto de 2013, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario comunica a la perjudicada 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, 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, la Gerencia del Área Sanitaria IV remite al Servicio de Inspección de Prestaciones, Centros y Servicios Sanitarios una copia de la historia clínica de la reclamante obrante en el Hospital "X", en el Centro de Salud y en el Hospital "Y", respectivamente. Este último centro envía, asimismo, el informe elaborado por la Unidad de Rehabilitación Geriátrica.

En el referido informe se indica que se trata de una paciente que ingresa en la Unidad procedente del Servicio de Medicina Interna del Hospital "X" por síndrome "de decondicionamiento tras padecer shock séptico por *Staphylococcus aureus* meticilin sensible sin foco 1.º 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, de Neurocirugía y 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 meticilin 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 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. Mediante oficio de 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 consta 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 remitidas, y advierte que queda pendiente el 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 de agosto de 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 analizado. 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 electromiografía 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* metilicilina 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 reflejada 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 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*. 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 privado 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.

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

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 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 el informe médico pericial elaborado a instancias de la compañía aseguradora de la Administración 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 correduría de seguros 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 necesario nexo causal entre el funcionamiento del servicio sanitario público y los daños alegados".

18. Mediante oficio de 19 de noviembre de 2014, V. E. solicita a este Consejo que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento seguido.

El Pleno del Consejo Consultivo, en sesión celebrada el día 22 de diciembre de 2014, emite dictamen en el que pone de manifiesto la necesidad de retrotraer el procedimiento señalando que "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". Asimismo se identifica la necesidad de incorporar al

expediente "las estadísticas de niveles de infección del centro hospitalario" relativas a casos de catéter epidural.

19. Con fecha 23 de enero de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario solicita a la Gerencia del Área Sanitaria IV la siguiente documentación: a) Informe de la Unidad del Dolor del Hospital "X" "sobre los hechos descritos en la reclamación y, en concreto, sobre la asistencia prestada a la reclamante en dicha Unidad entre los meses de abril y agosto de 2010". b) Estadísticas elaboradas por el Servicio de Medicina Preventiva del hospital citado "sobre infección de catéter epidural en el centro, ya que las aportadas se refieren a casos de catéter central". c) Informe del Servicio de Neurocirugía del referido centro "sobre si el hecho de que la reclamante fuera portadora de *Staphylococcus aureus* en agosto de 2010 incide de algún modo en el incremento de riesgo de infección por intervención quirúrgica y si esta circunstancia debía haberse tenido en cuenta como riesgo específico de la paciente e incluso si las intervenciones posteriores podían resultar desaconsejadas".

20. Mediante oficio de 5 de marzo de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario reitera a la Gerencia del Área Sanitaria IV la solicitud de documentación.

21. El día 4 de marzo de 2015, el Director del Hospital "X" remite al Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario los informes solicitados.

En el emitido por el Jefe del Servicio de Neurocirugía el 24 de febrero de 2015 se indica que "el hecho de tener un cultivo positivo para *Staphylococcus aureus* en un catéter epidural en agosto de 2010 no contraindica la cirugía ni incrementa el riesgo quirúrgico, ya que podría ser incluso un cultivo contaminado por la piel, no indicando con ello que la paciente fuera portadora.

En cuanto a la indicación de la cirugía, se realizó porque se habían agotado las medidas conservadoras”.

La Unidad de Anestesia y Reanimación del Hospital “X” se limita a aportar un informe clínico de seguimiento relativo a una consulta externa realizada el 24 de enero de 2014. En él consta que la paciente es “tratada en la Unidad del Dolor, desde abril de 2010, por lumbalgia crónica severa (...). Por nuestra parte se instaura tratamiento médico con varios antiinflamatorios no esteroideos (...). La paciente no refiere mejoría, por lo que se programa para tres bloqueos epidurales lumbares analgésicos (...) y dos bloqueos facetarios lumbares derechos./ Tras revisión y evaluación del dolor, al no referir mejoría (...), se envía al Servicio de Neurocirugía para valorar si cumple criterios de cirugía, siendo ingresada en dicho Servicio en octubre de 2010”.

La Jefa del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública suscribe un informe, sin fechar, en el que manifiesta que “la paciente portaba el catéter en el ámbito domiciliario, por lo que no se puede achacar la colonización de la piel y la potencial contaminación del catéter a la práctica intrahospitalaria: podría adquirirse en la realización de la higiene personal, o a través de las manos de cuidadores domiciliarios”, etc. Añade, “respecto a las infecciones de catéter epidural en el hospital”, que “es necesario recordar que para que una infección sea considerada hospitalaria han de pasar como mínimo 48 horas desde el ingreso. La retirada de los catéteres epidurales suele ser precoz, y precisamente por ello la monitorización de estos catéteres no se considera relevante en ningún hospital y no está indicada por las guías de prevención de infección actuales (...). Tras revisar las meningitis asociadas a catéter epidural” en el hospital “en los últimos 4 años solo se documenta 1 caso -que no se corresponde con la demandante-, que por otra parte tuvo una bacteriemia que parece relacionada con una infección urinaria adquirida en la comunidad (no hospitalaria), puesto que el diagnóstico al ingreso era sepsis urinaria”. Concluye que la reclamante “portaba un catéter en domicilio que pudo colonizarse a partir de la propia flora de la piel (...); esta colonización no es achacable al

ámbito hospitalario, puesto que (...) no estaba ingresada” y porque el *Staphylococcus aureus* meticilin sensible “es un microorganismo ubicuo en ámbitos extrahospitalarios”.

22. Mediante escrito notificado a la reclamante el 25 de marzo de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario le concede un segundo trámite de audiencia.

23. El día 9 de abril de 2015, la perjudicada presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito en el que manifiesta que “el informe de la Unidad del Dolor emitido el 11-2-15 (...) no refiere la realización de ningún acto para prevenir la aparición de infecciones en el curso de la ejecución de los bloqueos epidurales y facetarios, por lo que se presume que no fueron realizados tales actos./ Por otro lado, el informe no responde a las cuestiones planteadas por el Consejo Consultivo ni hace mención alguna, como se pedía, a la posibilidad de que la infección hubiera sido contraída en el momento de la práctica de los bloqueos”.

Añade que “el Servicio de Medicina Preventiva, al que únicamente se le pregunta por las estadísticas de infección de catéter epidural en el centro, emite un extenso informe sin fechar (...) en el que trata de desdecirse de lo dicho en su anterior informe de 7-4-14”, en el que afirmaba que “no es por tanto posible determinar cuándo se origina la infección de la paciente, pero lo que podemos afirmar es que es anterior a la intervención (...) y al periodo de hospitalización (...), dado que ya existen cultivos positivos con anterioridad a estas fechas de los que no podemos determinar su origen último”. Sin embargo, en el informe que ahora se emite se aporta una nueva conclusión al precisar que la paciente “portaba un catéter en el domicilio que pudo colonizarse a partir de la propia flora de la piel (...); esta colonización no es achacable al ámbito hospitalario, puesto que la paciente no estaba ingresada y porque (el *Staphylococcus aureus* meticilin sensible) es un microorganismo

ubicuo en ámbitos extrahospitalarios”. Subraya que “resulta sorprendente que este argumento no se esgrimiera en primer término, achacando ahora la infección al ámbito extrahospitalario, y en concreto a mi domicilio. Conviene recordar que antes de los bloqueos no existía ninguna infección (así lo muestra la gammagrafía de 2-06-10 y la resonancia magnética de columna lumbosacra de 11-06-10) (...). En mi domicilio el catéter permanecía tapado, por lo que es imposible que pudiera ser contaminado, y es en la Unidad del Dolor donde se destapaba y se procedía a su manipulación. Es evidente que el catéter se colocó para los bloqueos facetarios y epidurales en la Unidad del Dolor y fue ahí donde se produjo la infección”.

Indica que “en cuanto a la estadística sobre la infección de catéter epidural en el centro (...) se afirma que la `monitorización de estos catéteres no se considera relevante´ (...), por lo que se reconoce de manera indirecta que no existe estadística sobre la infección de catéter epidural, y por tanto no puede esgrimirse como argumento la baja incidencia de esta infección” en el Hospital “X”. Se aporta “el dato de 1 caso de meningitis asociada a catéter epidural en los 4 últimos años, que no es el caso que aquí se discute, por lo que resulta irrelevante./ Por último (...), se afirma que la paciente tuvo una bacteriemia que parece relacionada con una infección urinaria adquirida en la comunidad (...). A este respecto se debe aclarar que el diagnóstico de sepsis urinaria se descartó con el cultivo de orina, que dio negativo. Sin embargo, el hemocultivo dio positivo a *Staphylococcus aureus*”.

Entiende que las aseveraciones contenidas en el informe del Servicio de Neurocirugía de que “el hecho de tener un cultivo positivo para *Staphylococcus aureus* en un catéter epidural en agosto de 2010 no contraindica la cirugía ni aumenta el riesgo quirúrgico (...), no indicando con ello que la paciente fuera portadora”, se contradicen con el informe emitido el 14 de julio de 2014 a instancias de la compañía aseguradora, en el que se señala que “lo que está claro es que la paciente era portadora”. Concluye que “si aceptamos lo que el Servicio de Neurocirugía argumenta (la paciente no era portadora) entonces la

infección se produjo durante las intervenciones quirúrgicas (...), siendo igualmente una infracción de la *lex artis*".

Pone de relieve que "la profilaxis con Kefol 2 gr en las intervenciones quirúrgicas no garantiza inmunidad frente al *Staphylococcus aureus*".

No comparte la afirmación de la propuesta de resolución de que "la neuropatía no guarda relación con la asistencia" y estima que "la afectación del nervio ciático, con la clínica de pie equino, está claramente relacionada con la artrodesis lumbar. Apareció después de la segunda intervención, requirió tratamiento rehabilitador hasta el segundo ingreso en UVI y desapareció después de la retirada del material de artrodesis".

24. Mediante oficio de 10 de abril de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario traslada a la correduría de seguros una copia de las alegaciones presentadas.

25. Con fecha 28 de abril de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio. Sobre el tratamiento recibido en la Unidad del Dolor, manifiesta que "hay que resaltar que el bloqueo epidural es una técnica que no requiere profilaxis antibiótica previa". Precisa que, según el informe del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, "solamente se reporta un caso de meningitis en 4 años de utilización de la técnica" y que "la interesada se limita a culpar al servicio público sanitario de la infección del catéter solamente porque la técnica fue realizada" en el Hospital "X" y que en "su domicilio el catéter se encontraba tapado", a pesar de que el "*Staphylococcus aureus* es un germen ubicuo en el medio extrahospitalario que habita en la piel. El tapado del catéter no evita que el germen provoque una infección del catéter accediendo desde la piel".

Respecto al pretendido carácter contradictorio de los informes del Servicio de Neurocirugía y del emitido a instancias de la compañía aseguradora

en lo relativo a la condición de la reclamante como portadora del germen, sostiene que, "cualquiera que fuera la circunstancia, no aumentaba el riesgo de infección". Señala que "la posibilidad de infección es un riesgo inherente a todas las intervenciones quirúrgicas, y más si hay reintervención como en este caso", resaltando que la reclamante "firmó los documentos de consentimiento informado".

Reconoce que "es cierto, como afirma la interesada, que la profilaxis antibiótica preintervención no asegura inmunidad frente al *S. aureus*, pero es lo adecuado según la evidencia científica en este tipo de intervenciones. Si no se administrase el riesgo de infección sería muchísimo mayor".

Por último, y aunque la perjudicada "atribuye la neuropatía del nervio ciático poplíteo externo a la artrodesis vertebral realizada", especificando "que cedió tras la retirada del material de artrodesis", pone de relieve que en la electromiografía realizada "el 4-10-2010 se habla de un compromiso radicular lumbosacro causante de una radiculopatía mixta, lo que constituye la materialización de un riesgo típico de la cirugía de artrodesis lumbar que la paciente conocía y asumió, puesto que firmó el documento de consentimiento informado donde figura la posibilidad de producción de este tipo de lesión".

26. En este estado de tramitación, mediante escrito de 25 de mayo de 2015, 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.

Sin embargo, apreciamos que el informe evacuado por la Unidad de Anestesia y Reanimación del Hospital "X" es deficiente, pues se limita a relatar o reproducir la realidad que ya se recoge en la historia clínica sin abordar explícitamente las imputaciones vertidas en el escrito de reclamación. Pese a ello, no se estima pertinente en este momento la retroacción de las actuaciones, toda vez que el resto de la documentación incorporada al expediente permite un pronunciamiento de fondo sobre la controversia que se suscita.

Asimismo, se observa 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.

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.- La reclamante imputa a la Administración sanitaria el daño derivado de las complicaciones padecidas tras la realización de varios bloqueos epidurales y facetarios entre abril y agosto de 2010 y de dos intervenciones quirúrgicas de columna lumbar los días 19 de octubre y 29 de noviembre del mismo año, tras los cuales ha experimentado un proceso infeccioso y una neuropatía.

Resultan acreditadas en el expediente las dificultades surgidas con posterioridad a la práctica de los bloqueos y las cirugías señaladas, que llevaron “a la paciente a (la) UCI en dos ocasiones diferentes y a presentar metástasis sépticas de endocardio (...) y en hombros (...), además de a nivel local con espondilodiscitis L3 y L4 y sacroileítis derecha”. Además, “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* (...) y toxicidad medular con anemización”. También consta en la historia clínica de la paciente que padece una neuropatía del nervio ciático poplíteo externo. Resulta probada por tanto la efectividad del daño alegado en los términos que aquella plantea, sin perjuicio de la valoración que quepa efectuar en el caso de que se concluya que concurren los requisitos legales para una declaración de responsabilidad patrimonial.

Ahora bien, la mera constatación de un daño real, efectivo, individualizado, evaluable económicamente y surgido 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 el daño alegado

tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público.

Como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, 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 sufra 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 que se obtengan los resultados concretos pretendidos.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado 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.

De los hechos relatados se desprende que la reclamante, diagnosticada de lumbalgia crónica severa, es atendida desde abril de 2010 en la Unidad del Dolor del Hospital "X", donde se le administró tratamiento farmacológico y se le realizaron tres bloqueos epidurales y dos facetarios. El 25 de agosto de 2010 se le retira una punta de catéter que es enviada a bacteriología y arroja un resultado positivo para *Staphylococcus aureus* meticilin sensible. Debido al

empeoramiento de su sintomatología es intervenida el 19 de octubre de 2010, practicándosele una "laminectomía L3 y L4 con liberación central y de las raíces L3 y L4 bilaterales". El 29 de noviembre de 2010 se le realiza una nueva operación, "procediéndose a una amplia liberación radicular con facetectomía y fijación transpedicular a nivel de L3 y L5 bilateral". El 27 de enero de 2011 la perjudicada acude al Servicio de Urgencias mostrando síntomas de shock séptico, por lo que se decide su ingreso. Durante el mismo se confirma la infección por *Staphylococcus aureus* meticilin sensible. Permanece en la UCI hasta el día 23 del mes siguiente, cuando es trasladada al Hospital "Y", donde realiza fisioterapia "llegando a deambular sola con ayuda de bastón". El 1 de mayo de 2011 ingresa de nuevo en el Hospital "X" por presentar, entre otros síntomas, fiebre. Se instaura tratamiento antibiótico y el día 23 del mismo mes se le realiza una artrotomía y lavado de hombro, volviendo a aislarse el *Staphylococcus aureus*. Durante el ingreso aparece una "paresia del (nervio) ciático poplíteo externo" izquierdo. La paciente recibe el alta el 21 de junio de 2011, pero el 19 de noviembre del mismo año vuelve a ingresar en la UCI del referido hospital "por inestabilidad hemodinámica" secundaria a sepsis por *S. aureus* meticilin resistente. El 1 de diciembre de 2011 se extrae definitivamente el material de artrodesis y el día 21 la reclamante abandona la UCI y es ingresada en el Servicio de Medicina Interna, donde continúa el tratamiento antibiótico. El 3 de febrero de 2012 es trasladada al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. En el informe de alta de enfermería de dicho Servicio se hace constar que es "parcialmente dependiente para las actividades de la vida diaria". El 5 de febrero de 2013 obtiene el alta por el cuadro de sepsis, aunque el tratamiento antibiótico se prolonga hasta el día 20 de ese mes.

Inicialmente, la interesada considera que los daños sufridos "tienen su origen en la infección por *Staphylococcus aureus* contraída en las intervenciones quirúrgicas de la columna lumbar". Sin embargo, el Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del Hospital "X" señala 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". Además, el informe técnico de evaluación 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". En el mismo sentido, el informe pericial elaborado a instancias de la compañía aseguradora manifiesta que "está claro (...) que la paciente era portadora, dado que todos los cultivos previos (catéter epidural) (...) fueron siempre positivos para *S. aureus*".

Visto lo anterior, la reclamante modifica el título inicial de su imputación y atribuye la infección a la práctica de los bloqueos facetarios y epidurales realizados. Ante tal afirmación este Consejo Consultivo emite su dictamen Núm. 292/2014, en el que considera necesaria la acreditación de la realización "de cualesquiera actos que pudieran resultar convenientes para prevenir la aparición de infecciones en el curso de la ejecución de los bloqueos", y la emisión de un informe "sobre la posibilidad de que la infección hubiera sido contraída en el momento de la práctica" de aquellos. Como ya adelantamos en nuestra consideración cuarta, el informe emitido por la Unidad de Anestesia y Reanimación no responde de forma adecuada a las cuestiones planteadas. No obstante, el suscrito por la Jefa del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública aclara que "la paciente podía ser portadora" del *Staphylococcus aureus* meticilin sensible "y a partir de su piel contaminar el catéter en la retirada del mismo". Añade que la reclamante "portaba el catéter en el ámbito domiciliario, por lo que no se puede achacar la colonización de la piel y la potencial contaminación del catéter a la práctica intrahospitalaria: podría adquirirse en la realización de la higiene personal, o a través de las manos de cuidadores domiciliarios", etc. Indica, además, que "para que una infección sea considerada hospitalaria han de pasar como mínimo 48 horas desde el ingreso". Concluye que la "colonización no es achacable al ámbito hospitalario, puesto que la paciente no estaba ingresada" y porque el *Staphylococcus aureus* meticilin sensible "es un microorganismo ubicuo en ámbitos extrahospitalarios".

La perjudicada afirma que en su "domicilio el catéter permanecía tapado, por lo que es imposible que pudiera ser contaminado". Frente a ello, la propuesta de resolución sostiene que "el tapado del catéter no evita que el germen provoque una infección del catéter accediendo desde la piel". A la vista de lo expuesto, no podemos afirmar que la infección por *Staphylococcus aureus* se haya producido claramente en el ámbito hospitalario. Tampoco existe una identificación clara del momento en el que se produce aquella, pues la presencia de la bacteria se manifiesta por primera vez el 26 de agosto de 2010. La reclamante expone que "antes de los bloqueos no existía ninguna infección (así lo muestra la gammagrafía de 2-06-10 y la resonancia magnética de columna lumbosacra de 11-06-10)". Debe entenderse, por tanto, que la infección se origina en algún momento entre el 11 de junio y el 26 de agosto de 2010, espacio de tiempo durante el cual se realizan los bloqueos, pero que por sí solo no acredita que la infección se haya producido por la práctica de los mismos. Por otro lado, la interesada considera que la ausencia de explicación en el informe del Servicio actuante sobre el empleo de medidas preventivas de infecciones en la ejecución de los bloqueos epidurales y facetarios implica la falta de adopción de aquellas. Sin embargo, tal afirmación no puede ser aceptada sin más, debiendo recordarse que la propuesta de resolución destaca que "el bloqueo epidural es una técnica que no requiere profilaxis antibiótica previa". La reclamante también señala que "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". En este sentido resulta conveniente advertir que la perjudicada es anestesista jubilada del mismo centro donde se realizaron las intervenciones, por lo que es difícil de creer que no conocía los riesgos de tales prácticas. Por último, la interesada pone de relieve que "a posteriori tampoco se me informó de que estaba infectada por *S. aureus*, incomprensiblemente se silencia por parte de los servicios sanitarios". No obstante, el informe pericial emitido a instancias de la compañía aseguradora resalta que detectada la infección el 26 de agosto de

2010 se trató con “Ciprofloxacino 750 mg/12 h durante 14 días”, por lo que la implantación de este tratamiento impide otorgar a la reclamante la condición de desconocedora de la infección que padecía.

En cuanto a la estadística aportada inicialmente al expediente por el Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública sobre enfermedades transmisibles en el medio hospitalario que afirmaba que “la tasa está por debajo del valor considerado como estándar”, la interesada manifiesta que aquella se refiere a casos de “catéter central, no de catéter epidural, como el (...) que nos ocupa”. En este sentido, nuestro Dictamen Núm. 292/2014 identificó la necesidad de incorporar las estadísticas relativas a los casos de catéter epidural. Según el nuevo informe emitido, “la retirada de los catéteres epidurales suele ser precoz, y precisamente por ello la monitorización de estos catéteres no se considera relevante en ningún hospital y no está indicada por las guías de prevención de infección actuales”. Por tanto, tal y como reseña la reclamante, es posible concluir que “no existe estadística sobre la infección del catéter epidural”, lo cual no parece contradecir lo señalado en las guías de aplicación. En cualquier caso, el propio Servicio aporta un dato estadístico sobre la incidencia de esta infección en el Hospital “X” al indicar que “tras revisar las meningitis asociadas a catéter epidural (...) en los últimos 4 años solo se documenta 1 caso”.

Ahora bien, con independencia de la forma y lugar en que se contrajo la infección, lo cierto es que el *Staphylococcus aureus* se aisló con carácter previo a la realización de las intervenciones quirúrgicas, y este Consejo consideró conveniente en aquel dictamen que se emitiera un informe sobre la relevancia de este dato “en el curso de todo el episodio”. A tal efecto, el Jefe del Servicio de Neurocirugía informa que “el hecho de tener un cultivo positivo para *Staphylococcus aureus* en un catéter epidural en agosto de 2010 no contraindica la cirugía ni aumenta el riesgo quirúrgico, ya que podría ser incluso un cultivo contaminado por la piel, no indicando con ello que la paciente fuera portadora”, y precisa que la cirugía estaba indicada. La reclamante alega que

esta afirmación resulta contradictoria con el informe pericial emitido a instancias de la compañía aseguradora, en el que se asegura que “lo que está claro es que la paciente era portadora”. Entiende que “si aceptamos lo que el Servicio de Neurocirugía argumenta (la paciente no era portadora), entonces la infección se produjo durante las intervenciones quirúrgicas (...), siendo igualmente una infracción de la *lex artis*”. A la observación realizada por la perjudicada debemos añadir que la Jefa del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública señala en su informe que “la paciente podía ser portadora” del *Staphylococcus aureus* meticilin sensible “y a partir de su piel contaminar el catéter en la retirada del mismo”. Ello pone de manifiesto una controversia técnica sobre la que este Consejo no puede pronunciarse: si la presencia del *Staphylococcus aureus* en la piel de una persona implica o no que aquella sea portadora del mismo. La hipótesis de que la paciente no fuera portadora en el momento en el que se produjeron las intervenciones quirúrgicas de columna lumbar nos obliga a examinar, como bien indica aquella, las circunstancias en las que estas se realizaron.

Al respecto, el informe técnico de evaluación señala 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)”. Además, en la historia clínica de la paciente constan debidamente firmados los documentos de consentimiento informado para ambas intervenciones en los que se explicita el riesgo de infección. La reclamante manifiesta que “los documentos de consentimiento informado (...) no recogían ningún tipo de riesgo personalizado, lo cual hubiera sido necesario a la vista de que ya había sido infectada por *Staphylococcus aureus*”. Sin embargo, como ya señalamos, el informe emitido por el Jefe del Servicio de Neurocirugía refiere que “el hecho de tener un cultivo positivo para *Staphylococcus aureus* (...) no (...) aumenta el riesgo quirúrgico”. Por otra

parte, la perjudicada también alega que “la profilaxis con Kefol 2 gr en las intervenciones quirúrgicas no garantiza inmunidad frente al *Staphylococcus aureus*”. La propuesta de resolución reconoce que “es cierto, como afirma la interesada, que la profilaxis antibiótica preintervención no asegura la inmunidad frente al *S. aureus*, pero es lo adecuado según la evidencia científica en este tipo de intervenciones. Si no se administrase el riesgo de infección sería muchísimo mayor”. Por tanto, nada cabe objetar a la conducta del servicio público sanitario en cuanto a la práctica de las intervenciones realizadas.

Llegados a este punto debemos recordar que el Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública apunta la posibilidad de una causa de infección ajena a las prácticas realizadas en el ámbito hospitalario. Así, señala que “el origen de la infección (...) puede ser de causa comunitaria: infección de orina por *Staphylococcus aureus* meticilin sensible (germen encontrado tanto a nivel comunitario como hospitalario) (...). 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”. Tal y como indica la reclamante, este extremo no puede considerarse acreditado, pero sí pone de manifiesto la posibilidad de una tercera vía de infección; más aún teniendo en cuenta que aquella no se manifestó hasta el 27 de enero de 2011, casi dos meses después de la segunda intervención.

A la vista de ello queda acreditado que la perjudicada sufrió una infección por *Staphylococcus aureus* sensible a la meticilina en un inicio y resistente posteriormente que provocó una tórpida evolución de su cuadro clínico. Con los datos obrantes en el expediente parece evidente el carácter yatrogénico de la expresada infección, que sería consecuencia inseparable de la colocación y mantenimiento de los catéteres, pero ello no implica que la misma

tenga carácter nosocomial u hospitalario, pues en el periodo comprendido entre el mes de abril y el 25 de agosto de 2010 -cuando se objetivó la presencia de *Staphylococcus aureus* en la punta de un catéter- la reclamante estuvo mucho más tiempo en su domicilio, o fuera de él -pero en todo caso en lugares ajenos al hospital- que en este, y que durante ese periodo pudo también relacionarse con personas ajenas al centro hospitalario. En todo caso, resulta difícil, si no imposible, probar el momento exacto en el que se produjo la infección y también determinar si esta se contrajo en el ámbito hospitalario o en el domicilio de la interesada, resultando irrelevante a efectos del nacimiento y control de la infección el hecho de que los catéteres estuvieran o no tapados. Sin embargo, sí podemos afirmar que el servicio público de salud ajustó su actuación a la *lex artis ad hoc*, no constatándose ninguna infracción de la misma, como denuncia la reclamante, en relación a las actuaciones médicas llevadas a cabo. La Administración sanitaria prueba suficientemente la adopción de las medidas necesarias para evitar que la paciente contrajera una infección nosocomial y que se acomodó en cada momento a los protocolos establecidos a tal fin, sin que, por otra parte, se hayan aportado informes técnicos que contradigan tales aseveraciones, cuando pesa sobre la reclamante la carga de la prueba, aportación que habría permitido establecer un enriquecedor y aclaratorio debate técnico con todos los servicios médicos que han intervenido en el proceso (Medicina Interna, Neurología, Neurocirugía y Medicina Preventiva).

Por otra parte, y en la hipótesis de que la infección contraída pudiese calificarse de forma indubitada como hospitalaria, debemos recordar que el artículo 141.1 de la LRJPAC dispone que “no serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de la técnica existente en el momento de la producción de aquellos”. En estos supuestos venimos manteniendo reiteradamente la misma postura que sostiene el Consejo de Estado cuando considera (entre otros, en el Dictamen Núm. 890/2008, de 24 de julio) que, “En el actual estado

de la ciencia y de la técnica médicas, es imposible erradicar por completo el riesgo de que se produzcan infecciones nosocomiales, cualesquiera que sean las medidas profilácticas y preventivas adoptadas. Por el contrario, su incidencia es relativamente alta adoptando todas las medidas disponibles en el actual estado de la técnica. Siendo la obligación de la Administración sanitaria a este respecto una obligación de medios y no de resultado, lo que resulta exigible a aquella es proporcionar información cumplida al paciente y cumplir estrictamente los protocolos de prevención y profilaxis, incluyendo obviamente la aplicación de las debidas medidas de asepsia". Por ello en la Memoria de este Consejo correspondiente al año 2012 ya nos mostrábamos favorables a entender que este tipo de daños, inevitables conforme al actual estado de la ciencia médica, no pueden ser indemnizados con arreglo al título de la responsabilidad patrimonial, y que podrían serlo, previa modificación legal que así lo estableciera, con cargo al de "solidaridad nacional", como ocurre -citábamos allí- en Francia.

Por último, en relación con la neuropatía que sufrió la reclamante, el informe técnico de evaluación señala que se descarta "cualquier lesión del nervio durante la intervención, estando relacionada con la importante patología vertebral que la reclamante padecía". En el mismo sentido, el informe emitido a instancias de la compañía aseguradora recoge que se trata de "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 (la) 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", concluyendo que "la lesión del nervio ciático poplíteo externo no parece tener relación con la patología lumbar ni con la cirugía previa". Por ello, entendemos que la paresia del nervio ciático poplíteo padecida por la reclamante no es

consecuencia de una mala praxis médica, por lo que no existe responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria en relación con el daño alegado.

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

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.