

Expediente Núm. 129/2017
Dictamen Núm. 161/2017

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 1 de junio de 2017, 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 29 de marzo de 2017 -registrada de entrada el día 3 de abril de 2017-, 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 recibida con ocasión de complicaciones padecidas durante su embarazo y en el puerperio.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 27 de abril de 2016, la interesada presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por las lesiones padecidas como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario.

Expone que el 21 de febrero de 2013 “acude al Hospital ‘X’, gestante de 37+6 semanas, con hipertensión arterial o tensión arterial en límites altos de la

normalidad, dolor de cabeza, dolor de abdomen, fosfenos, vómitos y se diagnostica preeclampsia. Es alta con controles tensionales normales”.

Manifiesta que el 28 de febrero acude de nuevo al Servicio de Urgencias refiriendo “tensión arterial, dolor de cabeza, manchas en la visión y presencia de albúmina en la orina. El diagnóstico fue de gestación evolutiva de 39 semanas y (...) fue dada de alta con recomendaciones de control” de la tensión arterial “por parte de la matrona”.

Indica que el 7 de marzo “ingresa con carácter urgente en el Servicio de referencia por rotura prematura de membranas, el parto tiene lugar el día 8 de marzo (...) con inicio espontáneo y terminación (...) mediante cesárea por desproporción pélvico cefálica (...). Fue dada de alta el día 11 de marzo de 2013”.

Refiere que tiene que consultar de nuevo con la matrona el 12 de marzo por “37º de temperatura y malestar generalizado, pautándose tratamiento con ibuprofeno”. Los días 15, 18 y 22 de marzo acude a la matrona para “drenaje de un seroma” y continúa con “malestar general”, y el 9 de abril visita a “su médica de Atención Primaria (...) refiriendo malestar general y escotomas”, siendo citada en el especialista el 19 de abril.

Reseña que el 16 de abril acude a la matrona con “dolor lumbar fosa renal derecha y fiebre que no se resuelve con ibuprofeno”, así como “leucocitosis”, siendo derivada al Servicio de Urgencias del Hospital ‘X’, donde se le detecta una “PCR de 60,7, leucocitosis en orina, leucocitos en sangre de 9,230 y se diagnostica de infección del tracto urinario, siendo tratada con sobre de Monurol”. Añade que el 22 de abril, en la primera revisión del Servicio de Ginecología, se le pauta antibiótico y se solicita analítica y ecografía, realizándose esta última al día siguiente “mientras la paciente refiere dolor abdominal”. El 3 de mayo acude a un nuevo a control en este Servicio y menciona “que se sigue encontrando mal”, pero la exploración “se manifiesta (...) como normal, persistiendo elevación de la temperatura”.

Precisa que el 4 de mayo vuelve a Urgencias “con relación a cuadro de fiebre de 20 días de evolución (...), tos seca, dolor torácico punzante y de

carácter intermitente (...), exantema en brazos y tronco". Es diagnosticada de "fiebre a estudio" y tratada "solamente con paracetamol y Codeisan", y reseña que al día siguiente ingresa "nuevamente a través del Servicio de Urgencias, pasando a planta. Se lleva a cabo estudio TC abdominal y pélvico que se informa como infarto esplénico". Subraya que en el informe del Laboratorio del Hospital "X" de 8 de mayo se recoge que "el hemocultivo demuestra la presencia de *Enterococcus faecalis*", y en el informe de la ecocardiografía de 7 de mayo de 2013 que "el estudio de imagen es compatible con endocarditis aórtica, VI levemente dilatados, función sistólica dentro de la normalidad", solicitándose ecocardiografía transesofágica que muestra "datos compatibles con endocarditis, insuficiencia aórtica severa masiva".

Señala que el 20 de mayo "es intervenida en el Hospital 'Y' para recambio valvular aórtico por prótesis biológica, siendo alta con fecha 20 de junio de 2013", y que "se controla por parte del Servicio de Cardiología después de la cirugía cardíaca, encontrándose la paciente en fase funcional II/IV de la NYHA, presentando dolor con relación a la esternotomía, con un diagnóstico de depresión exógena". Añade que el 14 de octubre de 2013 "se diagnostica infarto lacunar subcortical frontal izquierdo clínicamente silente en el contexto de endocarditis bacteriana. Se mantiene antiagregación", y alude al informe del Servicio de Salud Mental del Hospital "X" de 14 de enero de 2016, según el cual la interesada padece un "trastorno mixto ansioso-depresivo".

Entiende que los síntomas que presentaba cuando acudió a Urgencias en febrero de 2013 constituían "indicación de inducción al parto", y que la "septicemia" de la que fue diagnosticada el día 6 de mayo de 2013 "es la responsable del infarto esplénico, el infarto cerebral y la endocarditis que obliga al recambio valvular aórtico".

Afirma que "como consecuencia de la deficiente atención medica recibida por los Servicios de Salud del Principado de Asturias (...) sufre las siguientes lesiones y secuelas: Trastorno depresivo reactivo./ Prótesis valvular./ Infarto esplénico (33%) (sin afectación hematológica)./ Perjuicio estético ligero (cicatriz torácica, ampliamente visible en una paciente del sexo femenino)".

Solicita una indemnización de noventa y siete mil seiscientos sesenta y seis euros con noventa céntimos (97.676,90 €), desglosados en los siguientes conceptos: "32+6 puntos" de secuelas, 60.355,20 €; 46 días de ingreso hospitalario, 162 días impeditivos y 232 días de baja no impeditiva, 17.321,70 €, y daño moral, 20.000 €.

Adjunta a su escrito los siguientes documentos: a) Diversos informes médicos del Hospital "X" y del Hospital "Y". b) Denuncia formulada ante el Juzgado de Instrucción de Gijón contra el Servicio de Salud del Principado de Asturias el 13 de diciembre de 2013. c) Auto del Juzgado de Instrucción N.º 2 de Gijón de 3 de marzo de 2015, por el que se decreta el "sobreseimiento provisional", procediéndose al archivo de las actuaciones. Se notifica a la interesada el 5 de marzo de 2015. En él se indica que "los dos informes médicos forenses obrantes en las actuaciones refieren que (...) fue tratada conforme a la *lex artis* en el momento del parto y durante el ingreso derivado del mismo". Así, se concreta en el último informe que "se puede descartar la estancia hospitalaria como desencadenante del proceso infeccioso" (...). Reseña (...) el informe médico forense de fecha 27 de febrero de 2015 que el antibiótico de amplio espectro que le fue suministrado (...) ha de ser considerado "lo normal en dichas infecciones, quedando reservado el cultivo para infecciones de repetición y/o complicaciones devenidas en el proceso" (...). "Que a resultas de la cesárea únicamente tuvo un seroma que se resolvió sin complicaciones" (...). Concluye, asimismo, el mencionado informe en la imposibilidad de establecer un nexo causal entre la infección urinaria y la endocarditis posterior, pues, siendo una posibilidad, no permite descartar otras igualmente factibles: "puede ser la infección (*sic*) urinaria sea conjuntamente el resultado de afectación por un foco infeccioso proveniente (*sic*) de otro lugar orgánico (el 9 de abril consta en el folio 12 "estado dental", desconociendo qué prácticas bucodentales se hayan podido realizar y no desdeñando que cualquier manipulación bucodentaria, incluso limpiezas, puede ser origen de infecciones por *Enterococcus*". d) Auto del Juzgado de Instrucción N.º 2 de Gijón de 16 de marzo de 2015, por el que se desestima el recurso de reforma interpuesto contra el anterior, que se ratifica en

su integridad. e) Auto de la Sección 8.^a de la Audiencia Provincial de Asturias de 5 de mayo de 2015, por el que se desestima “el recurso de apelación interpuesto”, confirmando dicha resolución. Se notifica a la interesada el 11 de mayo de 2015.

2. Mediante oficio de 6 de mayo de 2016, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios traslada la reclamación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

3. Con fecha 10 de mayo de 2016, el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios solicita a la Gerencia del Área Sanitaria V una copia de la historia clínica relativa al proceso de referencia, así como un informe de los Servicios de Urgencias, de Ginecología y de Infecciosas sobre el concreto contenido de la reclamación.

4. El día 12 de mayo de 2016, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica a la reclamante la fecha de recepción de su reclamación en el referido Servicio -27 de abril de 2016-, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

5. Obra incorporado al expediente un escrito de la interesada -registrado en la Administración del Principado de Asturias el 25 de mayo de 2016- en el que comunica el domicilio en el que a partir de entonces deberán efectuarse las notificaciones.

6. Con fecha 7 de junio de 2016, el Gerente del Área Sanitaria V remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios la historia clínica de la paciente relativa al proceso de referencia y los informes emitidos por los Servicios de Urgencias, de Obstetricia y Ginecología y por el Director de la Unidad de Gestión clínica de Medicina Interna (Servicio de Infecciosas).

La historia clínica obrante en el Hospital "X" contiene, entre otros, los siguientes documentos: a) Informe del Servicio de Obstetricia, de 21 de febrero de 2013, en el que consta que la paciente (gestante de 37+6 semanas) ingresa "para observación" el 19 de febrero de 2013 "por cefalea, fosfenos, edemas en MMII, vómitos y TA en límites". Se indica que es alérgica a la penicilina y derivados y que la gestación está siendo controlada en el Hospital "X", "sin incidencias". Se realiza analítica que resulta "normal (...). Evoluciona favorablemente y los controles de TA son normales, siendo dada de alta el día 21-2-2013" con la recomendación de control de la tensión arterial por su matrona. b) Parte de consulta y hospitalización, de 28 de febrero de 2013, en el que figura gestación de 39 semanas con TA elevada que refiere "cefalea y visión borrosa en la tarde de ayer". La matrona remite a la paciente al hospital para valoración. c) Informe del Servicio de Urgencias, de 5 de marzo de 2013, en el que se consigna que acude a este Servicio en la semana 39+5 derivada por la matrona por aumento de la tensión arterial. Refiere "encontrarse mareada (lo cual le pasa, dice, cuando le sube la TA). No fotopsias, no epigastralgia. No sangrado. No pérdida de líquido. Nota contracciones irregulares, no dolorosas./ Además refiere tener edema en MMSS y MMII que han ido en aumento". Es diagnosticada de "hipertensión transitoria del embarazo". d) Informe obstétrico en el que se señala que la paciente ingresa el 7 de marzo de 2013 por "rotura prematura de membranas". El inicio del parto es "espontáneo", siendo necesaria su terminación mediante "cesárea" por "desproporción pélvico-cefálica". El parto se produjo el 8 de marzo de 2013 y "el desarrollo del puerperio tiene lugar de forma favorable con desarrollo normal de todos sus aspectos". Figura como fecha del alta el 11 de marzo de 2013. e) Consentimiento informado para analgesia epidural, de 8 de marzo de 2013, en el que se indica de forma manuscrita "obesidad 110 kg". f) Informe del Servicio de Cardiología, de 15 de mayo de 2013, en el que se señala que la paciente, "sin antecedentes cardiológicos previos", ingresa el 5 de mayo de 2013 por "cuadro febril a estudio". Tras cesárea en mayo de 2013 "presenta una bacteriemia *por Enterococcus faecalis*, produciendo una endocarditis sobre válvula aórtica con

insuficiencia aórtica severa-masiva. Se inicia el 6-6-2013 (tratamiento) antibiótico con Vancomicina y Gentamicina con controles farmacocinéticos y (...) los cultivos posteriores al (tratamiento) fueron negativos. A pesar de su insuficiencia aórtica tan severa hemodinámicamente está estable. Y los cuadros embólicos, que no tuvieron secuelas, sucedieron antes de iniciar el (tratamiento) médico actual. Se presenta el caso en (sesión médico quirúrgica y se decide el traslado a la U. de Endocarditis del (Hospital `Y´), continuando el (tratamiento) antibiótico y recambio valvular en el momento adecuado". El 17 de mayo recibe el alta médica con tratamiento antibiótico y medicación para la "depresión exógena" que presenta. g) Informe de alta del Servicio de Cirugía Cardíaca del Hospital "Y" en el que se consigna que la paciente ingresa el 17 de mayo de 2013 procedente del Hospital "X" "para cirugía" con el diagnóstico de "endocarditis sobre válvula aortica". El día 20 de mayo de 2013 "se realiza un recambio valvular aórtico por prótesis EPIC n.º 21 (biológica), ampliación del anillo aórtico hasta velo mitral y cierre con parche de pericardio autólogo". La intervención transcurrió "sin problemas, así como su estancia en la REA, donde presentó un neumotórax derecho que requirió drenaje torácico". Se indica que la evolución es "favorable" y que completa el tratamiento con antibióticos, siendo los cultivos negativos. Durante su estancia permanece "afebril, estable hemodinámicamente y asintomática". El 20 de junio de 2013 recibe el alta médica. h) Informe del Servicio de Cardiología del Hospital "X", de 19 de diciembre de 2014, en el que consta que la paciente acude a revisión, encontrándose "estable y asintomática" desde el punto de vista cardiovascular. Se indica electrocardiograma en marzo de 2015 en el (Hospital "Y") y revisión en esta consulta a los 12 meses.

El informe elaborado por la Jefa del Servicio de Urgencias del Hospital "X" el 31 de mayo de 2016 se limita a reproducir la información obrante en la historia clínica sobre las visitas realizadas a dicho Servicio por la paciente los días 16 de abril y 4 de mayo de 2013. Así, señala que el 16 de abril acude por "fiebre y disuria de 5 días de evolución, siendo la exploración "normal, salvo dolor en fosa renal" derecha, precisando que "había empezado tratamiento ambulatorio con AINES cada 8 h". Se toma la temperatura (37,7 °C) y se hace una analítica

que mostró una PCR de 60,7 mg/L y en la orina 45-50 leuc./campo. Diagnosticada de ITU se le dio el alta, pautándosele antitérmicos y antibióticos. El 4 de mayo acude de nuevo a Urgencias por "fiebre de 20 días de evolución", indicándose que posteriormente fue "vista por Ginecología con ecografía y cambio de tratamiento antibiótico sin mejoría". Persiste la fiebre, refiriendo "tos seca, dolor torácico punzante intermitente", y a la exploración presenta "abdomen distendido, dolor a la palpación en ambas fosas ilíacas sin defensa". La auscultación cardiopulmonar fue normal y la exploración neurológica también. Refleja que, "valorada por Ginecología, descarta patología ginecológica" y que "comentado" con Medicina Interna "se decidió observación domiciliaria con extracción de hemocultivos y consulta en Unidad de Infecciosas". Añade que el 5 de mayo ingresa "por deterioro de su situación general con fiebre de 38,6 °C".

En el informe suscrito por la Jefa del Servicio de Obstetricia y Ginecología el 6 de junio de 2016, tras reseñar el curso clínico de la paciente, se indica que "ha tenido una endocarditis aórtica con insuficiencia severa-masiva que ha precisado una prótesis aórtica biológica" y parece ser que "la causa más probable de la endocarditis" es un "*Enterococcus faecalis* (...) multirresistente" que creció en los hemocultivos realizados. Explica que "esta bacteria es un comensal gastrointestinal y la infección se suele producir en ambiente hospitalario en procedimientos intervencionistas (catéteres intravenosos o sondajes urinarios). Es un germen con un elevado índice de resistencia a los antibióticos y su tratamiento de elección son las penicilinas y derivados (...). En el caso que nos ocupa el (*Enterococcus faecalis*) solo era sensible a Ampicilina y Vancomicina (...). Desgraciadamente la paciente es alérgica a (la) penicilina y derivados". Comenta que "durante su ingreso hospitalario en el proceso de parto no hubo ningún síntoma de signo de infección puerperal. Se le administró antibiótico Clindamicina como prevención de infecciones tras 18 horas de rotura prematura de membranas, según protocolo (...). Cuando acudió a la consulta de Tología se le trató de nuevo con otros dos antibióticos, Clindamicina y Eritromicina, pero (...) la bacteria (*Enterococcus faecalis*) de la paciente era resistente a estos fármacos. Tanto los cultivos vaginales como los endocervicales

recogidos en la consulta y en el ingreso del 5 de mayo no hubo crecimiento bacteriano". Concluye que "se trata de una paciente infectada por una bacteria multirresistente cuyo tratamiento de elección es un tipo de penicilina a la cual es alérgica. A pesar de haber utilizado tres antibióticos distintos en cuatro ocasiones diferentes antes del último ingreso hospitalario, estos no fueron eficaces para dicha bacteria".

En el informe emitido por el Director de la Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna (S. Infecciosas), de 7 de junio de 2016, tras analizar la asistencia dispensada a la paciente, se señala, en relación al *Enterococcus*, que "es un microorganismo que habita en el intestino y es responsable de hasta el 10% de infecciones urinarias en nuestro ámbito". Por otro lado, manifiesta que "la endocarditis es una entidad muy infrecuente durante el embarazo o el puerperio. Solamente hemos encontrado un caso descrito en la literatura de una infección similar". Añade que "en una revisión sobre infecciones graves por *Enterococcus* (...) encuentran 7 endocarditis y en 23 ocasiones no se encontró el origen de la infección -bacteriemia primaria-. El 91% de los pacientes con infecciones graves por *Enterococcus* padecían enfermedades subyacentes entre las que no se encuentra el parto o puerperio. Se describen dos casos de endometritis y 3 en relación con infección de la herida quirúrgica. En el caso que nos ocupa el cultivo de cérvix mostró una flora bacteriana normal y en el TC abdominal no había signos de infección en la herida". En cuanto a los síntomas de esta infección, "son inespecíficos, febrícula o fiebre no elevada, malestar general, dolores articulares, común a los procesos inflamatorios e infecciosos más comunes, lo que hace que no se soliciten hemocultivos y la demora habitual suele ser sobre 3-4 semanas". Afirma que "la actuación fue correcta, en cada momento se tomaron las precauciones necesarias, los datos procedentes de los análisis y los cultivos microbiológicos no hicieron sospechar esta grave enfermedad". Adjunta abundante bibliografía sobre el tema de referencia.

7. Con fecha 22 de junio de 2016, la Directora General de Política Sanitaria remite una copia del expediente completo a la correduría de seguros a fin de que se recabe el informe pericial de la compañía aseguradora.

8. El 16 de diciembre de 2016, se recibe en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de la interesada en el que requiere a la Administración para que dicte resolución expresa.

9. Con fecha 31 de enero de 2017 se recibe el informe médico elaborado a instancias de la compañía aseguradora por tres especialistas en Obstetricia y Ginecología. En él aclaran que “la septicemia no provoca el infarto esplénico, el infarto cerebral y la endocarditis como entidades independientes, sino que la complicación fundamental es una endocarditis infecciosa que se origina cuando los gérmenes que están en la sangre (septicemia) provocan un daño en las válvulas cardíacas. El infarto esplénico y el infarto cerebral son secundarios a la endocarditis, por focos de embolismo”. Definen la septicemia como “un conjunto de situaciones en las que se encuentran microorganismos en la sangre” y la endocarditis infecciosa como “la inflamación del revestimiento interno de las válvulas y cavidades cardíacas (endocardio) producida por la infección por un microorganismo, generalmente bacterias, que crecen formando unas estructuras características conocidas como vegetaciones”. Explican que, “aunque puede aparecer en pacientes sanos, es más frecuente en: / Válvulas protésicas./ Cardiopatías congénitas./ Valvulopatías./ Endocarditis previa./ También es más frecuente en toxicómanos por vía intravenosa (...). Son muchas las especies de microorganismos que pueden causar una endocarditis, pero las más frecuentes son las bacterias, sobre todo, *Streptococcus* y *Staphylococcus*./ Según la agresividad de la bacteria (...) puede ser: / Aguda: evoluciona en días o semanas, provocada por gérmenes muy agresivos./ Subaguda: su curso dura semanas o meses, causada por gérmenes de escasa virulencia”.

En cuanto al diagnóstico de la endocarditis subaguda, comentan que “los síntomas son fiebre, escalofríos, sudoración nocturna, malestar general,

disminución del apetito, fatiga, debilidad y molestias musculoesqueléticas. Estos síntomas pueden durar varias semanas antes de llegar al diagnóstico". Y añaden que "la sospecha diagnóstica se establece cuando existe un proceso infeccioso con fiebre persistente sin que exista un foco aparente de la infección, sobre todo si se asocian soplos u otros síntomas cardíacos y en pacientes con cardiopatías que predisponen a la endocarditis./ Para realizar el diagnóstico es importante demostrar la presencia de los microorganismos en la sangre y detectar las vegetaciones". Indican que la detección de los microorganismos en la sangre se consigue mediante hemocultivos y que las vegetaciones se detectan mediante las técnicas de imagen cardíaca, realizándose "generalmente (...) primero un ecocardiograma transtorácico".

Sobre la rotura prematura de membranas, la definen como "la rotura de las membranas amnióticas que sucede antes del inicio espontáneo del trabajo de parto". En general, el comienzo del parto tiene lugar de manera inmediata, de modo que el 95% de pacientes han dado a luz en menos de 3 días./ Las complicaciones descritas en los casos de rotura prematura de membranas pueden ser maternas o fetales", existiendo, desde el punto de vista materno, "mayor riesgo de corioamnionitis clínica (13-60%), infección posparto (2-13%) y desprendimiento prematuro de placenta (4-12%), siendo la sepsis materna una complicación rara (1%)". Por lo que se refiere al modo de actuar en estos casos, aluden al protocolo de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, según el cual "cabe la posibilidad de tomar tanto una actitud activa (maduración/inducción del parto), como una actitud expectante durante las primeras 24 horas. Si tras este periodo no se ha iniciado el parto se recomendará la maduración/inducción del parto con prostaglandinas u oxitocina". Según el citado protocolo, "un metaanálisis con únicamente dos estudios y 838 mujeres encontró que el uso de antibióticos comparados con placebo o con ningún tratamiento redujo significativamente la morbilidad infecciosa materna (corioamnionitis y endometritis) (...), pero sin reducir la morbilidad neonatal./ Aunque en la práctica clínica es habitual el uso de antibióticos, los datos actuales no son suficientes para poder establecer ninguna

recomendación a favor o en contra del uso profiláctico de antibióticos en las (roturas prematuras de membranas) a término”.

Respecto a la asistencia sanitaria prestada a la interesada durante el parto, concluyen que fue “acorde a lo que marcan los protocolos” de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, ya que “se empleó profilaxis antibiótica con Clindamicina a partir de las 12 horas de bolsa rota”, precisando que “al tratarse de un tratamiento antibiótico preventivo si no hay fiebre puerperal, como en este caso (...), debe suspenderse tras el nacimiento, como así se hizo”. Asimismo, “se indicó inducción de parto al día siguiente si no se había iniciado espontáneamente el proceso”, y posteriormente “cesárea por “no progresión de parto y sospecha de desproporción pélvico cefálica que cursó sin incidencias”, controlándose la temperatura “durante el periodo de dilatación”, que consta como “dentro de lo normal”.

Dado que “el puerperio es una época en la que pueden suceder diversas complicaciones” se plantean si se debería haber sospechado la endocarditis infecciosa, y precisan que la probabilidad de desarrollar esta complicación “era extremadamente baja debido a las características del caso: no había factores de riesgo (...). Sin antecedentes de cardiopatía congénita ni valvulopatía (...). Durante todo el proceso del ingreso” -trabajo de parto, cesárea y puerperio inmediato- “no consta que desarrollara fiebre ni tan siquiera febrícula./ Se empleó profilaxis antibiótica a partir de las 12 horas de bolsa rota (...). Las complicaciones infecciosas que acontecen durante el puerperio tienen como órganos diana el útero (endometritis) o la mama (mastitis puerperal). En este caso no hubo ninguna de estas complicaciones que fueran el foco inicial para que luego tuviera lugar una diseminación hematógena de los gérmenes. Tampoco cursó con cuadro de sepsis./ La cesárea fue el 8 de marzo y hasta el 16 de abril (5 semanas más tarde) no debuta la fiebre; es decir, al final del puerperio. Los síntomas que acompañan al primer pico febril son urinarios, con sospecha de infección del tracto urinario, por lo que no existe relación con el periodo del parto./ Hay que sospechar una endocarditis cuando no existe foco de infección, sobre todo si se acompaña de síntomas cardíacos. En este caso existía

un foco de infección en el tracto urinario y además hubo un seroma en la cicatriz que por sí solos justifican la fiebre. Posteriormente la sintomatología fue de dolor abdominal, por lo que no era sospechoso de endocarditis. Por otro lado, no hubo síntomas cardíacos”.

En relación con la actuación de los profesionales sanitarios desde que debutó el proceso febril, concretamente a partir del 16 de abril, la califican como “correcta”. Consideran que se trata de una “endocarditis de curso subagudo que típicamente se manifiesta de manera insidiosa evolucionando lentamente durante semanas de manera que los síntomas cardíacos son tardíos y frecuentemente se diagnostican tras semanas de evolución”.

Finalmente, por lo que se refiere a la indicación de inducción del parto en las ocasiones en que asistió a Urgencias con anterioridad al ingreso por bolsa rota, manifiestan que “no hubo complicaciones derivadas de una preeclampsia, ni la endocarditis puede relacionarse con este hecho”, precisando que “los episodios de Urgencias previos al parto por cuadros de hipertensión arterial gestacional en una gestante con obesidad mórbida no tienen ninguna relación con el posterior desenlace de los hechos”.

10. Mediante oficio notificado a la interesada el 13 de febrero de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándole una relación de los documentos obrantes en el expediente.

El 24 de febrero de 2017 se persona la reclamante en las dependencias administrativas y obtiene una copia, en soporte digital, de los documentos obrantes en aquel.

11. Con fecha 2 de marzo de 2017, la interesada presenta un escrito de alegaciones en el que destaca que “el parto tiene lugar el día 8 de marzo de 2013 y el día 12 de marzo de 2013 realiza consulta con la matrona, con referencia de 37º de temperatura y malestar generalizado, pautándose tratamiento con ibuprofeno”, por lo que “resulta incierto que la primera

sintomatología de fiebre aparece a las 5 semanas del parto”, como se indica en el informe médico elaborado a instancias de la compañía aseguradora.

Por tanto, da por reproducidas las alegaciones y conclusiones formuladas en su reclamación inicial.

12. El día 8 de marzo de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas remite a la correduría de seguros una copia de las alegaciones presentadas.

13. Con fecha 16 de marzo de 2017, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, reproduciendo las consideraciones médicas formuladas por la Jefa del Servicio de Obstetricia y Ginecología el 6 de junio de 2016 y del informe emitido a instancias de la compañía aseguradora.

14. En este estado de tramitación, mediante escrito de 29 de marzo de 2017, 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, adjuntando a tal fin copia autenticada del mismo en soporte digital.

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.

En el despacho de la presente consulta tomamos en consideración la entrada en vigor el día 2 de octubre de 2016 de las Leyes 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, y 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público. La disposición transitoria tercera de la Ley 39/2015, sobre régimen transitorio de los procedimientos -que carece de equivalente en la Ley 40/2015, salvo para los procedimientos de elaboración de normas en la Administración General del Estado-, determina que "A los procedimientos ya iniciados antes de la entrada en vigor de la Ley no les será de aplicación la misma, rigiéndose por la normativa anterior".

A estos efectos, en el supuesto analizado el procedimiento se inició mediante reclamación de la interesada registrada en la Administración del Principado con fecha 27 de abril de 2016, lo que nos remite a la redacción entonces vigente de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), y al 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.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la 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 27 de abril de 2016, y, si bien los hechos de los que trae causa se remontan al 20 de junio de 2013 -fecha en la que la interesada fue dada de alta en el Servicio de Cirugía Cardíaca del Hospital "Y"-, hemos de tener en cuenta que, tal y como consta en el expediente, se siguieron diligencias ante el Juzgado de Instrucción N.º 2 de Gijón que culminaron el 5 de mayo de 2015 con el Auto de la Sección 8.ª de la Audiencia Provincial de Asturias por el que se desestima "el recurso de apelación interpuesto (...) contra la resolución de fecha 3 de marzo de 2015 y el auto de fecha 16 de marzo de 2015 que confirma la anterior".

Al respecto, el artículo 146, apartado 2, de la LRJPAC establece que "La exigencia de responsabilidad penal del personal al servicio de las Administraciones públicas no suspenderá los procedimientos de reconocimiento de responsabilidad patrimonial que se instruyan, salvo que la determinación de los hechos en el orden jurisdiccional penal sea necesaria para la fijación de la responsabilidad patrimonial". El Tribunal Supremo (entre otras, Sentencia de 16 de mayo de 2002 -ECLI:ES:TS:2002:3434-, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 6.ª) ha sentado, en relación con este precepto, que su "adecuada interpretación (...) exige considerar que la interrupción de la prescripción por iniciación del proceso penal se produce en todos aquellos casos en los cuales dicho proceso penal versa sobre hechos susceptibles en apariencia de ser fijados en el mismo con trascendencia para la concreción de la responsabilidad patrimonial de la Administración".

Así las cosas, teniendo en cuenta que las actuaciones penales se iniciaron en el año 2013 y que existe coincidencia en los sujetos intervinientes y en los hechos enjuiciados en los órdenes penal y administrativo, consideramos interrumpido el cómputo del plazo de prescripción para el ejercicio de la reclamación de responsabilidad patrimonial por la exigencia de responsabilidad

penal. Por tanto, dada la fecha en la que se dicta el auto que acuerda la desestimación del recurso de apelación -5 de mayo de 2015-, hemos de entender que en el momento de presentación de la reclamación -27 de abril de 2016- no ha transcurrido el plazo de un año legalmente determinado en los términos de lo dispuesto en el artículo 146, apartado 2, de la LRJPAC anteriormente citado, por lo que aquella ha sido formulada en plazo.

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

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 interesa una indemnización por los daños y perjuicios derivados de la asistencia que se le prestó por parte del servicio público sanitario durante su embarazo y en el puerperio.

Consta documentado en el expediente que tras el parto y alumbramiento de su hijo acude en diversas ocasiones al Servicio de Urgencias del Hospital "X" por fiebre de origen desconocido, siendo diagnosticada en mayo de 2013 de una endocarditis aórtica, infarto esplénico e infarto lacunar, por lo que resulta acreditada la existencia un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica.

Ahora bien, la mera constatación de un daño 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, o la falta de curación, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados favorables en relación con la salud del paciente.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por la reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las

especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

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

La interesada señala en su escrito inicial que los síntomas que presentaba cuando acudió a Urgencias en febrero de 2013 constituían una "indicación de inducción al parto". De los datos obrantes en su historia clínica se desprende que el embarazo fue controlado en el Hospital "X" sin que consten incidencias hasta el final de la gestación. Es cierto que en febrero de 2013 ingresa durante 48 horas en el Servicio de Urgencias de este hospital, a donde acude el día 19 "por cefalea, fosfenos edemas en MMII, vómitos y TA en límites". Se le realiza una analítica que resulta "normal" y, dado que evoluciona favorablemente y los controles de tensión arterial son normales, cursa alta el 21 de febrero, indicándose control de la tensión arterial por su matrona. Acude en dos ocasiones más a este Servicio con anterioridad al parto, los días 28 de febrero y 5 de marzo, sin precisar ingreso, y siendo diagnosticada de "hipertensión transitoria del embarazo". La perjudicada no aporta ningún informe técnico que apoye su planteamiento de que ante los síntomas y signos que presentaba en las visitas a Urgencias debió habersele inducido el parto. En cambio, la Administración se apoya en el informe médico pericial elaborado a instancias de la compañía aseguradora en el que se afirma, respecto a esta cuestión, que "los episodios de Urgencias previos al parto por cuadros de hipertensión arterial gestacional en una gestante con obesidad mórbida no tienen ninguna relación con el posterior desenlace de los hechos", añadiendo que "no hubo

complicaciones derivadas de una preeclampsia, ni la endocarditis puede relacionarse con este hecho”.

Por otro lado, con ocasión del trámite de audiencia la reclamante destaca que “el parto tiene lugar el día 8 de marzo de 2013 y el día 12 de marzo de 2013 realiza consulta con la matrona, con referencia de 37º de temperatura y malestar generalizado, pautándose tratamiento con ibuprofeno”, por lo que “resulta incierto que la primera sintomatología de fiebre aparece a las 5 semanas del parto”, como se indica en el informe médico elaborado a instancias de la compañía aseguradora. En primer lugar, debemos tener en cuenta que la paciente ingresa el 7 de marzo de 2013 en el Hospital “X” por “rotura prematura de membranas”, y, aunque el inicio del parto es “espontáneo”, fue necesario practicarle el día 8 de marzo una “cesárea por desproporción pélvico-cefálica”. En el informe obstétrico de 11 de marzo de 2013 se indica que “el desarrollo del puerperio tiene lugar de forma favorable con desarrollo normal de todos sus aspectos”, siendo dada de alta el 11 de marzo de 2013. Sin embargo, en contra de lo expuesto por la reclamante, no tenemos constancia de que presentase fiebre hasta el día 16 de abril; fecha en la que acude a Urgencias por “fiebre y disuria de 5 días de evolución”. El 4 de mayo acude de nuevo a este Servicio por “fiebre de 20 días de evolución”. Por tanto, habiendo recibido el alta tras dar a luz el 11 de marzo de 2013, y consultando por este motivo el 16 de abril por primera vez (que, según el informe de Urgencias, ya se había manifestado 5 días antes), no queda acreditado que tuviese fiebre durante el puerperio inmediato. Tampoco presentó signos de infección puerperal durante el ingreso hospitalario en el proceso del parto, debiendo destacarse que se le administró profilaxis antibiótica con Clindamicina ante la rotura prematura de membranas, según protocolo.

En cualquier caso, como señala el Director de la Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna, los síntomas de esta infección “son inespecíficos, febrícula o fiebre no elevada, malestar general, dolores articulares, común a los procesos inflamatorios e infecciosos más comunes, lo que hace que no se soliciten hemocultivos y la demora habitual suele ser sobre 3-4 semanas”. Y añade que

“la endocarditis es una entidad muy infrecuente durante el embarazo o el puerperio. Solamente hemos encontrado un caso descrito en la literatura de una infección similar”, precisando que “el 91% de los pacientes con infecciones graves por *Enterococcus* padecían enfermedades subyacentes entre las que no se encuentra el parto o puerperio. Se describen dos casos de endometritis y 3 en relación con infección de la herida quirúrgica. En el caso que nos ocupa el cultivo de cérvix mostró una flora bacteriana normal y en el TC abdominal no había signos de infección en la herida”. Por otro lado, la Jefa del Servicio de Obstetricia y Ginecología considera que la causa más probable de la endocarditis es un “*Enterococcus faecalis* (...) multirresistente” que creció en los hemocultivos realizados. Indica que se trata de un germen “con un elevado índice de resistencia a los antibióticos y su tratamiento de elección son las penicilinas y derivados (...). En el caso que nos ocupa el (*Enterococcus faecalis*) solo era sensible a Ampicilina y Vancomicina (...). Desgraciadamente la paciente es alérgica a (la) penicilina y derivados”. Ello explica que, a pesar de recibir tratamiento con tres antibióticos distintos en cuatro ocasiones diferentes antes de detectar la bacteriemia por el *Enterococcus* en el último ingreso hospitalario, aquellos no fueron eficaces.

Una vez detectada la bacteriemia por *Enterococcus faecalis* se inició tratamiento antibiótico con Vancomicina y Gentamicina con controles farmacocinéticos, siendo negativos los cultivos que se realizaron con posterioridad al tratamiento (según consta en el informe del Servicio de Cardiología de 15 de mayo de 2013). La paciente fue trasladada al Hospital “Y”, donde se le practicó un “recambio valvular aórtico por prótesis EPIC n.º 21 (biológica), ampliación del anillo aórtico hasta velo mitral y cierre con parche de pericardio autólogo”, siendo la evolución favorable y permaneciendo durante el ingreso en este hospital “afebril, estable hemodinámicamente y asintomática”.

En definitiva, todos los informes médicos que se han incorporado al expediente coinciden en que la actuación de los profesionales sanitarios fue correcta. Así, ante la rotura prematura de las membranas se administró profilaxis antibiótica y se indicó inducción al parto si este no comenzaba de manera

espontánea. Por otro lado, la inespecificidad de los síntomas de la endocarditis, que pueden durar varias semanas, unida al hecho de que se trate de una enfermedad “infrecuente”, son factores que dificultan y demoran su diagnóstico. Asimismo, la interesada no se encontraba entre los pacientes predispuestos a padecer esta enfermedad (más habitual en personas con válvulas protésicas, cardiopatías congénitas, valvulopatías o endocarditis previa y toxicómanos por vía intravenosa). Además, en el informe médico pericial elaborado a instancias de la compañía aseguradora se afirma que “las complicaciones infecciosas que acontecen durante el puerperio tienen como órganos diana el útero (endometritis) o la mama (mastitis puerperal). En este caso no hubo ninguna de estas complicaciones que fueran el foco inicial para que luego tuviera lugar una diseminación hematogena de los gérmenes”. Y se añade que “los síntomas que acompañan al primer pico febril son urinarios, con sospecha de infección del tracto urinario, por lo que no existe relación con el periodo del parto./ Hay que sospechar una endocarditis cuando no existe foco de infección, sobre todo si se acompaña de síntomas cardíacos. En este caso existía un foco de infección en el tracto urinario y además hubo un seroma en la cicatriz que por sí solos justifican la fiebre (...). Por otro lado, no hubo síntomas cardíacos”. Por tanto, a juicio de los especialistas que suscriben el citado informe, nos encontramos con una “endocarditis de curso subagudo que típicamente se manifiesta de manera insidiosa evolucionando lentamente durante semanas de manera que los síntomas cardíacos son tardíos y frecuentemente se diagnostican tras semanas de evolución”.

En cuanto al infarto esplénico y al infarto lacunar -clínicamente silente-, señalan que son secundarios a la endocarditis infecciosa, por focos de embolismo. En cualquier caso, debemos destacar que, según el informe del Servicio de Cardiología de 15 de mayo de 2013, los mismos “no tuvieron secuelas”. A ello hay que añadir que en la revisión realizada por el Servicio de Cardiología en diciembre de 2014 la reclamante se encontraba “estable y asintomática” desde el punto de vista cardiovascular.

Finalmente, debemos tener en cuenta que en el seno del proceso penal en el que se analizó la asistencia dispensada a la perjudicada se incorporaron dos informes elaborados por médicos forenses según los cuales aquella “fue tratada conforme a la *lex artis* en el momento del parto y durante el ingreso derivado del mismo”, descartando la estancia hospitalaria “como desencadenante del proceso infeccioso”, añadiendo “que a resultas de la cesárea únicamente tuvo un seroma que se resolvió sin complicaciones”, tal y como consta en el Auto del Juzgado de Instrucción N.º 2 de Gijón de 3 de marzo de 2015.

Como hemos señalado, la interesada no aporta prueba alguna de sus imputaciones, por lo que, teniendo en cuenta lo razonado, no cabe apreciar mala praxis en la actividad desplegada por los servicios públicos sanitarios.

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.