

Expediente Núm. 21/2017
Dictamen Núm. 173/2017

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 22 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 12 de enero de 2017 -registrada de entrada el día 17 del mismo mes-, y una vez atendida por escrito de 8 de mayo de 2017 -registrado de entrada el día 12 del mismo mes- la diligencia para mejor proveer, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por las secuelas derivadas de un shock séptico y fracaso multiorgánico, que atribuyen a la asistencia prestada por el servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 1 de abril de 2016, la perjudicada y su marido -que actúan en su propio nombre y derecho y en nombre y representación de sus hijos menores de edad-, los padres de aquella y su hermana presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad

patrimonial por las lesiones y los perjuicios irrogados como consecuencia de la deficiente asistencia sanitaria dispensada en el Hospital "X" y en el Hospital "Y". Según indican en su escrito, esta "también se dirige contra la entidad aseguradora garante de la responsabilidad civil" del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Exponen que "el pasado día 14 de diciembre de 2014 (domingo), ante el mal estado que presentaba" la perjudicada, "con temperatura corporal alta (superior a 39º), debilidad, tensión arterial baja y problemas para orinar (desde el viernes), se cursa aviso al Centro de Salud para que sea asistida por médico de Urgencias de dicho centro, ante la imposibilidad de desplazarse desde el domicilio". Tras examinarla, la facultativa prescribe su traslado al Servicio de Urgencias del Hospital `X´ mediante Unidad de Soporte Vital Básico. A su llegada al Servicio de Urgencias (12:57 h) "se realiza triaje (...) según código Manchester y se asigna prioridad amarilla (promedio de espera: 1 a 2 horas)", precisando que en el apunte de triaje "se omite toda referencia a la dificultad para orinar desde el viernes". A las 13:45 h se anota en su historia "Rovsing (+)", lo que, a tenor de los reclamantes, "alerta de posible afección en el útero". Según refieren, a la vista de la clínica que presentaba la paciente, a las 16:00 h "ya hay evidencia objetiva de que (...) tenía una sepsis grave (infección sospechada en foco abdominal, taquicardia >90 lat/min, leucocitosis >12.000, niveles elevados de PCR y procalcitonina)", por lo que en ese momento "ya se debería de haber empezado a la utilización de antibióticos de amplio espectro", reiterándose a lo largo de la reclamación que estamos ante una "enfermedad tiempo-dependiente".

Denuncian que "no se inició tratamiento antibiótico alguno, recibiendo la primera dosis de Gentamicina (fuera de la guía médica y no el más idóneo ante un fracaso renal) a las 09:00 de la mañana del día siguiente (15-12-14); es decir, más de 18 horas después de su llegada al Servicio de Urgencias (...) y (...) muy tarde". Tampoco se realizó "gasometría para ver saturación de O₂, lactato ni estudio de coagulación" -pruebas para valorar el estadiaje de la

sepsis- hasta las 07:22 horas de la mañana siguiente, "muy tarde", según los interesados.

Reseñan que estas "gravísimas negligencias (...) han provocado que a las 17:00 horas" del día 14 la paciente "sufra una sepsis grave con hipotensión mantenida que no responde a fluidoterapia, lo cual define al shock séptico". A la ausencia de tratamiento con drogas vasoactivas añaden la falta de vigilancia monitorizada, "con criterios de UCI", de la perjudicada. Asimismo, consideran negligente la actuación de los Servicios de Cirugía General, de Ginecología y de Radiología, que a pesar de valorar a la paciente no diagnosticaron e iniciaron el tratamiento para el shock séptico.

Sostienen que no se llevó a cabo un seguimiento adecuado de la paciente durante la noche, asegurando que "en virtud de la analítica de las 07:22 horas -15 de diciembre- está ya en situación de fracaso multiorgánico (fracaso renal ya conocido, fracaso hemodinámico manifiesto, fracaso metabólico)", y que a pesar de ello "se continúa sin avisar a la UCI".

Ese mismo día -15 de diciembre- "la paciente es conducida a quirófano a las 10 de la mañana con una tasa del 43 % del CP (coagulopatía). La valoración hecha por el S.º de Anestesia es dudosa, pues esta paciente precisa más de cuidados intensivos para resucitación hemodinámica que una cirugía urgente. El S.º de Anestesia durante las 4 horas que la asistió en quirófano tampoco inició terapéutica antibiótica de amplio espectro". En relación a esta intervención -laparoscopia exploradora- apuntan la falta de autenticidad de la firma del consentimiento informado, bien porque alguien falseó la firma de la paciente, bien porque de haber firmado el consentimiento la propia perjudicada, dada su gravedad, no podría comprender la información ni emitir válidamente el consentimiento. Durante dicha operación se procede a la retirada del "DIU Mirena".

Concluyen que "la nula actuación terapéutica durante sus primeras 24 horas en el Hospital `X´ fue lo que condicionó las secuelas tan gravosas que en la actualidad padece la paciente".

Manifiestan que una vez en quirófano se decide su inmediato ingreso en la UCI, donde permanecerá los siguientes 37 días, la mayoría de ellos en estado "muy crítico". Reseñan que el 21 de enero de 2015 es trasladada a planta a cargo del Servicio de Medicina Interna, presentando en ese momento "necrosis isquémica distal en miembros superiores e inferiores./ Ictus isquémico subagudo izquierdo con hemiparesia y afasia de expresión./ Polineuropatía del paciente crítico./ Colonización de secreciones respiratorias./ Alteración de pruebas de función hepática con patrón de colestasis./ Necesidad de ayuda de tercera persona para todas las actividades básicas".

Indican que el 10 de febrero de 2015 es trasladada al Hospital "Y" para ser explorada por el Servicio de Cirugía Plástica. Se decide ingreso a cargo de este Servicio para realizar "intervención quirúrgica urgente e iniciar amputaciones de miembros superiores y valorar los inferiores (...). En menos de 21 días la paciente fue sometida a 4 intervenciones quirúrgicas (...) con un componente anímico brutal, dado que en todas ellas se han realizado amputaciones". El día 1 de abril de 2015 recibe el alta domiciliaria "tras posoperatorio y buena evolución".

En cuanto a la atención sanitaria posterior al alta hospitalaria, afirman que la perjudicada se ha visto "completamente abandonada" por los Servicios de Neurología" del Hospital "X" y del Hospital "Y", "teniendo que procurarse la confianza y el tratamiento de (...) la sanidad privada a su propio coste, tanto de neurólogo como de tratamiento rehabilitador por medio de logopeda (...) desde el mes de abril de 2015 (...). Tampoco se ha pautado seguimiento psicológico de la paciente".

Estiman que los Servicios de Rehabilitación, tanto de "X" como del Hospital "Y", han actuado de manera negligente al no pautar terapia rehabilitadora para la hemiparesia derecha, siendo la deambulación incorrecta tras el implante de las prótesis y cursando el alta de la paciente de manera "precoz". Igualmente, consideran que "la cobertura efectuada en los (miembros inferiores) resulta inapropiada para una persona de 39 años de edad", y

señalan haber acudido a un ortopeda particular y a sesiones de rehabilitación privada.

En cuanto a las secuelas que “en la actualidad y con motivo del shock séptico y la nula intervención para su tratamiento” presenta la perjudicada, enumeran las siguientes: amputación miembro superior izquierdo (a nivel carpo-metacarpiano); amputación miembro superior derecho (de todos los dedos largos por su base y tercio distal F1 pulgar); amputación miembros inferiores (transtibial); accidente cardiovascular subagudo derecho (hemiparesia miembro inferior izquierdo y más acusada en miembro superior derecho); afasia derivada del accidente cardiovascular con problemas de comunicación; traqueostomía sin cerrar que provoca episodios de dificultad para respirar y tragar; pérdida de músculo en dorsal ancho en miembro superior derecho; crisis epilépticas; múltiples cicatrices de cirugía, amputaciones y demás soportes vitales; cicatriz en parte posterior de la cabeza por escara y alopecia; flebitis de las venas periféricas y depresión y muy bajo estado anímico.

Finalmente, aseveran que todo ello ha provocado, además de las secuelas descritas, “la alteración emocional y funcional de su vida particular y familiar”, siendo “causa directa de una insuficiente actuación organizativa y de control del Hospital `X´”.

Solicitan una indemnización por importe de siete millones setecientos treinta y tres mil doscientos veinte euros con veinte céntimos (7.733.220,20 €), que desglosan en los conceptos que se indican a continuación, aunque dicha cuantía no se corresponde exactamente con la suma de todos ellos: “incapacidad temporal” (que incluye la pérdida de autonomía personal, el daño moral por las 7 intervenciones quirúrgicas y un incremento de un 45 % en atención a la “grave negligencia y descuido”), 77.024 €; secuelas (que comprenden el perjuicio funcional y estético y daños morales complementarios), 1.389.163,90 €; ayuda de tercera persona, 800.000 €; “adecuación de vivienda”, 117.396,40 €; “incremento de costes de desplazamiento”, 278.446,56 €; “prótesis/ortesis y otras ayudas”, 3.791.806 €; gastos médicos y de rehabilitación futuros, 165.945,60 €, y “lucro cesante”,

508.897,99 €, así como los relativos a consultas, pruebas, rehabilitación y ayudas técnicas, que ascienden a 22.509,96 €. Por lo que se refiere a la indemnización a familiares, solicitan en concepto de daño moral 556.800 €, de los cuales 144.000 corresponderían al esposo, 135.000 € a cada uno de los hijos, 50.000 € (*sic*) a cada uno de los padres y 22.800 € a la hermana.

Proponen prueba documental, consistente en informe del Servicio de Neurología del Hospital "X" y de los Servicios de Neurología, Otorrinolaringología, Psicología y Psiquiatría del Hospital "Y", así como el informe de la consulta del Servicio de Cirugía Vasculor del Hospital "X" de 7 de abril de 2015, y la testifical y la pericial de diversos profesionales.

Aportan, entre otra, copia de la siguiente documentación: a) Documento nacional de identidad de los interesados. b) Poder general para pleitos otorgado por la perjudicada a favor de su marido (que es letrado). c) Libro de familia. d) Documento de consenso (SEMES-SEMICYUC). Recomendaciones del manejo diagnóstico-terapéutico inicial y multidisciplinario de la sepsis grave en los Servicios de Urgencias hospitalarios. e) Recomendaciones internacionales para el tratamiento de sepsis grave y choque septicémico elaborado por consenso por 68 expertos en representación de 30 organizaciones internacionales. f) Informe pericial elaborado por un especialista en Medicina Interna y dos especialistas en Medicina Legal y Forense el 17 de marzo de 2016. En él, tras analizar la asistencia médica dispensada, concluyen que "la paciente presenta un cuadro compatible con una sepsis desde su primera asistencia en el Hospital 'X'", y que "durante toda la tarde y noche del día 14 de diciembre de 2014 persiste con una sintomatología florida (...), pautándose tratamiento antibiótico con Gentamicina para las 9.00 horas de la mañana siguiente (muy tarde), siendo su estado general malo a primera hora de la mañana". Afirman que "existe un claro nexo de causalidad entre la aparición del cuadro infeccioso, el retraso en adoptar medidas terapéuticas específicas conforme a las guías de práctica clínica y la aparición del estado lesional y secuelar de la informada". Consideran que "debería haber ingresado en la UCI después de su paso inicial por Urgencias o, al menos, desde que se recibió el resultado de los análisis de

sangre con procalcitonina y la PCR tan elevadas y la insuficiencia renal (...). Se debería haber puesto antibioterapia de amplio espectro y monitorización estrecha desde el principio de su ingreso o en el menor tiempo posible desde que llegó al hospital". Afirman que "como consecuencia de la espera en la evolución (...) y no administrar más que una dosis de Gentamicina a la mañana siguiente (que fue claramente una dosis insuficiente para evitar el posterior desenlace) se produjo la sepsis, y la sepsis es un cuadro clínico de urgencia que requiere, la mayoría de las veces, intervención inmediata en la UCI, y cuanto más se difiera la intervención más se aumenta la morbimortalidad". Manifiestan que "una vez ingresa en la UCI se le administra conforme a las guías clínicas la medicación adecuada", y que "el estado de deterioro en los factores de coagulación debido al shock es el que contribuye a la aparición del ictus con hemiparesia derecha y la afasia de expresión". g) Informe pericial grafocrítico, de 11 de marzo de 2016, en relación con los documentos de consentimiento informado para anestesia general (15-12-2014), cirugía de urgencias (15-12-2014) y pruebas radiológicas que requieran la administración de contraste yodado intravenoso. Concluye que "existen indicios de que las firmas que constan como documentos dubitados número 1, 2 y 3 no son de puño y letra de (la interesada) o han sido realizados" por aquella "con una disminución notable de sus capacidades psíquicas y/o físicas". h) Resolución de la Directora Provincial de Asturias del Instituto Nacional de la Seguridad Social por la que se reconoce a la perjudicada la incapacidad permanente, en el grado de gran invalidez, y Resolución y certificado de la Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias reconociéndole un grado de discapacidad del 85 %, así como la necesidad de asistencia de 3.ª persona y una clasificación "A" en el baremo de movilidad. i) Informes médicos de diversos centros sanitarios privados. j) Informe/presupuesto de una clínica ortopédica cuya cuantía asciende a 5.043,26 €. k) Informe de un arquitecto determinando las actuaciones que sería necesario llevar a cabo en la vivienda de la perjudicada para que la misma sea accesible, ascendiendo las obras a un importe de 110.396,40 €. l) Presupuestos de adquisición de vehículo y de la adaptación del

mismo. m) Facturas de gastos médicos, farmacológicos, consultas, fisioterapia y rehabilitación. n) Informe médico de un pediatra y facturas del seguimiento psicológico de los hijos de la perjudicada. ñ) Facturas de adquisición de productos de ayuda en el hogar. o) Certificado de retenciones e ingresos a cuenta del Impuesto Sobre la Renta de la Personas Físicas. p) Certificado de la mercantil en la que trabaja la interesada en el que se hace constar que se le había propuesto la ampliación de su contrato y ascenso de categoría. q) Contrato de arrendamiento de vivienda y justificantes de pago de la renta mensual. r) Reportaje fotográfico de la necrosis en miembros inferiores y miembro superior entregado por el Servicio de Rehabilitación del Hospital "Y". s) Reportaje fotográfico de las prótesis estéticas de miembros superiores e inferiores presupuestadas por una clínica privada. t) Fotos del interior de la vivienda.

Asimismo, acompañan diversa documentación de la historia clínica de la perjudicada obrante en el Hospital "X" entre la que destaca: a) Hoja de triaje del Servicio de Urgencias (14-12-2014, 13:00 h), en la que se anota "fiebre desde ayer, hipotensión en domicilio, viene con un suero salino. Hace 2 horas tomó un gramo de paracetamol. Ahora afebril. No petequias. Moviliza bien cuello". Se le otorga prioridad amarilla. b) Historia clínica de Urgencias, a las 13:45 h, en la que se refleja que la paciente tiene taquicardia sinusal a 100 lpm. Roving positivo. Blumberg dudoso, y a las 16:05 h, "desde ayer por la mañana fiebre alta de 39-40º sin acompañarse de otros síntomas más que cefalea, astenia y anorexia. Refiere no haber orinado desde el viernes noche, ingesta oral escasa (solo líquidos). No diarrea/estreñimiento. No clínica urinaria". c) Resultados de la analítica realizada en Urgencias (14:12 h), en los que se aprecia leucocitos 29,86, creatinina 2,41, procalcitonina 69,41, PCR 339,1. d) Respuesta de interconsulta a C. General y Digestiva (14-12-2014, 18:53 h), en la que figura que "se acude a valorar a paciente con cuadro de molestias abdominales, fiebre elevada y cuadro analítico de sepsis con 29.000 leucocitos, desviación izquierda, PCT 60 y fallo renal (...). Refiere molestias abdominales que comenzaron el día de ayer acompañado de fiebre alta

termometrada de 39/40 °C. Asocia un aumento del flujo vaginal que es más denso./ A la exploración abdomen tenso, blando y depresible, doloroso en hemiabdomen inferior con defensa dudosa y peritonismo a ese nivel. Recomendamos valoración por Ginecología y si esta es normal cursar TC abdominal. e) Respuesta de interconsulta a Ginecología (14-12-2014, 19:39 h), en la que se señala "fiebre desde ayer hasta 40 °C, malestar general (...). FUR: no sabe (lleva DIU Mirena desde hace 3 años); (...) no dispareunia, no leucorrea (...). Abdomen distendido, defensa a la palpación profunda, más doloroso a la palpación en ambas fosas ilíacas. GE y vagina normales, flujo inespecífico, hilos de DIU +, útero doloroso a la movilización. Imposible tacto bimanual por dolor. ECO-TV: útero en ante, DIU normoinserito, ovarios normales, cuña de líquido en Douglas discreta. ID: no patología ginecológica urgente". f) Informe de resultados de TC abdominal y pélvico (14-12-2014), en los que se consigna "fiebre elevada con dolor abdominal de más de 24 horas de evolución. A la exploración dolor importante en ambas fosas ilíacas. Analítica con sepsis (...). Hallazgos sugestivos de proctitis con abundante cantidad de líquido en su interior e importantes cambios inflamatorios adyacentes". g) Informe clínico del Servicio de C. General y Digestiva (14-12-2014, 23:02 h), en el que consta "desde ayer por la mañana fiebre alta de 39-40° sin acompañarse de otros síntomas más que cefalea, astenia y anorexia. Refiere no haber orinado desde el viernes noche. Ingesta oral escasa (solo líquidos). No diarrea/estreñimiento. Última deposición el jueves sin productos patológicos. No clínica urinaria./ Refiere aumento del flujo vaginal con aumento de la consistencia del mismo. Valorada por el Servicio de Ginecología no evidenciando patología por su parte"; se reflejan los resultados de la analítica realizada en Urgencias y del TAC sin que se pauten plan ni medicación. h) Hoja de valoración de enfermería (15-12-2014, 02:22 h), con temp. 38,1, TAS 77, TAD 44, lugar MSD, FC 120, tiene algún tipo de malestar: sí, nivel de dolor (escala EVA): 3; resultados analítica (15-12-2014, 07:22 h), en los que destaca lactato 4,4, procalcitonina 119,80, PCR 395,7. i) Hoja de curso clínico hospitalario en la que se anota el 15-12-2014, a las 09:3 h, que "la paciente se encuentra hipotensa.

Afebril. Expl. abdominal: dolor generalizado más focalizado en ambas fosas ilíacas con defensa y signos de peritonismo a ese nivel. Analítica con parámetros de respuesta inflamatoria alterados, además de la función renal./ Se decide intervención quirúrgica urgente (laparoscopia exploradora)./ En espera de pruebas de coagulación". j) Hoja del Servicio de Anestesiología y Reanimación (15-12-2014) con el diagnóstico clínico de "sepsis (...). A su llegada a quirófano impresiona de malestar general, taquipneica, disnea, inestabilidad hemodinámica (...), toxicodermia, sequedad mucocutánea (...). Pasa a UCI. IOT en ventilación mecánica. Inestable HD (precisa noradrenalina a dosis altas). Se aplica 1 gramo de Vancomicina. k) Hoja de quirófano, en la que se consigna "moderada cantidad de líquido libre en Douglas y perihepático de aspecto seroso turbio. Se toman muestras para Microbiología (...). Se deja drenaje tipo Blake en pelvis./ Se realiza rectoscopia intraoperatoria sin objetivarse lesiones en mucosa rectal./ Es valorada por Ginecología intraoperatorio: vulvovaginitis inespecífica, flujo abundante blanquecino. Se retira DIU Mirena y se envía a Bacterio. Aparato genital prácticamente normal (...). Podría ser una dudosa (enfermedad inflamatoria pélvica) de inicio, dada la ausencia de otros hallazgos". l) Solicitud de monitorización de fármacos, "Gentamicina" 240 mg/48 h. Consta como fecha de inicio el 15 de diciembre y como fecha y hora de la última dosis: 17-12, 9 h. m) Informe clínico de la Unidad de Enfermedades Infecciosas, de 23 de enero de 2015, en el que se señala "posoperatorio inmediato de shock séptico". Problema actual: "infección de DIU *S. pyogenes*, *K. pneumoniae* y *E. faecalis* con shock séptico con fallo mutiorgánico secundarios (con fallo respiratorio, hemodinámico, metabólico, renal, coagulopatía y lesión hepática secundarios) con necrosis isquémica distal en miembros superiores e inferiores (...). Ictus isquémico subagudo frontal izquierdo con hemiparesia derecha y afasia de expresión residuales (...). Polineuropatía del paciente crítico (...). Colonización se secreciones respiratorias por *H. influenzae* tipo 1 y alteración de pruebas de función hepática con patrón de colestasis". En la historia actual se hace constar "paciente que acude a Urgencias el día 14-12 por cuadro consistente en fiebre alta (...) y dolor

abdominal infraumbilical (...). A su llegada al Servicio de Urgencias refiere: no diarrea ni estreñimiento (...), última micción el viernes noche, ingesta oral escasa (solo líquidos), no clínica urinaria ni neurológica ni respiratoria./ Asimismo, refiere aumento del flujo vaginal con aumento de la consistencia del mismo. Hace 15 días infección de orina que en un principio fue tratada sin antibioterapia pero que ante persistencia de la clínica se asoció Monurol (...), realizando 3 dosis los días 9, 10 y 11-12. Por alteraciones del flujo vaginal en probable relación a antibioterapia se administra Ginecanesten (...) el día 11-12 (...). Tras valoración ginecología la paciente pasa a cargo de Cirugía General a (tratamiento) antibiótico con Gentamicina (9 am del 15-12) y Metronidazol (no se le puso)". En el apartado destinado a evolución y comentarios se indica, el "30-12-2014, 15.º día de ingreso en UCI./ Shock séptico de origen ginecológico por *S. pyogenes* en líquido ascítico y exudado vaginal. Asilamiento de *E. faecalis* y *Klebsiella* en DIU./ Varios picos febriles desde el 26-12, foco sin filiar./ Despertar lento". Se establece el diagnóstico principal de shock séptico y fallo multiorgánico de probable origen ginecológico y se le administra "antibioterapia empírica con Tazocel, Clindamicina, Vancomicina y Gentamicina", realizándose cultivos de vigilancia. La paciente precisa soporte hemodinámico y respiratorio.

2. El día de 5 de abril de 2016, la Directora General de Política Sanitaria envía a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias una copia de la reclamación.

3. Mediante escrito de 21 de abril de 2016, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica a los interesados la fecha de recepción de su reclamación en el referido Servicio, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

4. Obra incorporado al expediente un escrito de la correduría de seguros acusando recibo de la reclamación.

5. El día 25 de abril de 2016, el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios designado al efecto solicita a la Gerencia del Área Sanitaria V una copia de la historia clínica de la perjudicada relativa al proceso de referencia y un informe de los Servicios de Urgencias, de Ginecología, de Cirugía General, de Anestesia, de Radiología y de Neurología, y que se informe por la Unidad de Enfermedades Infecciosas sobre “el posible origen y causalidad de las secuelas que presenta la reclamante”.

Con idéntica fecha requiere a la Gerencia del Área Sanitaria IV un informe de los Servicios de Neurología, de Rehabilitación, de Otorrinolaringología y de Psiquiatría.

6. Mediante oficio de 9 de mayo de 2016, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV envía al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios el informe emitido por el Jefe de la Sección de Neurología del Hospital “Y” el día 6 de ese mismo mes. En él señala que la paciente “fue valorada en tres ocasiones a lo largo de su hospitalización” y que en “esas evaluaciones se llevó a cabo un seguimiento clínico y se completaron los estudios diagnósticos vasculares realizados en “X”, descartándose “la existencia de patología en las arterias cerebrales”. Asimismo, “se solicitó consulta a Logopedia para complementar el plan de rehabilitación”. Indica que se valora por última vez a la paciente el 13 de marzo de 2015, ya que con posterioridad a esa fecha hubo un “cambio de planes y el reingreso no se produce” en el Hospital “Y” sino en el Hospital “X”. Al respecto, hace notar que “por parte del Servicio de Neurología se llevó a cabo el seguimiento y estudio adecuado durante su ingreso hospitalario, y que la modificación de los planes previstos truncó su seguimiento posterior. No obstante (...), dicho seguimiento puede ser reactivado en cualquier momento por el médico de Atención Primaria o por el médico responsable” de la paciente.

Con fecha 12 de mayo de 2016, le traslada el informe elaborado por el Servicio de Otorrinolaringología el 12 de mayo de 2016. En él consta que la

paciente es valorada en ese Servicio en septiembre de 2015 de "posibles secuelas de una traqueotomía". Se le realiza un TC que "muestra en la región de la hendidura de traqueostomía presencia de tejido celular subcutáneo, sin comunicación con la vía aérea. La tráquea muestra una morfología y calibre normal, sin presencia de estenosis a este ni a ningún otro nivel (...). Estructuras de faringe e hipofaringe sin alteraciones. Laringe de características normales". Reseña que el 25 de enero es valorada por última vez comunicándole el resultado de la prueba de imagen, reflejándose que "refiere que cuando hace ejercicio parece fugar aire por la cicatriz del estoma, aunque en la exploración no se objetiva dicha fuga ni se observa solución de continuidad cutánea (en el TC tampoco se observa)". Precisa que tiene cita de seguimiento en este Servicio el 27 de septiembre de 2016.

En el informe rubricado por el Director del Área de Gestión Clínica de Salud Mental y por un psicólogo clínico el 13 de mayo de 2016 se consigna que la paciente "recibió apoyo psicológico (...) entre el 12 de febrero y el 13 de marzo de 2015 durante un ingreso que tuvo en el Hospital `Y` (...). Finaliza la intervención ante un alta previsiblemente temporal, acordando la continuidad de la intervención cuando volviera a ser ingresada. No recibimos posterior petición de asistencia". Comentan que la atención a los problemas de salud mental a nivel ambulatorio corren a cargo del área sanitaria de referencia, en este caso, la V.

Mediante escrito de 24 de mayo de 2016 le remite el informe suscrito por el Director del Área de Gestión Clínica de Rehabilitación ese mismo día. En él se refleja que la paciente "fue valorada por la Sección de Rehabilitación Neurológica (...), que pautó tratamiento para el cuadro hemiparético y este fue llevado a cabo en la habitación por un fisioterapeuta del Servicio". En relación al "alta con deambulación totalmente incorrecta" denunciada en el escrito de reclamación, afirma que la paciente tenía muchas dificultades (amputación de la mano izquierda y hemiparesia derecha) que imposibilitaban la ayuda de los miembros superiores en la estabilidad y facilitación de la marcha, por lo que "no es posible asegurar el riesgo cero en este tipo de pacientes". Recuerda que en

el momento en que recibió el alta en este Servicio “caminaba de forma independiente, lograba verticalización desde la sedestación y era capaz de salvar obstáculos (rampas, escaleras)”. En cuanto a la “telemetría y desalineación” del miembro inferior derecho, señalan que “presentaba una deformidad por valgo de rodilla derecha por su hemiparesia”, por lo que “fue preciso modificar y readaptar dicha prótesis para conseguir, sino una corrección total de la deformidad, al menos un alineamiento que permitiera una marcha confortable, como así se logró al alta del proceso”. Por lo que se refiere al “alta precoz” en este Servicio, manifiesta que la rehabilitación es un proceso “dinámico” que no se acaba con el alta, sino que *a posteriori* es donde se procede a “modificar o introducir nuevas prestaciones”, y que en la última consulta (15-12-2015) “se le ofreció seguir su evolución y acudir a revisión cuantas veces fueran necesarias”, aunque en el momento de redactar el informe no les constaba “ninguna petición al respecto”. En pro del pie ortopédico que se le indicó por este Servicio, comentan que es “adecuado en la primera fase de rehabilitación”, además de ser “un pie de bajo peso”; añadiendo que en la actualidad la evidencia científica es “insuficiente (...) acerca de la superioridad técnica de un tipo de pie protésico sobre otro”. Con respecto a la protetización de los miembros superiores, subraya que “no existe una opción fija o definitiva, sino que se deberán ofrecer según evolución y necesidades individuales de cada paciente”, por lo que, teniendo esto en cuenta la doctora, “sin descartar otras opciones en el futuro, indicó una solución estética para la mano izquierda y desestimó, en principio, la protetización en la mano derecha”.

7. Con fecha 14 de junio de 2016, el Gerente del Área Sanitaria V traslada al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia de la historia clínica de la paciente obrante en el Hospital “X” y los informes solicitados.

En la historia clínica figuran, entre otros, los siguientes documentos: a) Informe del Servicio de Medicina Intensiva, de 21 de enero de 2015, en el que consta como fecha de ingreso el 15-12-2014, 00:50 h, y como fecha de alta el

22-01-2015. Se indica que el 14 de diciembre de 2014, "tras valoración ginecología, la paciente pasa a cargo de Cirugía General a tratamiento antibiótico con Gentamicina (9 a. m. del 15-12) y Metronidazol (no se le puso)". Se deja constancia de que se trata de una "paciente de 39 años que ingresa por shock séptico de origen ginecológico con fracaso multiorgánico asociado, con fallos respiratorio, hemodinámico, metabólico, renal, coagulopatía y lesión hepática secundarios. Al ingreso se inicia sedoanalgesia y relajación, además de tratamiento del shock séptico con soportes vasoactivos, antibioterapia de amplio espectro y pauta esteroidea, soportes físicos de los fallos orgánicos como ventilación mecánica y técnicas continuas de reemplazo renal. En relación a la situación hemodinámica, presento requerimientos de vasoactivos con noradrenalina (...) y dobutamina (...). Como secuela de las dosis elevadas de fármacos presentó desde las primeras horas de ingreso signos de hipoperfusión distal de las cuatro extremidades, con rápida progresión a isquemia y necrosis de los mismos, iniciándose (tratamiento). Cirugía Vasculuar ha realizado seguimiento de dichas lesiones recomendando tratamiento con prostaciclina intravenosas durante tres semanas una vez la hemodinámica se mantuvo estable, así como mediante la realización de curas de la zona, aunque actualmente se realizan cada 48 horas. En relación al fracaso renal agudo anúrico (...), se instauró hemodiafiltración veno-venosa continua desde el 16-12-15 (*sic*, en realidad 2014) hasta la recuperación del fallo orgánico y de la diuresis espontánea, el 28-12-15 (*sic*). Posteriormente ha mantenido mejoría progresiva de las cifras de función renal, diuresis y manejo de iones./ Neurologicamente, tras el inicio de la retirada de la sedoanalgesia en perfusión continua presentó despertar lento con hemiparesis derecha y afasia, por lo que se realizó TAC craneal el 09-01-15 en el que se describe lesión isquémica en lóbulo frontal izquierdo compatible con ictus subagudo, en probable relación con bajo gasto e hipoperfusión durante los primeros días de estancia en UCI. Tras solicitar valoración por Neurología se recomienda antiagregación y estudio de ictus en paciente crítico. Queda pendiente ecocardiografía transtorácica, recomendamos volver a solicitar durante su estancia en planta (...). La situación

actual de la paciente es hemiparesia derecha a pesar de rehabilitación diaria y afasia de expresión, con buena comprensión y control emocional. Se solicitó valoración por Psiquiatría, que recomendó pauta de Escitalopram, iniciado el 19-01-15./ Desde el punto de vista respiratorio, en las primeras horas de ingreso presentó balances positivos con derrame pleural bilateral que requirió inicialmente FiO₂ de 0,6 para mantener intercambio gaseoso adecuado, con mejoría de la oxigenación al conseguir balances negativos. Posteriormente, y con estabilidad clínica mantenida, se procedió a la suspensión de la sedación, que permitió avanzar parcialmente en el destete de la ventilación mecánica. No obstante, ante las dificultades para el manejo de secreciones hemáticas en relación al sangrado autolimitado de la vía aérea superior, el día 05-01-15 se practicó traqueostomía. Desde entonces mejoría de la fuerza para toser y excelente intercambio gaseoso hasta ser decanulada el 20-01, permaneciendo la paciente eupneica, sin necesidades de oxigenoterapia y presentando un excelente manejo de las secreciones. Tolerancia a dieta y medicación oral./ Desde el punto de vista etiológico se aisló en cultivos de ingreso (...) *S. pyogenes* en exudado vaginal y líquido ascítico, así como *K. pneumoniae* y *E. faecalis* en cultivo de DIU, iniciando al ingreso antibioterapia empírica de amplio espectro con Piperacilina-Tazobactam, Amikacina, Gentamicina y Vancomicina. Se completó pauta de tres semanas de tratamiento con Tazocel y desescalada del resto de la antibioterapia en función de la negativización de los cultivos y descenso progresivo en los reactantes de fase aguda, con pico de PCT de 87 y PCR 312, además de leucocitosis de hasta 40.000, con trombocitopenia inicial por el fracaso de la coagulación y posterior trombocitosis reactiva de hasta 1.000.000 plaquetas. El 26-12-15 (*sic*) se reinicia antibioterapia empírica con Linezolid para cubrir posterior sobreinfección con foco localizado en necrosis distal de extremidades, con elevación de reactantes de fase aguda y fiebre, con cultivos negativos y mejoría clínica y analítica desde el 06-12 (*sic*), motivo por el cual se suspendió pauta tras cumplir 14 días. Durante su estancia en UCI solo ha aparecido crecimiento de *H. influenzae* tipo I en AT del 16-12-15, con negativización en posterior cultivo de vigilancia". b) Informe de la Unidad de

Enfermedades Infecciosas, de 4 de febrero de 2015, en el que se indica que la paciente "se encuentra ingresada en nuestro centro por cuadro de necrosis de las cuatro extremidades como complicación del uso de aminas vasoactivas durante su estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos (...). Presenta momificación en diferentes estadios evolutivos de ambas manos y pies, no siendo posible valorar en estos momentos el nivel de amputación que precisará en cada una de las extremidades". c) Informe clínico de alta de la Unidad de Enfermedades Infecciosas, de 10 de febrero de 2015, en el que se consigna que con dicha fecha es trasladada al Hospital "Y" para valoración e intervención por Cirugía Plástica. Se trata de una "paciente con los problemas agudos referidos, en situación de estabilidad clínica, con secuelas neurológicas en recuperación, con severa afectación a nivel braquial, en programa diario de fisioterapia pasiva, con complicaciones vasculares distales severas de las cuatro extremidades, con signos de infección, sobre todo en ambos pies, con aislamiento de *Enterobacter cloacae* y *Candida albicans*, en tratamiento con Tazocel y Anidulafungina desde el 29-02, que precisan valoración e intervención por C. plástica". d) Informe clínico de alta del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital "Y", de 14 de marzo de 2015, en el que figura el diagnóstico principal de necrosis partes acras y como otros diagnósticos los de shock séptico y fallo multiorgánico de probable origen ginecológico, ictus isquémico en territorio carotídeo izquierdo con hemiparesia derecha (RM 30-01-15: etiología embólica), isquemia severa distal de extremidades, polineuropatía del paciente crítico en rehabilitación y oagulación intravascular diseminada. Se consigna que el 11 de febrero "bajo anestesia general se realiza amputación conservadora" de miembro superior derecho e izquierdo; el 19 de febrero "bajo anestesia general se realiza amputación infracondílea (en miembro inferior derecho), transmetatarsiana abierta de pie izdo."; el 5 de marzo se efectúa bajo anestesia general "reconstrucción microquirúrgica de defecto plantar izquierdo con colgajo dorsal ancho libre + reconstrucción tendinosa de Aquiles con injerto de banco", y el 7 de marzo se lleva a cabo "bajo anestesia general desbridamiento de colgajo libre por isquemia de la transferencia". e) Informe clínico de alta del

Servicio de Angiología y Cirugía Vasculardel Hospital "X" en el que se refleja como fecha del ingreso el 25-03-2015 y como fecha del alta el 01-04-2015. En él se consigna que el 27 de marzo se realiza "amputación transtibial" en miembro inferior izquierdo. Se cita para revisión el 7 de abril y se le comunica que será citada en el Servicio de Ginecología. f) Informe del Servicio de Urgencias del Hospital "X" en el que consta que el 23 de junio de 2015 la paciente ingresa por "crisis epiléptica", cursando alta el 24 de junio con tratamiento farmacológico, indicación de revisión en Neurología y control por su médico de Atención Primaria. g) Histórico de prescripción de diversos fármacos entre los que destacan Metronidazol y Gentamicina el día 14 de diciembre, a las 22:58 h y 22:59 h, respectivamente, con la indicación de "empezar a su llegada a planta y después ajustar horario". La primera referencia a la pauta de Clindamicina 600 mg/4 mL es el 15 de diciembre a las 19:04 h, y a la Piperacilina/Tazobactam 4 g el mismo día a las 19:06 h.

En el informe del Jefe de Servicio de Cirugía General del Hospital "X", suscrito el 9 de junio de 2016, se indica que "se solicita interconsulta a este Servicio procedente de Urgencias a las 18:53 horas para valoración. Bajo la sospecha de posible foco infeccioso de origen ginecológico como causante del cuadro se avisa al Servicio de Ginecología para valoración urgente, sin confirmarse dicho origen (...). Se solicita TAC abdominal urgente en el que cómo único hallazgo relevante destaca proctitis./ Se indica tratamiento a las 22:18 horas del día 14 de diciembre de 2014 con Metronidazol y Gentamicina, con indicación de comenzar el tratamiento al ingreso y luego ajustar el horario./ La paciente es ingresada en planta de Cirugía a las 23:00 horas para observación e inicio de sueroterapia y antibioterapia de amplio espectro". El 15 de diciembre, a las 9:30 horas, y "ante la no mejoría analítica ni clínica, con una exploración abdominal patológica, se propone valoración por anestesia e intervención quirúrgica urgente (laparoscopia diagnóstica-terapéutica)./ Se informa a la paciente del procedimiento a realizar firmando el consentimiento oportuno".

El Servicio de Anestesiología y Reanimación informa, con fecha 11 de mayo de 2016, que “el anesthesiólogo de guardia fue requerido para una cirugía urgente en una paciente con un deterioro hemodinámico evidente, por lo que inmediatamente fue llevada a quirófano donde se procedió a iniciar las medidas de resucitación/reanimación”. Al respecto, destaca que el anesthesiólogo, aunque no exclusivamente, es “el especialista adecuado para llevar a cabo una reanimación hemodinámica” y que “el quirófano es también un lugar idóneo, por no decir ideal, para iniciar el tratamiento agresivo en este tipo de situaciones; por ello carece de sentido la afirmación de que la paciente se debía haber remitido a UCI para ser remontada hemodinámicamente”. Es más, subraya que “haber remitido a la paciente a la UCI en ese momento” ante la situación que presentaba (“séptico, hipotenso y con sospecha de abdomen agudo”) estaría “en contra de lo que podríamos denominar la *lex artis*”. En cuanto al consentimiento informado, asevera que este “fue firmado por la paciente”, que “lo recuerdan perfectamente (dada la excepcionalidad del caso)”, y refieren que “le fue explicada la situación de gravedad estando (...) consciente, orientada temporo-espacialmente y mostrándose en todo momento colaboradora”. Reitera que “la paciente entendió la intervención a la que iba a ser sometida y firmó dicho documento”. Respecto a la aplicación de “Vancomicina intraoperatoria”, aclaran que se trató de una decisión “consensuada por todo el equipo médico presente en el quirófano”.

El Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia y el Jefe de Sección señalan, el 23 de mayo de 2016, que “en el cuadro clínico de la paciente predominaba la fiebre y afectación del estado general, resultando más secundario su dolor abdominal (...), y el enfoque inicial en ningún caso fue el de un ‘abdomen agudo’ (...). La exploración clínica ginecológica practicada en Urgencias (...) debe considerarse correcta”. Ante la afirmación realizada en aquel momento de que “el tacto vaginal resulta poco informativo por el dolor que despierta”, afirman que “este dato debe considerarse como ‘inespecífico’ para sospecha de enfermedad inflamatoria pélvica (...), habida cuenta de la falta de otros signos clínicos (leucorrea purulenta, mal oliente, ausencia de

signos peritoneales claros, falta de masas anexiales ecográficas o grandes colecciones libres)". Sostienen que la exploración fue "poco concluyente y concordante con la practicada por el S. de Cirugía (...). Las pruebas de imagen (...) en ningún caso establecieron sospecha diagnóstica de (enfermedad inflamatoria pélvica), apuntando hacia un posible origen inflamatorio intestinal bajo (proctitis)". Por último, manifiestan que "en ningún caso cuestionamos el diagnóstico definitivo de shock séptico por *S. pyogenes*, aunque a la vista de los diferentes cultivos realizados pensamos que no queda establecido un claro origen ginecológico. Los informes emitidos por los diferentes Servicios no resultan concordantes, son confusos y el informe pericial manifiesta "infección de dispositivo intrauterino por *S. pyogenes*, *K. pneumoniae* y *E. faecalis*" cuando esto no se ajusta a la realidad. Procede a citar cronológicamente los resultados de los primeros cultivos realizados según constan en los sucesivos informes de Bacteriología: / a) 15-12-2014. Cultivo de líquido ascítico: *S. pyogenes* (grupo A). / b) 15-12-2014. Hemocultivos (3): cultivos negativos. c) 15-12-2014. Cultivo de exudado vaginal: *S. pyogenes*. d) 15-12-2014. Cultivo de DIU: *K. pneumoniae* y *E. faecalis*. e) 16-12-2014. Cultivo de exudado vaginal: negativo. / A la vista de la no existencia de *S. pyogenes* en DIU, con hemocultivos negativos y exploración visual en acto quirúrgico de un aparato genital interno sin signos claros de (enfermedad inflamatoria pélvica), no parece posible que podamos afirmar que el 'foco infeccioso primario' sea el DIU, aunque esté fuera de dudas que el citado germen estuviera implicado en el cuadro séptico".

En el informe elaborado por la Facultativa Especialista de Área de la Unidad de Enfermedades Infecciosas/Medicina Interna, de 20 de mayo de 2016, se expone que "la situación clínico-analítica de la paciente evolucionó de manera desfavorable durante las primeras horas de ingreso, desarrollando un shock séptico con fracaso multiorgánico (hemodinámica con hipoperfusión, respiratorio, metabólico, renal, hepática y con coagulopatía secundaria) que precisó ingreso precoz en UVI y ventilación mecánica". En cuanto a su intervención, señalan que la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Servicio

de Medicina Interna “colaboró en la atención de la paciente en planta de hospitalización tras ser alta de la Unidad de Cuidados Intensivos”. Explican que “la peritonitis primaria por *S. pyogenes* es una entidad muy poco frecuente que se presenta preferentemente en mujeres, con mal pronóstico por la capacidad invasora de la bacteria, que incrementa el riesgo y la gravedad de las lesiones asociadas y la incidencia de shock séptico./ El shock séptico es una patología infecciosa con elevada morbi-mortalidad, a pesar de aplicar correctamente las medidas terapéuticas habituales, que consisten en la estabilización hemodinámicamente del paciente (con aporte de líquidos y/o aminas vasoactivas), el inicio precoz de la terapia antibiótica empírica de amplio espectro a la dosis adecuada y ajustada a los parámetros específicos de eficacia y cuyo espectro cubra a los microorganismos potencialmente implicados en la supuesta infección. En este caso, pensando en una peritonitis primaria en el seno de una enfermedad inflamatoria pélvica, al menos se debería ofrecer cobertura para gérmenes como Clamidias, gonococo y los habituales en la flora vaginal, entre los que se encuentra el *S. pyogenes*; todo ello tras una correcta recogida de muestras microbiológicas que nunca debería ser un motivo para retrasar el inicio de la terapia antibiótica en un paciente grave. Se considera que el retraso en el inicio de un tratamiento antibiótico empírico eficaz en pacientes graves es un factor independiente que aumenta el riesgo de morbi-mortalidad”. Añade que “cuando la patología infecciosa se presenta de manera agresiva se pone en marcha la cascada inflamatoria sistémica, con el paso de múltiples mediadores inflamatorios a la circulación general que, de manera compleja, activan el sistema de la coagulación, del complemento, alteran la integridad de la microcirculación provocando un daño endotelial con hipoperfusión, hipoxemia, coagulación intravascular y vasoconstricción grave que puede ser determinante del fracaso multiorgánico y de la aparición de lesiones isquémicas periféricas, como complicación grave del shock séptico. Otros factores, como la necesidad de emplear aminas vasoactivas, podrían potenciar el efecto vasoconstrictor periférico”. Por último, y en relación con el “código sepsis”, indica que “el tiempo es determinante en la evolución”.

En el informe elaborado por el Jefe de la Sección de Neurología, de 24 de mayo de 2016, se consigna que “nunca estuvo ingresada a nuestro cargo y la Sección de Neurología siempre actuó como interconsulta a demanda de los servicios responsables de la paciente./ Durante su estancia en la UCI es valorada por primera vez el día 12 de enero de 2015 (...) porque al retirar la sedación se objetiva una afasia y una hemiparesia derecha. Se le había realizado un TAC que demostró la existencia de un infarto frontoparietal izquierdo (...). La paciente presentaba además una polineuropatía del paciente crítico y ya había iniciado tratamiento rehabilitador con las limitaciones secundarias a la isquemia de las extremidades./ Con fecha 28 de enero de 2015 (...) es valorada de nuevo (...) objetivándose una afasia de expresión, pero comprendiendo bien, y una hemiparesia derecha severa. Se mantiene tratamiento con antiagregante y se solicita RMN craneal (...). Continúa con el tratamiento rehabilitador en cama (...). La actuación de la Sección de Neurología ha sido la indicada en una paciente con un ictus en el contexto de un cuadro séptico grave y con un probable mecanismo hemodinámico: Explorar a la paciente./ Solicitar estudios complementarios./ Aconsejar tratamiento./ Indicar rehabilitación que ya se estaba realizando./ La logopedia se realiza siempre de manera ambulatoria”.

En el informe elaborado por la Jefa del Servicio de Radiodiagnóstico, de 1 de junio de 2016, se reseña que “durante la jornada de guardia del día 14-12-14 (...) se nos solicita un TAC abdominal para (...) descartar foco séptico abdominal. Se nos adjunta la siguiente información clínica:/ fiebre elevada y dolor abdominal de más de 24 horas de evolución. No cuenta clínica asociada. A la exploración: dolor abdominal importante en ambas fosas ilíacas con defensa y rebote positivos. Analítica de sepsis con PCR y procalcitonina elevadas y leucocitosis. Insuficiencia renal prerrenal”. Comenta que al tratarse de una mujer joven con insuficiencia renal le realizan primero una ecografía abdominal -sin irradiación, ni contraste intravenoso-, puntualizando que la conocen “al realizarle la ecografía y no antes”, y que les “impresiona de gravedad”. Ante la escasez de hallazgos en la ecografía le efectúan el TAC

inmediatamente después (“ambas exploraciones se realizaron en 25 minutos”). Añade que “tras la realización del TAC se indicó hidratación, como es práctica habitual siempre que se administra contraste (intravenoso), haciendo hincapié en este caso por la insuficiencia renal previa”. Por último, considera “haber actuado correctamente y empleado todos los medios disponibles”.

En el informe elaborado por la Jefa de la Unidad de Urgencias, el 10 de mayo de 2016, se indica que desde la llegada de la paciente a Urgencias “las medidas terapéuticas estuvieron encaminadas a normalizar la PA, restaurar la probable hipoperfusión de los órganos (refería oliguria y escasa ingesta) y diagnosticar la causa”, precisando que se le pone suero fisiológico de 500 cc y se coloca sonda vesical para cuantificar diuresis. Afirma que “durante su estancia en Urgencias se mantuvo la perfusión de líquidos con cristaloides -ya iniciada por el médico de Atención Primaria en domicilio- con objeto de mejorar la PA y la perfusión de órganos y se controlaron constantes cada 1-2 h./ Simultáneamente y tras H.^a clínica y exploración de la paciente se solicitaron una serie de determinaciones analíticas./ A la obtención de resultados y con los datos previos (...) y exploración (...) se sospecha de sepsis probable de origen abdominal y quirúrgico?/ Se solicitó consulta a Cirugía, quien valoró a la paciente y (...) consideró oportuno otras consultas y pruebas de imagen./ Hasta el momento del ingreso en planta de hospitalización no presentó deterioro del nivel de conciencia o respiratorio y buena diuresis, si bien las tensiones permanecieron bajas”.

Asimismo, se remite diversa documentación solicitada por la interesada al Servicio de Atención al Usuario, entre la que se encuentra la siguiente: a) Relación de los facultativos de guardia en el Hospital “X” el día 14 de diciembre de 2014 y Servicio al que pertenecen. b) Histórico de prescripción farmacológica y no farmacológica. c) Escrito de la Jefa del Servicio de Atención al Ciudadano, de 26 de febrero de 2016, en el que se recoge, a propósito del listado de prescripción farmacológica, que “en función de los datos disponibles no se puede informar con seguridad acerca de qué líneas de prescripción fueron administradas y cuáles no”.

8. Con fecha 7 de julio de 2016, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios remite una copia del expediente a la correduría de seguros a fin de que se recabe informe pericial de la compañía aseguradora.

Obra incorporado al expediente, a continuación, el informe emitido el 29 de agosto de 2016 por cuatro especialistas en Medicina Interna. En él explican que “la peritonitis espontánea o primaria por *Streptococcus pyogenes* es una rara entidad de la que hasta 2014 solo había descritos 36 casos en la literatura médica mundial”. Señalan que la interesada “tenía una peritonitis primaria por *Streptococcus pyogenes* sin encontrar ninguna perforación o infección en continuidad para pensar en peritonitis secundaria. Tenía también una vulvovaginitis por este microorganismo, como se ha descrito en alguno de los casos publicados. Aunque en el cultivo del DIU se aislaron dos bacterias gramnegativas, creemos que estas no tienen ningún papel en el cuadro infeccioso que presentaba la enferma, ya que no se aislaron en ninguno de los otros cultivos y por tanto debían ser una colonización del DIU, sin infección”.

Por lo que se refiere a los síntomas, indican que suele aparecer “casi siempre (en) mujeres, sin enfermedad previa, que presenta un cuadro de peritonitis aguda (dolor abdominal, fiebre y signos de irritación peritoneal) sin causa aparente y con unas pruebas de imagen (ecografía, TAC) sin hallazgos relevantes. Casi en la mitad de los casos aparece un síndrome de shock tóxico estreptocócico y, con menos frecuencia, shock séptico. El diagnóstico se suele hacer *a posteriori* (...), ya que casi siempre está indicada la cirugía durante la cual se toma una muestra de líquido peritoneal cuyo cultivo da el diagnóstico (...). El pronóstico es muy malo, con una mortalidad superior al 30 % con el tratamiento más adecuado”.

Manifiestan que “la paciente tenía la peritonitis por *S. pyogenes* cuando ingresó, siendo imposible el diagnóstico de esta rarísima infección en ese momento. El síndrome del shock tóxico estreptocócico no apareció hasta el momento de la intervención quirúrgica, cuando ya la enferma había recibido la primera dosis del antibiótico. La Gentamicina no es el antibiótico recomendado

(...) por su toxicidad, sobre todo renal y auditiva, pero es muy activo frente al mismo y por tanto es un antibiótico capaz de eliminar la infección por estreptococos". Aunque, a su juicio, la enferma padecía el shock tóxico estreptocócico, la duda entre el referido shock y el shock séptico no tiene "trascendencia", ya que "la actuación es la misma (...), antibióticos, reanimación con fluidos intravenosos y drogas vasoactivas".

Respecto a la sepsis, afirman que es la "respuesta sistémica del organismo frente a la infección", por lo que para hablar de sepsis tiene que haber dos elementos, un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica y una infección demostrada. El síndrome de respuesta inflamatoria sistémica se manifiesta por dos o más de las siguientes alteraciones: temperatura $>38\text{ }^{\circ}\text{C}$ o $<36\text{ }^{\circ}\text{C}$, frecuencia cardíaca >90 pulsaciones/minuto, frecuencia respiratoria >20 /minuto o $\text{PCO}_2 <32$ mmHG, hemograma con >12.000 leucocitos/ mm^3 o <4.000 leucocitos/ mm^3 o $>10\%$ de cayados. Reseñan que la sepsis grave es la asociada a la disfunción de un órgano, a hipotensión o a hipoperfusión (acidosis láctica, oliguria o alteración aguda de la consciencia), y precisan que las recomendaciones han sido revisadas en 2007, 2008 y 2012, añadiendo algunos datos para incluir en los criterios del síndrome de respuesta inflamatoria sistémica de causa infecciosa, como son el edema, la hiperglucemia, la elevación de PCR o de procalcitonina).

En relación con el caso que nos ocupa, indican que la enferma mostraba "cuando llegó a Urgencias del Hospital 'X' criterios de (síndrome de respuesta inflamatoria sistémica), ya que tenía una frecuencia cardíaca superior a 90 y más de 12.000 leucocitos. Sin embargo no existía un diagnóstico de infección, ya que no existía ningún foco infeccioso evidenciable y, aunque la procalcitonina y (la) PCR estaban aumentadas, estos son datos que orientan a infección pero no la confirman (...). Además, la paciente tenía una presión arterial sistólica menor de 90 mmHg y una creatinina mayor de 2. Por ello, si (...) tuviese una infección tendría una sepsis grave, pero hay que insistir en que en ese momento no existía diagnóstico de infección. Por otro lado, si tenemos en cuenta los nuevos criterios de sepsis -se refieren a los criterios qSOFA

instaurados en 2016- la enferma no tenía sepsis, ya que solo tenía uno de los tres criterios (hipotensión) y se requiere que existan dos (alteración del estado mental medido por un Glasgow menor de 15 o taquipnea mayor de 22 respiraciones por minuto)”.

Sobre la atención dispensada en Urgencias, consideran que fue “correcta”, puesto que “se administró una cantidad adecuada de fluidos con lo que la tensión arterial sistólica subió de 74 a 86 mmHg que tenía cuando salió de Urgencias para ingresar, manteniendo diuresis adecuada. Por ello, lo que se puede asegurar, en ausencia de lactato, es que en ese momento no tenía un shock séptico, ya que hubo respuesta al tratamiento con fluidos”. Añaden que en Urgencias “había un dato que orientaba a intervención quirúrgica (marcada leucocitosis), pero sin una clara existencia de peritonismo. Por ello correctamente se decidió hacer exploraciones complementarias (...) que no aclararon la situación, por lo que correctamente fue hospitalizada para ver evolución. Diez horas después existían claros signos de irritación peritoneal y empeoramiento del estado general, por lo que acertadamente fue intervenida”.

En cuanto a las lesiones isquémicas, señalan que fueron debidas a la asociación de dos factores, la “administración de aminas vasoactivas, especialmente noradrenalina”, y la “hipotensión debida al shock”.

Por lo que se refiere a la polineuropatía que apareció en la UCI, indican que “es consecuencia de la larga estancia en UCI por la sepsis y es una complicación inevitable que desaparecerá en un tiempo imposible de asegurar, pero que, según la documentación, ha ido ocurriendo en la evolución de la enferma”.

En relación con determinadas afirmaciones vertidas en el escrito de reclamación, sostienen que “el tratamiento del shock séptico puede hacerse correctamente en quirófano, que es una UCI especialmente dotada de medios de tratamiento y con anestesistas, especialistas en el manejo de situaciones graves”, y, ante la afirmación de que “si se hubiesen aplicado los protocolos de sepsis la enferma estaría igual que antes de padecer la enfermedad”, los peritos manifiestan que “esto no se corresponde con la realidad” porque “la

enfermedad que padecía (...) es muy infrecuente, de imposible diagnóstico sin un cultivo de líquido peritoneal y de una mortalidad elevada, en torno al 30 % con tratamiento adecuado./ En el momento de ser atendida en Urgencias no era posible establecer el diagnóstico de sepsis grave porque la infección no era evidente./ Aun suponiendo que el diagnóstico de sepsis grave o de shock séptico se hubiese podido hacer, la aplicación de los protocolos en lugar de la actuación según criterio clínico no evitaría la evolución fatal de la sepsis en todos los casos (...). Por tanto la aplicación del protocolo de sepsis es útil en aproximadamente el 15 % absoluto de los enfermos, lo que corresponde a una utilidad relativa del 30 %”.

9. El día 10 de octubre de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas dicta resolución por la que se acuerda incorporar al expediente el informe de todos los servicios que han tratado a la perjudicada y denegar la práctica de las pruebas pericial y testifical solicitadas, ya que “no procede realizar una prueba pericial ni testifical para que un perito o un testigo proceda a emitir un informe cuando este puede realizarse mediante la emisión de un dictamen escrito”, lo que se notifica a los interesados.

10. Mediante escrito notificado a los reclamantes el 25 de octubre de 2016, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios les comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándoles una relación de los documentos obrantes en el expediente.

Con fecha 27 de octubre de 2016, se persona en las dependencias administrativas uno de los interesados y se le entrega un CD que contiene una copia de los documentos obrantes en aquel.

El 10 de noviembre de 2016, uno de los reclamantes -el marido de la perjudicada- presenta un escrito de alegaciones en el registro de la Administración del Principado de Asturias en el que reitera que la atención dispensada en Urgencias “no estuvo encaminada a evitar agravamientos y complicaciones; ni se pusieron los medios humanos, ni materiales adecuados y

a disposición". Así, la enferma presentaba "a las 16:05 horas del domingo, 14 de diciembre (...), manifestaciones clínicas evidentes de cuadro infeccioso séptico; fiebre alta de 39º-40º, hipotensión importante y taquicardia mantenidas, analítica con infección grave séptica (29.860 leucocitos/mm³, 96 % de neutrófilos, procalcitonina 69,41 y PCR 339,1); asimismo presenta afectación renal (a su ingreso no orinaba desde el viernes noche -36 horas antes- urea 85 y creatinina 2,41 mg/dl); además presentaba signos de posible origen abdominal de la infección séptica (abdomen con defensa y dolor a la palpación en (fosa ilíaca derecha y fosa ilíaca izquierda), Blumberg dudoso y Rovsing positivo)".

Reprocha que, pese a presentar esta clínica, "no se le pauta tratamiento antibiótico para la sepsis hasta las 9:00 horas del lunes 15 de diciembre; es decir, a las 20 horas de su ingreso hospitalario (...), lo que permitió la evolución de la sepsis hacia el shock séptico".

En cuanto al informe de la compañía aseguradora, considera que "desvían la atención hacia el origen de la infección cuando la deficiencia en el Servicio y causa del daño no está en el diagnóstico, sino en la falta de adopción de las medidas necesarias y protocolizadas para evitar que la paciente evolucionase hacia el shock séptico".

Por último, subraya que la paciente fue atendida por una residente de primer año de Cirugía Vasculuar; es decir, "una médico en formación trata a una enferma que, en atención a la gravedad que presentaba, fue remitida en una Unidad de Soporte Vital Básico".

11. Mediante oficio de 16 de noviembre de 2016, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios envía a la correduría de seguros una copia de las alegaciones presentadas.

12. El día 9 de diciembre de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones previas elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, y reproduce las consideraciones realizadas en el

informe emitido a instancias de la compañía aseguradora y en los informes de los Servicios de Anestesiología y Reanimación de 11 de mayo de 2016 y de Medicina Interna de 20 de mayo de 2016.

13. En este estado de tramitación, mediante escrito de 12 de enero 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.

Con fecha 13 de febrero de 2017, el Presidente del Consejo Consultivo solicita documentación para mejor proveer; en concreto, insta la realización de un informe “que detalle las razones que llevaron a administrar la Gentamicina a las 9 horas del día 15 de diciembre estando pautada su administración a su ingreso, que tuvo lugar a las 23 horas del día 14 de diciembre. Asimismo, debe informar si se administró Metronidazol o las razones por las que no se atendió esa pauta”. Se solicita igualmente un informe de “un perito experto en la materia (...) sobre la evolución esperada de la paciente y en qué medida habría influido en el curso evolutivo de su enfermedad tras la intervención del día 15 de diciembre de haberse administrado la Gentamicina y, en su caso, el Metronidazol a la hora prescrita (23:00 h del día 14 de diciembre)”. Finalmente, se requieren “los resultados de los cultivos realizados a esta paciente entre los días 14 (...) y 17 de diciembre de 2014, entre los que han de figurar los (...) de las muestras recogidas intraoperatoriamente el día 15 de diciembre de 2014”.

Con fecha 8 de mayo de 2017, se envían a este Consejo los informes emitidos por los Servicios de Microbiología y de Cirugía General y Digestiva, una cronología del ingreso de la paciente suscrita por la Directora de Gestión de Cuidados y Enfermería del Hospital “X” y un informe médico elaborado a instancias de la compañía aseguradora.

El informe emitido por el Jefe del Servicio de Cirugía General y Digestiva, de 28 de marzo de 2017, señala que “el día 14 de diciembre de 2014, a las

22:18 horas, se pauta tratamiento al ingreso con Metronidazol y Gentamicina, se desconoce a qué hora exacta se inició dicho tratamiento y los motivos de demora, si es que los hubo. Este punto debe ser consultado en el registro de enfermería correspondiente". Adjunta el informe emitido por este Servicio el 9 de junio de 2016, que ya obra incorporado al expediente.

El 7 de marzo de 2017, el Jefe de la Sección de Microbiología traslada los resultados de los cultivos realizados a la paciente, observándose que los cultivos del líquido ascítico son positivos para *Streptococcus pyogenes* (Grupo A) los días 15 y 16 de diciembre, que en el exudado vaginal se halló *Streptococcus pyogenes* (Grupo A) en la muestra del día 15 de diciembre (16:42 h), siendo negativo en los realizados a partir del 16 de diciembre (08:35 h), y que el cultivo del DIU fue positivo para *Klebsiella pneumoniae* y *Enterococcus faecalis* en la muestra tomada el 15 de diciembre (16:43 h).

En la cronología de ingreso de la paciente, y según los "registros del equipo de enfermería en la historia clínica electrónica", consta, el día 14 de diciembre de 2014, a las "12:36 h. La paciente ingresa en el Área de Urgencias (...). 13:14 h. Toma de constantes vitales: temperatura (36,4), TA (74/45), FC (101) (...); 14:34 h. Toma de constantes vitales: TA (75/46), FC (113) (...). 15:59 h. Toma de constantes vitales: temperatura (36,5), TA (70/46), FC (92) (...). 16:18 h. Se firma la medicación, Paracetamol 1 g/100 mL (...), perfusión intermitente pautada a las 16:13 horas (...). 21:54 h. Toma de constantes vitales: TA (86/46) (...). 22:25 h. Se solicita a Admisión ingreso de la paciente en hospitalización a través de Selene (...). 23:14 h. Se firma la medicación, Paracetamol 1 g/100 mL (...) (si precisa por dolor), perfusión intermitente pautada a las 01:00 horas (...). Se adelanta a las 23 horas por fiebre". El día 15 de diciembre de 2014 se anota, a las "00:50 h. En Selene pasa la paciente del ámbito de Urgencias al ámbito de hospitalización (...). 02:05 h. Se firma la medicación Metronidazol 500 mg/100 mL inyectable -500 mg (1.0 inyectable IV) (empezar a su llegada a planta) pautada a las 01:00 horas. Se añade motivo de anulación: no se encuentra en la planta en este momento (...). 02:22 h. Toma de constantes vitales: temperatura (38,1), TA (77/44), FC (120) (...).

06:43 h. Toma de constantes vitales: aparece la toma sin dato alguno (...).
07:22 h. Extracción de analítica solicitada programada para las 08:00 horas (...). La Directora de Gestión de Cuidados y Enfermería del Hospital "X" incorpora a este documento una "nota informativa" en la que explica que, "aunque en el componente actividades paciente (farmacológica) no consta la firma de la enfermera confirmando la administración del antibiótico Gentamicina 240 mg (intravenoso) pautado para las 09:00 horas del día 15-12-2014 sí se hace referencia de su administración en el informe clínico de alta del Servicio de Medicina Intensiva (...) del día 22-01-2015 y en el informe clínico de consulta externa del Servicio de (la) Unidad de Enfermedades Infecciosas (...) del día 23-01-2015./ Por otra parte, se refleja la administración de profilaxis antibiótica: Vancomicina 1 gramo (intravenoso) en el informe hoja quirúrgica de enfermería (...) del día 15-12-2014".

Finalmente, entre la documentación remitida figura un informe médico elaborado a instancias de la compañía aseguradora el 24 de abril de 2017 por un especialista en Medicina Interna, Enfermedades Infecciosas y Experto en VIH/SIDA. Tras analizar la asistencia dispensada a la paciente, concluye que "la peritonitis por *Streptococcus pyogenes* es una entidad muy rara y que puede producir cuadros muy graves asociados a su facilidad para formar abundante pus y toxinas que producen destrucción tisular (...). El tratamiento de elección de esta infección "consiste en la combinación de Penicilina más Clindamicina, aunque hay muchos otros antibióticos a los que la bacteria es sensible, como macrólidos, Vancomicina, cefalosporinas de primera y segunda generación y aminoglucósidos, como Gentamicina (...). El tratamiento de las infecciones intraabdominales debe basarse prioritariamente en el control quirúrgico del foco de la infección, dado que su retraso se asocia a una mayor mortalidad. La indicación de cirugía fue correcta en el momento adecuado (...). Según las hojas de tratamiento (...), se indicaron los antibióticos Gentamicina 240 mg el 14-12-14 a las 16:10 y Metronidazol 500 mg a las 16:11 (...). Se dice que el Metronidazol no se llegó a administrar, pero no tiene más relevancia, ya que este antibiótico no es eficaz frente a *Streptococcus pyogenes*, por lo que la

situación no habría cambiado en absoluto (...). Es más, a las 5:04 del 15-12-14 consta que se indicó el antibiótico Piperacilina/Tazobactam y a las 5:24 Clindamicina 900 mg. Y a las 10:00 (en quirófano) Vancomicina 1 g. El primero es un antibiótico de amplio espectro, Clindamicina es uno de los antibióticos de elección para *Streptococcus pyogenes* y esta bacteria también es sensible a Vancomicina, por lo que todos estos antibióticos estuvieron correctamente indicados”.

Explica que “la Gentamicina es un antibiótico que debe ser controlado con niveles sanguíneos (...) en pacientes con insuficiencia renal, pero se puede administrar si hay indicación con controles posteriores, y una dosis de 240 mg, como la que se puso a esta paciente, puede dar niveles en sangre adecuados durante más de 24 horas, por lo que no sería necesaria una dosis posterior antes de ese tiempo (...). Aunque no se administró en primera instancia un antibiótico de los llamados ‘de amplio espectro’ (...), la Gentamicina es activa frente a *Streptococcus*, que era el germen que tenía la paciente, por lo que se puede considerar que estuvo bien indicado. Posteriormente, a las 5:04 consta la indicación de Piperacilina/Tazobactam, antibiótico de ‘amplio espectro’”.

Por último, destaca que “la sepsis por esta bacteria es muy grave y cuando produce shock séptico la mortalidad es muy elevada”. Desde su punto de vista “las actuaciones referentes al tratamiento antibiótico fueron correctas”, dado que se indicaron los antibióticos “pensando en que la paciente tenía una infección intraabdominal, como así se demostró posteriormente”.

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 los interesados registrada en la Administración del Principado de Asturias con fecha 1 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, están los interesados activamente legitimados para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron. En el presente caso la reclamación se interpone también en nombre de los hijos menores de edad de la perjudicada y su marido (a tenor de la fotocopia de las hojas del Libro de Familia que obra en el expediente), estando estos facultados para actuar en su

nombre y representación, según lo establecido en el artículo 162 del Código Civil sobre representación legal de los hijos.

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 1 de abril de 2016, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -el alta hospitalaria de la última intervención quirúrgica- el día 1 de abril de 2015-, por lo que basta con acudir al principio del *dies a quo non computatur in termino*, conforme a su interpretación jurisprudencial, para concluir que la acción se ha ejercitado dentro del plazo 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 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, observamos que el informe evacuado por el Servicio de Cirugía General del Hospital "X" con fecha 9 de junio de 2016 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.

Asimismo, 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.- Se somete a nuestra consideración un procedimiento de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios que los interesados atribuyen a los diferentes servicios que atendieron a la perjudicada, al no diagnosticar y tratar a tiempo un shock séptico.

Obran en el expediente diversos informes médicos del Hospital “X” que acreditan que el 14 de diciembre de 2014 la reclamante acude al Servicio de Urgencias por “fiebre alta” y “dolor abdominal infraumbilical”, siendo diagnosticada de un shock séptico de origen ginecológico por *Streptococcus pyogenes* (aislado en el líquido ascítico y exudado vaginal) y fallo multiorgánico, aislándose asimismo en los cultivos del DIU que portaba la paciente *E. faecalis* y *K. pneumoniae*. La evolución fue desfavorable, desarrollando diversas complicaciones: ictus isquémico subagudo frontal izquierdo con hemiparesia derecha y afasia de expresión residuales, así como polineuropatía del paciente

crítico. Fue necesario la amputación conservadora de los miembros superiores e inferiores (transtibial del izquierdo e infracondílea del derecho).

Por lo que se refiere a los familiares de la perjudicada, y teniendo en cuenta la gravedad de las secuelas que a día de hoy sufre, podemos presumir en ellos una serie de padecimientos anudados al proceso clínico de su familiar que les ha originado un daño real y efectivo de naturaleza moral.

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 mismo tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento del 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.

La historia clínica de la paciente en relación con el proceso de referencia ha quedado ampliamente expuesta en los antecedentes de este dictamen. Por ello, a continuación nos centraremos en el análisis de la actuación de los servicios sanitarios respecto a las imputaciones de los reclamantes.

No obstante, y con carácter previo a dicho examen, debemos formular una serie de consideraciones sobre la infección que presentó la interesada. En primer lugar, nos encontramos ante una paciente de 39 años, portadora de un dispositivo intrauterino hormonal, que el 14 de diciembre acude a su médico de Atención Primaria por fiebre de días de evolución, siendo derivada al Servicio de Urgencias del Hospital "X", donde le realizan diferentes pruebas decidiéndose su hospitalización para observación e inicio de sueroterapia y antibioterapia de amplio espectro. Al día siguiente (15 de diciembre) le practican una laparoscopia diagnóstico-terapéutica, aislándose en los cultivos del líquido ascítico y del exudado vaginal *Streptococcus pyogenes* y en el DIU que portaba *E. faecalis* y *K. pneumoniae*, aunque parece que a estas dos últimas bacterias no se les dio relevancia (posible colonización del DIU, sin infección), ya que no se aislaron en los otros cultivos. Al respecto, y aunque en algunos informes médicos se hable de "infección de dispositivo intrauterino por *S. pyogenes*, *K. pneumoniae* y *E. faecalis*", se puede afirmar que, a la vista de los resultados de los cultivos realizados entre los días 14 y 17 de diciembre de 2014 el *Streptococcus pyogenes* solo se aisló en el líquido ascítico y en el exudado vaginal.

Según el informe elaborado por la Facultativa Especialista de Área de la Unidad de Enfermedades Infecciosas/Medicina Interna de 20 de mayo de 2016, "la peritonitis primaria por *S. pyogenes* es una entidad muy poco frecuente que se presenta preferentemente en mujeres, con mal pronóstico por la capacidad

invasora de la bacteria, que incrementa el riesgo y la gravedad de las lesiones asociadas y la incidencia de shock séptico”. Por su parte, los especialistas que suscriben el informe médico-pericial elaborado a instancias de la compañía aseguradora explican que “la peritonitis espontánea o primaria por *Streptococcus pyogenes* es una rara entidad de la que hasta 2014 solo había descritos 36 casos en la literatura médica mundial”. Por lo que se refiere a los síntomas, indican que suele aparecer “casi siempre (en) mujeres, sin enfermedad previa, que presentan un cuadro de peritonitis aguda (dolor abdominal, fiebre y signos de irritación peritoneal) sin causa aparente y con unas pruebas de imagen (ecografía, TAC) sin hallazgos relevantes. Casi en la mitad de los casos aparece un síndrome de shock tóxico estreptocócico y, con menos frecuencia, shock séptico. El diagnóstico se suele hacer *a posteriori* (...), ya que casi siempre está indicada la cirugía durante la cual se toma una muestra de líquido peritoneal cuyo cultivo da el diagnóstico (...). El pronóstico es muy malo, con una mortalidad superior al 30 % con el tratamiento más adecuado”.

En primer lugar, los reclamantes entienden que a la vista de la clínica que presentaba la paciente el día 14 de diciembre de 2014 a las 16:00 h -tres horas después de acudir al Servicio de Urgencias del Hospital “X”- “ya hay evidencia objetiva de que (...) tenía una sepsis grave (infección sospechada en foco abdominal, taquicardia >90 lat/min, leucocitosis >12.000, niveles elevados de PCR y procalcitonina)”, por lo que en ese momento “ya se debería de haber empezado a la utilización de antibióticos de amplio espectro”, reiterándose a lo largo de la reclamación que estamos ante una “enfermedad tiempo-dependiente”.

También ponen en cuestión el traslado a la paciente al Servicio de Anestesiología en la mañana del día 15 de diciembre, puesto que “precisa más de cuidados intensivos para resucitación hemodinámica que una cirugía urgente”.

Con ocasión del trámite de audiencia, uno de los interesados -el marido de la perjudicada- precisa que esta demora en la administración de antibióticos “permitió la evolución de la sepsis hacia el shock séptico”.

En apoyo de estas imputaciones aportan un informe pericial elaborado por un especialista en Medicina Interna y dos especialistas en Medicina Legal y Forense que sostienen que “la paciente presenta un cuadro compatible con una sepsis desde su primera asistencia en el Hospital ‘X’”, por lo que “debería haber ingresado en la UCI después de su paso inicial por Urgencias o, al menos, desde que se recibió el resultado de los análisis de sangre con procalcitonina y la PCR tan elevadas y la insuficiencia renal”. Añaden que ante los signos y síntomas que presentaba se “debería haber puesto antibioterapia de amplio espectro y monitorización estrecha desde el principio de su ingreso o en el menor tiempo posible desde que llegó al hospital”. Y entienden que la administración del tratamiento antibiótico con Gentamicina a las 9:00 horas de la mañana siguiente al ingreso fue “muy tarde”.

Tanto el informe médico que presentan los reclamantes como el elaborado a instancias de la compañía aseguradora aluden a las Recomendaciones internacionales para el tratamiento de sepsis grave y choque septicémico (elaboradas por un comité de consenso de 68 expertos en representación de 30 organizaciones internacionales). Según estas recomendaciones, podemos definir la sepsis como “la presencia (posible o documentada) de una infección junto con manifestaciones sistémicas de infección”, como son: fiebre ($>38,3$ °C), hipotermia (temperatura base <36 °C), frecuencia cardíaca $>90/\text{min}^{-1}$ o más de dos sd por encima del valor normal según la edad, taquipnea, leucocitosis (recuento de glóbulos blancos (...) $>12.000 \mu\text{L}^{-1}$), leucopenia (recuento de glóbulos blancos (...) $<4.000 \mu\text{L}^{-1}$) (...), proteína C reactiva en plasma superior a dos sd por encima del valor normal, procalcitonina en plasma superior a dos sd por encima del valor normal (...), oliguria aguda (diuresis $<0,5$ ml/kg/h durante al menos 2 horas a pesar de una adecuada reanimación con fluidos), aumento de creatinina $>0,5$ mg/dL o $44,2 \mu\text{mol/L}$ (...), hyperlactatemia (>1 mmol/L). La sepsis grave se define como

“sepsis sumada a disfunción orgánica inducida por sepsis o hipoperfusión tisular”, caracterizada por hipotensión inducida por sepsis, lactato por encima de los límites máximos normales de laboratorio, diuresis 0,5 ml/kg/h durante más de 2 h a pesar de una reanimación adecuada con fluidos, lesión pulmonar aguda con $\text{PaO}_2/\text{FIO}_2 < 250$ con ausencia de neumonía como foco de infección, lesión pulmonar aguda con $\text{PaO}_2/\text{FIO}_2 < 200$ por neumonía como foco de infección, creatinina $> 2,0$ mg/dL (176,8 $\mu\text{mol/L}$), bilirrubina > 2 mg/dL (34,2 $\mu\text{mol/L}$), recuento de plaquetas < 100.000 μL , coagulopatía (razón internacional normalizada $> 1,5$).

En cuanto a los nuevos criterios de detección de la sepsis (criterios qSOFA) a los que aluden los especialistas que suscribe el informe médico-pericial elaborado a instancias de la compañía aseguradora, entendemos que no son de aplicación al caso que nos ocupa, al haberse instaurado en 2016 (dos años más tarde).

De la historia clínica de la paciente se desprende que a su llegada al Servicio de Urgencias el 14 de diciembre (mediodía) refería fiebre, hipotensión y taquicardia sinusal a 100 lpm. Los resultados de la primera analítica se reciben a las 17:44 horas de ese día, destacando leucocitos 29,86, creatinina 2,41, procalcitonina 69,41 y PCR 339,1. Es decir, durante su estancia en Urgencias presenta fiebre (aunque disminuyó tras la ingesta de paracetamol, volviendo a ascender a 38 °C a las 02:22 h del día 15), frecuencia cardíaca superior a 90 lmp, hipotensión (como se refleja en la cronología del ingreso), leucocitosis, la procalcitonina y la PCR elevadas (datos ambos que orientan a la existencia de infección) y aumento de la creatinina. Asimismo, el test de Rovsing resultó positivo y el de Blumberg dudoso, y refería “no haber orinado desde el viernes noche” (anuria).

Es cierto que se consiguió elevar la tensión arterial sistólica gracias a la administración de fluidos (aunque se mantenía en cifras bajas, como se puede observar en la cronología de ingreso facilitada por el equipo de enfermería), manteniendo una diuresis “adecuada”, en palabras de los peritos de la Administración.

Sin embargo, consideramos que debió ampliarse el control del resto de marcadores que orientaban a la infección y permitían valorar el estadiaje de la sepsis en vez de limitarse a la toma de constantes y de la diuresis durante la noche del día 15, lo cual parece que fue insuficiente. Así, a la paciente se le realiza una analítica a su llegada a Urgencias (obteniéndose los resultados a las 17:00 horas del día 14), pero no se le efectúa otra hasta la mañana del día siguiente a pesar del empeoramiento progresivo que manifestaba (el Servicio de Radiología indica que la primera vez que la vieron “impresionaba de gravedad”), desconociendo por tanto los facultativos que la PCR, la procalcitonina y el lactato estaban en aumento (como resulta de una comparativa entre ambas analíticas), lo que condujo a una demora en la intervención exploradora -laparoscopia-, que se lleva a cabo tras obtener los resultados de esta segunda analítica.

A la vista de estos datos, y teniendo en cuenta lo expuesto sobre la sepsis, parece que los signos y síntomas que presentaba la paciente orientaban hacia la sospecha de infección, aunque se desconociese el foco.

En cuanto a la administración de antibióticos, de las hojas de prescripción farmacológica se desprende que se pautó Metronidazol y Gentamicina el día 14 de diciembre a las 22:58 h y 22:59 h, respectivamente, con la indicación de “empezar a su llegada a planta y después ajustar horario”; así lo señalan también diferentes informes del Servicio de Cirugía General. Sin embargo, obran en el expediente diversos informes en los que se recoge que la Gentamicina no se administró hasta las 9:00 del día 15 de diciembre y que el Metronidazol “no se le puso” (entre otros, informe clínico de alta del Servicio de Medicina Intensiva de 21 de enero de 2015 e informe clínico de consultas externas de la Unidad de Enfermedades Infecciosas de 23 de enero de 2015). Asimismo, figura en el expediente una “solicitud de monitorización de fármacos” (folio 188) con la orden de monitorizar “Gentamicina” 240 mg/48 h, reflejándose como fecha de inicio el 15 de diciembre y como fecha y hora de la última dosis el 17 de diciembre, a las 9 h. A ello debemos añadir la respuesta ofrecida a la perjudicada por la Jefa del Servicio de Atención al Ciudadano el 26

de febrero de 2016, quien, a propósito del listado de prescripción farmacológica, manifiesta que “en función de los datos disponibles no se puede informar con seguridad acerca de qué líneas de prescripción fueron administradas y cuáles no”.

Teniendo en cuenta la gravedad del estado de la paciente, dilucidar el momento en que efectivamente se le administró el tratamiento antibiótico y, en su caso, qué efectos habría tenido sobre la evolución una administración de fármacos más temprana resulta fundamental para determinar la posible responsabilidad del servicio sanitario en el curso de la infección.

Estas cuestiones fueron planteadas en nuestra solicitud de informe para mejor proveer. Al respecto, el Jefe del Servicio de Cirugía General y Digestiva informa el 28 de marzo de 2017 que “el día 14 de diciembre de 2014, a las 22:18 horas, se pauta tratamiento al ingreso con Metronidazol y Gentamicina, se desconoce a qué hora exacta se inició dicho tratamiento y los motivos de demora, si es que los hubo. Este punto debe ser consultado en el registro de enfermería correspondiente”. Asimismo se nos remitió una cronología de ingreso de la paciente, según los “registros del equipo de enfermería en la historia clínica electrónica”, relativa a los días 14 y 15 de diciembre de 2014. A tenor de estas notas, la paciente pasa del ámbito de Urgencias al ámbito de hospitalización a las 00:50 h del día 15 de diciembre de 2014, y solo se alude al antibiótico “Metronidazol” a las “02:05 h”, en que “se firma la medicación Metronidazol 500 mg/100 ml inyectable (500 mg -1.0 inyectable intravenoso-) (empezar a su llegada a planta) pautada a las 01:00 horas. Se añade motivo de anulación: no se encuentra en la planta en este momento”. En cuanto a la Gentamicina, no consta su administración en dichas hojas, pero según la “nota informativa” de la Directora de Gestión de Cuidados y Enfermería, “aunque en el componente actividades paciente (farmacológica) no consta la firma de la enfermera confirmando la administración del antibiótico Gentamicina 240 mg (intravenoso) pautado para las 09.00 horas del día 15-12-2014, sí se hace referencia de su administración en el informe clínico de alta del Servicio de Medicina Intensiva (...) del día 22-01-2015 y en el informe clínico de consultas

externas” de la “Unidad de Enfermedades Infecciosas (...) del día 23-01-2015./ Por otra parte se refleja la administración de profilaxis antibiótica: Vancomicina 1 gramo (intravenoso) en el informe hoja quirúrgica de enfermería (...) del día 15-12-2014)”.

En respuesta a nuestra solicitud, también se incorpora al expediente un informe médico elaborado por un especialista en Medicina Interna a instancias de la compañía aseguradora en el que se señala que, según las hojas de tratamiento, “se indicaron los antibióticos Gentamicina 240 mg el 14-12-14, a las 16:10, y Metronidazol 500 mg, a las 16:11”, y “a las 5:04 del 15-12-14 consta que se indicó el antibiótico Piperacilina/Tazobactam y a las 5:24 Clindamicina 900 mg”. Sin embargo, no hay documentos que confirmen la efectiva administración de dichos fármacos en esa fecha, aunque estuviesen prescritos.

En definitiva, de una visión de conjunto de todos los datos obrantes en el expediente se desprende que, a pesar de que a las 23 horas del día 14 de diciembre estaba prescrita la antibioterapia de amplio espectro, lo cierto es que nunca se le llegó a administrar el Metronidazol y la Gentamicina se le puso transcurridas diez horas desde su pauta, desconociendo a día de hoy las razones de la demora en su administración y justificándose la anulación de la orden de administrar el Metronidazol porque la paciente “no se encuentra en la planta en este momento”, según la hoja de cronología de ingreso de enfermería.

Igualmente planteábamos en nuestra solicitud de informe para mejor proveer la necesidad de informar sobre “la evolución esperada de la paciente y en qué medida habría influido en el curso evolutivo de su enfermedad tras la intervención del día 15 de diciembre de haberse administrado la Gentamicina y, en su caso, el Metronidazol a la hora prescrita (23:00 h del día 14 de diciembre)”.

A tenor del informe médico pericial emitido a instancias de la compañía aseguradora en abril de 2017, la no administración del Metronidazol “no tiene

más relevancia, ya que este antibiótico no es eficaz frente a *Streptococcus pyogenes*, por lo que la situación no habría cambiado en absoluto”.

En cuanto a la Gentamicina, los especialistas en Medicina Interna señalan en su informe de 29 de agosto de 2016 que “la Gentamicina no es el antibiótico recomendado (...) por su toxicidad, sobre todo renal y auditiva, pero es muy activo frente al mismo y por tanto es un antibiótico capaz de eliminar la infección por estreptococos”. Y afirman que, “aun suponiendo que el diagnóstico de sepsis grave o de shock séptico se hubiese podido hacer, la aplicación de los protocolos en lugar de la actuación según criterio clínico no evitaría la evolución fatal de la sepsis en todos los casos (...). Por tanto, la aplicación del protocolo de sepsis es útil en aproximadamente el 15 % absoluto de los enfermos, lo que corresponde a una utilidad relativa del 30 %”.

De ello se puede inferir que la no administración de tratamiento antibiótico de amplio espectro -y concretamente de la Gentamicina que estaba pautada- en cumplimiento del protocolo de sepsis constituye una pérdida de oportunidad terapéutica que privó a la interesada de beneficiarse de un tratamiento más precoz, y probablemente más eficaz de su proceso infeccioso. Como señala la Facultativa Especialista de Área de la Unidad de Enfermedades Infecciosas/Medicina Interna, “en este caso, pensando en una peritonitis primaria en el seno de una enfermedad inflamatoria pélvica, al menos se debería ofrecer cobertura para gérmenes como Clamidas, gonococo y los habituales en la flora vaginal, entre los que se encuentra el *S. pyogenes*; todo ello tras una correcta recogida de muestras microbiológicas que nunca debería ser un motivo para retrasar el inicio de la terapia antibiótica en un paciente grave. Se considera que el retraso en el inicio de un tratamiento antibiótico empírico eficaz en pacientes graves es un factor independiente que aumenta el riesgo de morbi-mortalidad”. Por último, y en relación con el “código sepsis”, indica que “el tiempo es determinante en la evolución”.

En segundo lugar, los reclamantes también cuestionan la intervención (laparoscopia) a la que fue sometida la paciente el día 15 de diciembre de 2014, puesto que “es conducida a quirófano a las 10:00 de la mañana con una

tasa del 43 % del CP (coagulopatía). La valoración hecha por el S.º de Anestesia es dudosa, pues esta paciente precisa más de cuidados intensivos para resucitación hemodinámica que una cirugía urgente”. Al respecto, el Servicio de Anestesiología y Reanimación sostiene que el anestesiólogo, aunque no exclusivamente, es “el especialista adecuado para llevar a cabo una reanimación hemodinámica” y que “el quirófano es también un lugar idóneo, por no decir ideal, para iniciar el tratamiento agresivo en este tipo de situaciones; por ello, carece de sentido la afirmación de que la paciente se debía haber remitido a UCI para ser remontada hemodinámicamente”. Además consta que durante la intervención se aplicó profilaxis antibiótica con “Vancomicina 1 gramo (intravenoso)”, antibiótico al que es sensible el *S. pyogenes* según el perito de la compañía aseguradora.

Por otro lado, la familia denuncia en relación con la laparoscopia exploradora realizada el 15 de diciembre de 2014 la falta de autenticidad de la firma del consentimiento informado, bien porque alguien falseó la firma de la paciente o porque de haber firmado el consentimiento la propia perjudicada consideran que, dada su gravedad, no podría comprender la información ni emitir válidamente aquel. Sobre este extremo, el Servicio de Anestesiología y Reanimación asevera en su informe de mayo de 2016 que este “fue firmado por la paciente”, que “lo recuerdan perfectamente (dada la excepcionalidad del caso)”, y refieren que “le fue explicada la situación de gravedad estando (...) consciente, orientada temporo-espacialmente y mostrándose en todo momento colaboradora”. Reitera que “la paciente entendió la intervención a la que iba a ser sometida y firmó dicho documento”.

En cualquier caso, ya hemos señalado en supuestos similares (entre otros, Dictámenes Núm. 73/2007 y 71/2015) que no procede que este Consejo realice valoración alguna al respecto, puesto que en el fondo lo que plantean los reclamantes es, palmariamente, una cuestión de índole penal -la posible existencia de una falsificación en un documento unido al expediente administrativo-, y como tal debe ventilarse ante la jurisdicción competente. Por tanto, debemos partir de la existencia de dicho documento.

En tercer lugar, y por lo que se refiere al descontento de la propia perjudicada y del resto de interesados que suscriben la reclamación con los Servicios de Neurología, de Salud Mental y de Rehabilitación, tanto del Hospital "X" como del Hospital "Y", debemos aludir a los informes emitidos por estos Servicios del Hospital "Y" en relación con el proceso cuestionado los días 6, 13 y 24 de mayo de 2016, respectivamente, y por el Servicio de Neurología del Hospital "X" el 24 de mayo de 2016, en los que manifiestan haber prestado una atención adecuada a la paciente en función del estado que presentaba, sin que podamos inferir un abandono de la misma o una actitud negligente por su parte.

Finalmente, los reclamantes atribuyen las secuelas (amputaciones, afasia, hemiparesia derecha, depresión) al shock séptico y a la "nula intervención para su tratamiento". Al respecto debemos traer a colación los informes de los Servicios de Medicina Intensiva y de la Unidad de Enfermedades Infecciosas de enero de 2015, en los que se expone el curso clínico de la paciente una vez detectado el foco infeccioso el 15 de diciembre de 2014, pautándose tratamiento antibiótico conforme antibiograma y tratando las múltiples complicaciones que se presentaron como consecuencia del shock séptico. De igual forma, debe tenerse en cuenta que, tal y como explica la Facultativa Especialista de Área de la Unidad de Enfermedades Infecciosas/Medicina Interna, "el shock séptico es una patología infecciosa con elevada morbi-mortalidad, a pesar de aplicar correctamente las medidas terapéuticas habituales, que consisten en la estabilización hemodinámicamente del paciente (con aporte de líquidos y/o aminas vasoactivas), el inicio precoz de la terapia antibiótica empírica de amplio espectro a la dosis adecuada y ajustada a los parámetros específicos de eficacia y cuyo espectro cubra a los microorganismos potencialmente implicados en la supuesta infección (...). Cuando la patología infecciosa se presenta de manera agresiva se pone en marcha la cascada inflamatoria sistémica, con el paso de múltiples mediadores inflamatorios a la circulación general que, de manera compleja, activan el sistema de la coagulación, del complemento, alteran la integridad de la

microcirculación provocando un daño endotelial con hipoperfusión, hipoxemia, coagulación intravascular y vasoconstricción grave que puede ser determinante del fracaso multiorgánico y de la aparición de lesiones isquémicas periféricas, como complicación grave del shock séptico. Otros factores, como la necesidad de emplear aminas vasoactivas, podrían potenciar el efecto vasoconstrictor periférico”.

En definitiva, nos encontramos con una paciente que tiene una infección por *Streptococcus pyogenes* cuando ingresa en el Hospital “X”, siendo características de dicha bacteria tanto su singularidad como la agresividad con la que ataca al huésped. De los diferentes informes obrantes en el expediente se desprende la dificultad de alcanzar el diagnóstico hasta que la infección está avanzada. Ello no obsta -como ya hemos apuntado- a apreciar una pérdida de oportunidad terapéutica en la no administración a tiempo del tratamiento antibiótico, aunque la falta de pronunciamientos médicos que ahonden en esta cuestión nos impide determinar con exactitud en qué medida se habrían evitado los daños y secuelas de haber sido tratada con los fármacos adecuados de manera precoz.

SÉPTIMA.- Establecida la responsabilidad patrimonial del servicio público sanitario, hemos de pronunciarlos sobre la cuantía indemnizatoria.

En supuestos como el presente -pérdida de oportunidad terapéutica- este Consejo ha señalado que la jurisprudencia viene estableciendo que el daño indemnizable no es el de la lesión, respecto de la cual no es posible saber a ciencia cierta si hubiera podido evitarse, sino que ha de ser propiamente la pérdida de la oportunidad de recibir el tratamiento médico adecuado, impidiendo con ello la posibilidad de evitar daños y secuelas. En tales casos, si el daño pudo evitarse en un porcentaje estadísticamente conocido se indemnizará al paciente por haberle privado de la posibilidad de pertenecer al grupo de pacientes que no lo sufre. La Administración del Principado de Asturias propone la desestimación de la reclamación y no entra, por ello, en el análisis del *quantum* indemnizatorio.

En el caso examinado apenas existen referencias en el procedimiento a las posibilidades de recuperación perdidas, y no se ha realizado ningún acto de instrucción para valorar la evolución esperada de la paciente en el caso de que el día en que acudió al Servicio de Urgencias se hubiera aplicado el protocolo de sepsis, y, por tanto, en qué medida el tratamiento antibiótico precoz habría evitado o, al menos, mejorado el deficiente estado de salud en el que actualmente se encuentra. Por ello, estimamos que ha de ser la Administración sanitaria la que, en atención a la interpretación indicada, y una vez analizada la hipótesis de lo que podría haber sucedido en el caso concreto, establezca la cuantía indemnizatoria.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que procede declarar la responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias y, estimando parcialmente la reclamación presentada, indemnizar a en los términos señalados.”

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.