

Dictamen n.º: **712/24**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **07.11.24**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad en su sesión de 7 de noviembre de 2024, sobre la consulta formulada por la consejera de Sanidad al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el asunto promovido por D., sobre indemnización por los daños y perjuicios derivados de la endocarditis sufrida, que atribuye a una infección tras implante de válvula aórtica en el Hospital Universitario La Paz (HULP), posteriormente continuado por su hijo D., quien también reclamará por el fallecimiento de su padre.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por medio de escrito presentado el 16 de febrero de 2023 por el reclamante y un abogado, se formula reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios derivados de la endocarditis contraída por estafilococos epidermidis en el HULP, tras el implante de una válvula aórtica (TAVI) el 3 de junio de 2022, para la estenosis aórtica severa de la que estaba diagnosticado.

Refiere que el 9 de agosto posterior, acudió a Urgencias por fiebre, edemas y disnea progresiva, realizándole analítica que aísla estafilococo epidermis, que le produjo una endocarditis.

El escrito termina cuantificando los daños en la cantidad de 23.860,69 euros. El mismo se acompaña de informes médicos del HULP.

SEGUNDO.- Una vez admitida la reclamación, se recabó la historia clínica del Hospital Universitario La Paz, de la que resulta:

El 5 de abril de 2022, el paciente, nacido en 1935, acude a Urgencias del HULP por la presencia de disnea de medianos-grandes esfuerzos de meses de evolución, junto con edemas en miembros inferiores (MMII).

En ecocardiografía trans-torácica (ETT) realizada el día anterior se objetiva derrame pericárdico moderado-severo no conocido anteriormente, y progresión de la lesión aórtica, con criterios de estenosis aórtica severa.

La estenosis aórtica severa se ha hecho sintomática, por lo que se explica al paciente la posibilidad de implante percutáneo de bioprótesis aórtica que “... *entiende y acepta*”.

Como el paciente presenta insuficiencia renal severa, con intención de disminuir el uso de contraste con miras a la protección renal, se decide completar estudio con TAC cardiaco y de ejes iliofemorales.

Una vez realizadas las pruebas, se presenta en sesión “Heart-Team” (sesión que permite evaluar las distintas posibilidades de tratamiento de la valvulopatía, por parte del conjunto de profesionales médicos que intervendrán en dicha terapia) para valorar el implante percutáneo de bioprótesis aórtica.

El 2 de junio de 2022, ingresa en el Servicio de Cardiología del HULP de manera programada para la realización de un implante TAVI transfemoral.

El 3 de junio de 2022, se implanta TAVI transfemoral sin incidencias, salvo un leve hematoma en la zona de punción femoral, que es descartado como complicación mediante una prueba de eco-Doppler.

A las 48 horas, el 5 de junio, se detecta hematoma muy doloroso en flanco derecho, se realiza un TAC urgente y se descubre un hematoma en la pared abdominal, sin que existan hematomas intraabdominales. Se decide transfusión de 4 concentrados de hematíes y mantener anticoagulación suspendida 96 horas. Ante la buena evolución del mismo, se reintroduce la anticoagulación, sin evidencia clínica ni analítica de nuevo sangrado.

La función renal se mantuvo estable durante todo el ingreso.

El ecocardiograma de control mostró una prótesis colocada adecuadamente y funcionando con normalidad.

En la serie de analíticas que se le realizaron al paciente durante su ingreso (10 en total), no apareció nunca leucocitosis ni desviación izquierda.

El 16 de junio de 2022 se da de alta al paciente, para seguimiento en consultas externas de Cardiología.

En el estudio de control de julio, con realización de ecocardiografía transtorácica (ETT) se observa que la prótesis biológica aórtica se encuentra bien posicionada y está normofuncionante.

El 9 de agosto de 2022, acude a Urgencias del HULP por deterioro del estado general, disnea (dificultad para respirar) en reposo de una semana de evolución y escalofríos. También refiere ortopnea (dificultad para respirar estando tumbado), disnea paroxística nocturna (DPN) y aumento de la hinchazón de las piernas (MMII). En la exploración física

destaca fiebre (temperatura 37,9°C), por lo que, al no poder encontrar ningún foco de infección, se sacan hemocultivos (cultivos microbiológicos de sangre). La analítica no presenta leucocitos, pero sí una leve desviación izquierda, que desaparece en la analítica del día siguiente. Tras la realización de las pruebas complementarias, el diagnóstico es de insuficiencia cardiaca congestiva, con fallo renal secundario y síndrome febril, pendiente de filiar.

El 10 de agosto de 2022, los valores analíticos han mejorado y tras una nueva valoración clínica y de las pruebas complementarias se valora la posibilidad de que se trate de una endocarditis precoz (es decir, aparecida en el primer año tras el implante de TAVI) sobre TAVI. Sin embargo, se reseña en el informe que el paciente no presenta estigmas de endocarditis, pero que se decide sacar nuevos hemocultivos.

En los hemocultivos se aísla *Staphylococcus epidermidis* meticilinresistente.

En el momento que se obtiene dicho resultado, se comienza tratamiento antibiótico y se ingresa en Medicina Interna (MI).

El 17 de agosto de 2022 se le realiza un nuevo ETT, en el que se observa que el TAVI está bien implantado, se conserva el movimiento de los tres velos que constituyen la válvula y no existen imágenes sugestivas de endocarditis.

El 22 de agosto se realiza un TAC-body, en el que no se evidencia foco claro de la fiebre.

Ante la persistencia del *S. epidermidis* en los hemocultivos, se repite el ETT el 26 de agosto, en el que se aprecia engrosamiento de uno de los velos del TAVI que podría corresponder a endocarditis infecciosa.

El 31 de agosto, se presenta en sesión médico-quirúrgica (reunión constituida por cardiólogos y cirujanos cardíacos), en la que se desestima la intervención quirúrgica de sustitución de la válvula protésica debido a la edad (86 años), comorbilidad (diabetes mellitus tipo 2, cardiopatía isquémica de 3 vasos, enfermedad renal crónica en estadio 4) y complejidad de la cirugía, optando por tratamiento conservador.

La cobertura antibiótica se realiza con daptomicina, a la que se asocia dalbavancina, ajustada a la función renal del paciente y meropenem (este último durante una semana). A partir de dicho tratamiento, se negativizan los hemocultivos.

El 9 de septiembre se le realiza un PET-TAC que evidencia captación en el velo posterior de TAVI, compatible con endocarditis.

El 14 de septiembre de 2022 se repite el ETT en el que se observa engrosamiento en dos de los velos del TAVI, compatible con endocarditis.

El 19 de septiembre, ante la estabilidad clínica y analítica, y la negativización de los hemocultivos, se decide alta domiciliaria con seguimiento en consultas del Servicio de Cardiología y de la Unidad de Infecciosas, continuando con antibiótico al alta (dalvabancina quincenal en el hospital de día).

El 14 de octubre de 2022 el paciente ingresa en la Unidad de Hospitalización a Domicilio (HADO) para la administración de terapia endovenosa siendo dado de alta el mismo día.

El 28 de diciembre de 2022 ingresa nuevamente en HADO para terapia endovenosa hasta el 17 de febrero de 2023, siendo dado de alta en esta fecha.

El 22 de febrero de 2023 acude Urgencias, siendo derivado a HADO para terapia endovenosa y manejo clínico en relación a diverticulitis, siendo dado de alta para seguimiento domiciliario en consulta.

TERCERO.- Junto con la historia clínica se remitió informe fechado 7 de marzo de 2023, del jefe del Servicio de Cardiología, en el que se expone:

1) El principal factor predisponente a tener una endocarditis infecciosa es tener una enfermedad valvular. La enfermedad valvular y la predisposición a la endocarditis la trae el paciente. El riesgo es intrínseco a una valvulopatía como la suya y desgraciadamente es algo que soportan nuestros pacientes valvulares. Es decir, si este paciente no se hubiera tratado con TAVI, podría haber tenido también endocarditis.

2) Aunque la endocarditis infecciosa es una complicación poco frecuente en implante de TAVI (3 % más o menos), su posibilidad sí viene reflejada en el consentimiento informado.

3) El *Streptococo epidermidis* está presente en la piel y mucosas, por lo que es frecuente que pueda pasar al organismo y ocasionar una bacteriemia, sin que esté relacionado con el procedimiento invasivo (TAVI, en este caso). El paciente tenía muchas características que le hacen estar inmunodeprimido y por tanto que pueda haber tenido una bacteriemia por gérmenes de su propia piel o mucosas. Las características inmunosupresoras que tiene este paciente son la edad muy avanzada (86 años), la diabetes; la insuficiencia renal crónica y el cáncer previo. Por otra parte, el hospital no es un lugar aséptico.

4) En el implante de TAVI siempre se hace profilaxis antibiótica para evitar infecciones asociadas al procedimiento, por lo que la

hipótesis más plausible es que la bacteriemia no ocurriera por el procedimiento sino días después, por lo anteriormente expuesto.

5) El manejo del paciente fue correcto en todo momento, desde la indicación de la TAVI a la técnica del implante y al diagnóstico y tratamiento de las complicaciones. Se actuó de acuerdo con las guías de práctica clínica más recientes.

6) La cirugía cardíaca para explantar una TAVI es muy compleja y de altísimo riesgo en un paciente de 86 años. La única indicación quirúrgica existente es la bacteriemia persistente que no existía en este paciente, ya que se controló con tratamiento antibiótico.

Constan también emitidos informes de la Coordinadora de la Unidad de Hospitalización a Domicilio que refieren y valoran la asistencia prestada en sus respectivos servicios.

Igualmente, se ha emitido informe por el coordinador de Urgencias, quien dice: *“Se trata de un paciente varón de 86 años que acude a urgencias por clínica de disnea, ortopnea, disnea paroxística nocturna y aumento de edemas en mmii. A esto se le asocia tiritona y a su llegada a urgencias temperatura corporal de 37.9°C. Se realiza historia clínica, se solicita analítica general que se repite a las 24 horas del ingreso, sistemático de orina y urocultivo, radiografía de tórax, PCR de SARS CoV2 y tres hemocultivos.*

Ingresa desde urgencias al servicio de medicina interna el día 11 de agosto a las 19.56 horas, con diagnóstico de síndrome febril con posible endocarditis precoz sobre TAVI.

Desde la urgencia se inicia tratamiento antibiótico con daptomicina”.

Se ha recabado informe de la Inspección Médica, que refiere la asistencia prestada y la evolución del paciente hasta el 19 de

septiembre de 2022, valora la misma, y concluye afirmando: *“El equipo del Sº de Cardiología y del Sº de Cirugía Cardíaca del HULP actuó, en la patología de D. ..., según las recomendaciones reflejadas en las Guías Clínicas vigentes de estenosis aórtica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC en sus siglas en inglés), del Colegio Americano de Cardiología (ACC en sus siglas en inglés), de la Asociación Americana del Corazón (AHA en sus siglas en inglés); y las recomendaciones reflejadas en la Guía Clínica vigente de endocarditis infecciosa de la ESC. Por lo tanto, no es posible hablar de negligencia, como figura en el escrito de D. ..., pues en todo momento se actuó según la lex artis ad hoc, es decir, según el conocimiento científico existente en el momento en que ocurrieron los hechos objeto de dicha reclamación”*.

Concedido trámite de audiencia al reclamante, un abogado apoderado por su hijo presenta escrito el 30 de mayo de 2024, en el que comunica el fallecimiento de su padre el 31 de agosto de 2023, aportando certificado de defunción. En ese escrito manifiesta su voluntad de sucederle en la acción y a su vez reclamar por el fallecimiento, solicitando por este concepto 128.130,78 euros, considerando tanto los perjuicios al ahora reclamante, como a la viuda.

Con fecha 17 de septiembre de 2024, la viceconsejera de Sanidad propone desestimar la reclamación.

CUARTO.- El 26 de septiembre de 2024 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial, correspondiendo al letrado vocal D. Carlos Hernández Claverie, quien formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 7 de noviembre de 2024.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid emite su dictamen preceptivo de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de su Ley 7/2015, de 28 de noviembre, por ser la reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros y a solicitud de un órgano legitimado para ello, según el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, del Consejo de Gobierno (ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de parte interesada según consta en los antecedentes, ha de ajustarse a lo dispuesto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC).

En ese caso, la incoación del expediente se acordó por la reclamación presentada por quien se consideraba perjudicado por la asistencia sanitaria recibida en el tratamiento de una estenosis aortica severa, en el curso de la cual, al serle implantada una válvula, sufrió una infección que reprocha.

El procedimiento se ha seguido por esa reclamación inicial; sin embargo, en el trámite de audiencia, el hijo del reclamante acredita la defunción de su padre, solicita su sucesión en la acción y reclama los daños propios y de la viuda por ese fallecimiento, aunque sin concreción alguna sobre ello.

El órgano instructor no ha hecho ningún pronunciamiento sobre lo manifestado por el hijo del reclamante, ni le ha requerido para que precise la presunta relación de causalidad entre el proceso asistencial y el fallecimiento por el que ahora reclama, tal y como exige el artículo 67.2 de la LPAC.

Así, resulta ineludible requerir al reclamante a esos efectos y, a la vista de lo que precisé, deberá acordarse si se inicia un nuevo procedimiento de responsabilidad patrimonial por el fallecimiento o si, por vincularse ese evento al mismo proceso asistencial inicialmente reprochado, se acumulan al expediente inicial los daños por el fallecimiento ahora reclamado. En este último caso, en tanto ni la historia clínica ni los informes comprenden la asistencia prestada hasta el fallecimiento acaecido el 31 de agosto de 2023, refiriendo únicamente la asistencia prestada hasta el mes de febrero anterior, deberá retrotraerse el procedimiento, completándose la historia clínica y los informes emitidos por los servicios responsables. Asimismo, se debería completar el informe de la Inspección Médica, que se limita a valorar la asistencia prestada hasta septiembre de 2022.

Asimismo, reclamándose también los daños causados a la viuda, deberá requerirse para la acreditación de la representación y de esa condición.

Por todo lo expuesto la Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede retrotraer el procedimiento para requerir al reclamante en los términos expuestos en nuestra consideración segunda.

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a esta Comisión Jurídica Asesora de conformidad con lo establecido en el artículo 22.5 del ROFCJA.

Madrid, a 7 de noviembre de 2024

La Vicepresidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 712/24

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid