



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 8 5 / 2 0 1 7

(Sección 1ª)

La Laguna, a 15 de marzo de 2017.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por S.V.C., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 47/2017 IDS)\**.

## F U N D A M E N T O S

### I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por el Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial de un Organismo autónomo de la Administración autonómica.

2. El interesado en este procedimiento ha solicitado una indemnización que asciende a la cantidad de 29.900 euros. Esta cuantía determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Sr. Consejero para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación, el primer precepto, con el art. 142.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC). Esta Ley es aplicable en virtud de lo señalado en la disposición transitoria tercera, a), en relación con la disposición derogatoria 2, a) y la disposición final séptima, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, ya que el presente procedimiento se inició antes de la entrada en vigor de esta última Ley.

---

\* Ponente: Sr. Brito González.

Resulta igualmente aplicable el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP), aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, en virtud de lo establecido en la disposición transitoria tercera, a), en relación con la disposición derogatoria 2,d) y la disposición final séptima, de la citada Ley 39/2015, de 1 de octubre.

## II

1. S.V.C. formula, el 7 de marzo de 2016, reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños supuestamente causados por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud en la asistencia sanitaria que le fue prestada.

El reclamante expone, entre otros extremos, lo siguiente:

- Que presenta reclamación y solicita una indemnización por los daños causados por la deficiente asistencia sanitaria prestada a raíz de varias exodoncias realizadas, sin profilaxis antibiótica, por odontólogos del Centro de Salud de Cono Sur, lo que le ocasionó una endocarditis bacteriana que casi le cuesta la vida.

- Tras contactar con el Servicio de Infecciosos y siendo atendido por la Dra. (...), la cual lo remite al Servicio de Urgencias del Hospital Insular, se realizan los análisis pertinentes y a raíz de los resultados obtenidos ingresa en la Unidad de Cardiología del mismo Hospital y se le trata durante un mes y medio con antibióticos. Pasado este tiempo fue trasladado al Servicio de Cardiología del Hospital Dr. Negrín para completar el tratamiento antibiótico y realizar cirugía de recambio de válvula mitral por la endocarditis infecciosa, donde fue intervenido para la colocación de una válvula mitral, lo que le obliga desde entonces a tomar Sintrom de por vida.

- Antes de que se detectara dicha infección, al no encontrarse bien, acudió en varias ocasiones al Servicio de Urgencias del Hospital Insular, donde le prescribían una y otra vez medicación y lo remitían a su domicilio. Incluso llegaron a indicarle que si los síntomas podían ser ocasionados por la reciente intervención de varices en el Hospital (...), por lo que acudió al Servicio de Urgencias de dicho hospital, donde se valoró y estudió nuevamente (realización de eco), descartándose cualquier posible relación con la sintomatología que presentaba en ese momento.

- Manifiesta por último que una de las tantas ocasiones en que se encontraba en la sala de espera del odontólogo en el Centro de Salud de Cono Sur, empezó a encontrarse mal, con sudoración fría, falta de aire, desvanecimiento, por lo que tuvo que acudir al Servicio de Urgencias de dicho Centro, que tras realizar varias pruebas

lo remitió en ambulancia al Servicio de Urgencias del Hospital Insular y de nuevo lo remitieron a su domicilio.

2. En el presente procedimiento el reclamante ostenta la condición de interesado en cuanto titular de un interés legítimo.

Se cumple, por otra parte, la legitimación pasiva de la Administración autonómica, actuando mediante el mencionado Servicio, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

3. La reclamación fue presentada el 7 de marzo de 2016, antes del transcurso del plazo de un año que al efecto prevé el art. 142.5 LRJAP-PAC, por lo que no es extemporánea.

4. El órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin a este procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 15.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

La resolución de la reclamación es competencia del Director del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, añadido por la Ley 4/2001, de 6 de julio, de Medidas Tributarias, Financieras, de Organización y Relativas al Personal de la Administración Pública de Canarias.

5. Por lo que se refiere a la tramitación del procedimiento, constan en el expediente, entre otras, las siguientes actuaciones:

- Con fecha 11 de marzo de 2016 se remite escrito al interesado, cuya notificación consta en el expediente, en el que se pone en su conocimiento los extremos a los que se refiere el art. 42.4 LRJAP-PAC, al propio tiempo que se le requiere la mejora de su solicitud, lo que lleva a efecto en el plazo concedido, cuantificando el importe de la indemnización que solicita, provisionalmente, en la cantidad de 29.900 euros.

- Mediante Resolución del Secretario General del Servicio Canario de la Salud de 1 de abril de 2016 se admite a trámite la reclamación presentada y se comunica al interesado que en esta misma fecha se solicita a través del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) el informe preceptivo del Servicio cuyo funcionamiento haya

causado la presunta lesión indemnizable, con suspensión del plazo para resolver el procedimiento y notificar la resolución, por el tiempo que media entre la solicitud del informe preceptivo y la recepción del mismo y, en todo caso, por un plazo máximo de tres meses.

- Con fecha de 3 de mayo de 2016, se remite por el SIP informe de esta misma fecha, al que adjunta las historias clínicas del reclamante obrantes en el correspondiente Centro de Salud y en los Centros hospitalarios donde fue atendido, así como el informe de la Unidad de Salud Bucodental del Centro Cono Sur presuntamente responsable del daño alegado por el que reclama.

- El 11 de mayo de 2016 se procede a la apertura del periodo probatorio, admitiéndose, además de la documental clínica ya obrante en el expediente, la prueba propuesta por el reclamante consistente en pericial médica, otorgándole un plazo de 30 días hábiles para su aportación. Dicho acuerdo probatorio fue objeto de notificación, tras varios intentos infructuosos, en el domicilio designado por el reclamante (constan en el expediente y según acuse de correo, dos intentos de notificación personal practicados el 24 y el 26 de mayo de 2016), y de acuerdo con lo dispuesto en el art. 59 LRJAP-PAC, mediante anuncio tanto en el BOC n° 124, de 29 de junio de 2016, como en el BOE n° 160, de 4 de julio de 2016.

No obstante, transcurrido el plazo señalado al efecto, no consta que el reclamante haya comparecido a los efectos de practicarle la notificación del citado acuerdo probatorio, ni tampoco ha aportado informe pericial alguno.

- Con fecha de 14 de septiembre de 2016, se procede a la apertura del trámite de audiencia, notificado al reclamante el 17 de octubre de 2016.

- El 27 de octubre de 2016, el reclamante otorga en las dependencias de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, mediante apoderamiento *apud acta*, representación en el presente expediente de responsabilidad patrimonial.

- Con fecha de 31 de octubre de 2016 se presenta escrito por el citado representante en el que solicita la nulidad de pleno derecho de la notificación del acuerdo de apertura del periodo probatorio y trámites posteriores, por no constar en el acuse de correos la dirección a la que fue enviada ni tampoco el destinatario y, en consecuencia, la retroacción de las actuaciones al momento inmediatamente posterior a la notificación del acuerdo del periodo probatorio, concediendo nuevo plazo para la aportación del dictamen pericial.

Asimismo, solicita, aportando justificante de ingreso de tasas por la expedición de copias de documentos, copia íntegra del expediente administrativo; si bien y a pesar de haberle sido comunicado hasta en tres ocasiones por vía telefónica al reclamante (toda vez que el teléfono facilitado por su representante no se encontraba operativo), que el expediente se encuentra fotocopiado a fin de que proceda a recogerlo, no se ha presentado ni el reclamante ni su representante legal para proceder a la entrega de la copia del citado expediente.

- Con fecha 19 de enero de 2017 se emite el informe preceptivo de la Asesoría Jurídica Departamental, que considera ajustada a Derecho la Propuesta de Resolución, que es de carácter desestimatorio.

- Se ha solicitado finalmente el preceptivo dictamen de este Consejo Consultivo.

6. El procedimiento tramitado suscita las dos siguientes observaciones:

- La cuestión de la nulidad solicitada por el interesado por defectos de notificación se encuentra adecuadamente resuelta en la Propuesta de Resolución, en la que se fundamenta, con base en la documentación obrante en el expediente, que se dio cumplimiento a lo dispuesto en el art. 59.2 y 5 LRJAP-PAC.

Así, de la propia documentación que integra el expediente resulta que la notificación de la apertura del periodo probatorio, en cumplimiento de lo establecido en el art. 59.2 de la citada Ley sí fue intentada por dos veces en el domicilio que había señalado el interesado y al que con anterioridad se le habían enviado otras notificaciones, que sí fueron efectivamente practicadas (escrito de subsanación de su solicitud y resolución de admisión a trámite de su reclamación). En ambas ocasiones, además, consta que el personal de correos consignó en el acuse de correos «ausente de reparto» y no «dirección incorrecta» y que se dejó aviso de llegada en el buzón, sin que el reclamante acudiera a recogerla a la oficina de correos en el plazo señalado, por lo que fue devuelta a la Administración.

Cumple también con las exigencias legales (art. 55.5 LRJAP-PAC) la notificación practicada por medio de su publicación en los Boletines Oficiales (BOC de 29 de junio de 2016 y BOE de 4 de julio de 2016), ante la imposibilidad de notificación personal.

Asimismo, como señala la Propuesta de Resolución, resulta oportuno destacar que el siguiente acto a notificar (trámite de audiencia), que fue dirigido al mismo domicilio, tras dos intentos de notificación personal, sí fue recogido en la oficina de

correos por el reclamante con fecha 17 de octubre de 2016, tras dejarse también, en esta ocasión, aviso de llegada en el buzón del reclamante.

La notificación de este trámite de audiencia impide considerar que en este caso se haya producido indefensión al interesado que obligue a retrotraer el procedimiento, ya que, como su representante refiere en escrito presentado el 31 de octubre de 2016, el expediente fue puesto a su disposición el día 27 del mismo mes, por lo que tuvo conocimiento de su contenido, como demuestra el hecho de que presentara alegaciones acerca del periodo probatorio en esta misma fecha, y nada le impedía formular las alegaciones y presentar la documentación que considerara oportuna (art. 84.2 LRJAP-PAC) y, singularmente el informe pericial propuesto, lo que no llevó a efecto. El reclamante, por lo demás, no recogió la copia del expediente que había solicitado, a pesar de que se le comunicó que podía pasar a retirarlo.

- Se ha incumplido el plazo de seis meses que para la terminación del procedimiento establece el art. 13.3 RPAPRP. La demora producida no impide sin embargo su resolución, pesando sobre la Administración la obligación de resolver expresamente, a tenor de lo establecido en los arts. 42.1 y 43.3.b) LRJAP-PAC.

No existe, por consiguiente, obstáculo procedimental alguno que impida la emisión de un dictamen de fondo.

### III

1. Por lo que se refiere al fondo del asunto, el reclamante fundamenta su reclamación en la deficiente asistencia sanitaria prestada con ocasión de varias exodoncias que le fueron realizadas sin haber pautado profilaxis antibiótica, lo que le ocasionó una endocarditis bacteriana que le supuso una intervención quirúrgica para la colocación de una válvula mitral.

La Propuesta de Resolución desestima la reclamación al considerar que en el presente caso no concurren los requisitos exigibles que determinan la responsabilidad patrimonial de la Administración, considerando la asistencia sanitaria prestada al reclamante conforme a la *lex artis*.

2. A los efectos de valorar la adecuación a Derecho de la desestimación de la reclamación que se propone, es preciso tener en cuenta los siguientes antecedentes que resultan relevantes, que constan en la historia clínica del paciente y que han sido condensados por el SIP en su informe:

- El reclamante posee antecedentes de fractura trimaleolar de tobillo derecho, ansiedad, lumbalgia por caída, abuso de alcohol y tabaquismo. Intervenido en Hospitales (...) de varices el 27 de abril de 2015.

- Entre el 8 de mayo al 21 de julio de 2015 en 8 citas con el odontólogo, se realiza prueba radiográfica ortopantomografía y se somete a 9 extracciones dentales por policaries, siendo el resto de piezas también cariadas susceptibles de tratamiento conservador.

- El 8 de mayo de 2015 se realiza exodoncia de la pieza 16 y el día 18 del mismo mes exodoncia de las piezas 25 y 26.

- El día 25 de mayo de 2015 acude al médico de atención primaria con episodio de sudoración y náuseas, constando textualmente «no otra clínica». No se realiza exodoncia. Se practica en el centro de salud EKG que muestra fibrilación auricular (FA) con 130 latidos por minuto sin signos de isquemia aguda.

Es derivado al Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, donde es atendido en el Servicio de Urgencias alrededor de las 10:15 h donde se reseña:

«Paciente varón de 44 años, refiere que tras exceso de ingesta alcohólica durante el día de ayer presentó esta mañana episodio de sudoración y vómitos, motivo por el cual acude esta mañana a su centro de salud. El paciente no ha referido en ningún momento palpitations ni dolor torácico. Exploración física normal. En EKG inicial a su llegada al Centro de salud muestra FA a unos 130 lpm sin signos de isquemia aguda. Es remitido al servicio de urgencias, donde en EKG a su llegada persiste en FA a unos 130 lpm, bien tolerada hemodinámicamente y sin repercusión hemodinámica para el paciente.

Se le extrae una analítica general, donde presenta hemograma normal (leucocitos 13.600). Coagulación normal. Bioquímica normal. Marcadores cardíacos normales (...).

Juicio clínico: Fibrilación auricular paroxística. CHADS-VASC 0.

Plan: - Deberá solicitar cita para ecocardiograma transtorácico (planta 2-pruebas funcionales de cardiología). - Deberá solicitar cita para control por su cardiólogo de Zona. - Iniciar tratamiento con: Bisoprolol 5 mg 1-0-0 (Betabloqueante)».

Refiere el SIP que la fibrilación auricular paroxística es una alteración del ritmo cardíaco, las crisis aparecen y desaparecen, autolimitados. Una de las causas de la FA es la valvulopatía mitral. El alcohol excesivo es desencadenante de episodios de fibrilación auricular.

- A partir de esta fecha inicia controles con Cardiología, el 18 de junio se realiza ecocardiograma transtorácico, el 26 de junio valoración por cardióloga en el CAE P.G., quien solicita la práctica de Holter y ecocardiograma transesofágico y pauta tratamiento farmacológico.

El 17 de julio de 2015 se realiza ecocardiograma transesofágico.

Del resultado de dichas pruebas se determinó la presencia de prolapso de la válvula mitral (Síndrome de Barlow) con rotura de cuerda tendinosa, sin imágenes de vegetaciones.

- Habían proseguido las extracciones dentales, hasta un total de 6 piezas, los días 28 de mayo, 2, 16 y 30 de junio y 14 y 21 de julio de 2015. El reclamante además presenta más piezas cariadas pendientes de tratamiento conservador.

- La siguiente visita a Urgencias hospitalarias es de fecha 7 de julio de 2015 a las 15:31 horas, siendo el motivo fascitis plantar, ajeno, según indica el SIP, a cualquier incidencia relacionada con este expediente.

- La tercera atención en urgencias es de fecha 28 de agosto de 2015 a las 14:05 horas y en esta ocasión el motivo de consulta es: «Fiebre desde marzo». Se describe: «En marzo, posteriormente a operación de varices en miembro inferior comienza con fiebre de 38-39°, sudoraciones nocturnas, escalofríos». Se procede a citar al paciente para la Unidad de Enfermedades Infecciosas (UEI).

- Acude a la UEI el 31 de agosto de 2015. Siguiendo las indicaciones del facultativo que lo atendió, el reclamante acude el día 1 de septiembre al Servicio de Urgencias a fin de cursar ingreso con el diagnóstico de fiebre en estudio.

- Se practican nuevas ecocardiografías (1 y 2 septiembre), observando el prolapso mitral ya conocido y en este momento se detecta vegetación de 5,7x2,8 mm, signo de endocarditis, en dicha válvula. Analíticas. Hemocultivos repetidos y serología bacteriana atípica negativos (no se observó crecimiento de microorganismo causal). Cateterismo el 9 de septiembre de 2015 con coronarias sin lesiones. Inicia tratamiento antibiótico.

- Dada la situación de estabilidad con ausencia de clínica de insuficiencia cardíaca congestiva/embolismos y a fin de realizar cirugía electiva (no urgente) de la válvula mitral se traslada al Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín (HUGCDN) el 21 de septiembre de 2015, donde fue intervenido cuatro días después (25 de septiembre), procediendo a recambio de válvula mitral nativa por prótesis mecánica.



Se determinó la presencia de una válvula mitral con síndrome de Barlow (prolapso mitral con rotura de cuerda) sobre la que asentaba una endocarditis.

- Causa alta en HUGCDN el 3 de octubre y se deriva nuevamente al Hospital Insular para completar tratamiento farmacológico postquirúrgico.

- Causa alta hospitalaria a domicilio el 12 de octubre de 2015, en buenas condiciones. Prosigue controles cardiológicos.

2. A los efectos de dilucidar la pretendida responsabilidad patrimonial de la Administración ha de tenerse en cuenta ante todo que, como se recoge en reiterada jurisprudencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo y como obligadamente se repite en los Dictámenes de este Consejo Consultivo, el funcionamiento del servicio público de la sanidad se dirige a proporcionar unos medios para prevenir o curar la enfermedad, pero sin garantizar sus resultados, porque la Medicina no ha alcanzado el grado de perfección que le permita la curación de todas las enfermedades y la evitación de la irreversibilidad de los estados patológicos ligados al devenir de la vida humana.

De esta forma, la obligación de los servicios de salud es una obligación de actuar, sin que incluya la de responder en términos absolutos por las consecuencias de la actuación sanitaria; porque, hoy por hoy, no se puede garantizar la recuperación de la salud, sino tan solo asegurar que se emplean todas las medidas conocidas para intentarlo. El funcionamiento de dicho servicio consiste en el cumplimiento de una obligación de medios, no de resultados. Por tanto, no basta que en el funcionamiento de dicho servicio no se hayan obtenido unos resultados satisfactorios para los usuarios, sino que esos resultados sean la concreción de un riesgo específico creado por el funcionamiento del servicio y que, además, sean antijurídicos en el sentido que no exista un deber jurídico para aquéllos de soportarlo.

Por ello, no son riesgos específicos creados por el establecimiento y funcionamiento de los servicios públicos sanitarios los ligados a la irreversibilidad de estados patológicos, al carácter limitado de los conocimientos de la ciencia médica y a la manifestación de efectos secundarios iatrogénicos inherentes a muchos tratamientos médicos, o a los riesgos conocidos que generan pero que se asumen, porque su probabilidad de plasmación es más o menos remota y es mayor la probabilidad de obtener resultados positivos.

De ahí que el criterio fundamental para establecer si los daños que se alegan han sido causados por la asistencia sanitaria pública y, por ende, son indemnizables estriba en si ésta se ha prestado conforme a la *lex artis ad hoc*, la cual se define como la actuación a la que deben ajustarse los profesionales de la Salud, mediante la adopción de cuantas medidas diagnósticas y terapéuticas conozca la ciencia médica y se hallen a su alcance. De esta forma, solo si el daño se ha producido por una mala praxis profesional, entonces es antijurídico y se considera causado por el funcionamiento del servicio público de salud y en consecuencia surge para éste la obligación de repararlo.

3. Procede entonces examinar si la asistencia sanitaria prestada al reclamante con ocasión de las exodoncias sin haber pautado profilaxis antibiótica ha sido o no adecuada, es decir, si se ha ajustado o no a *lex artis*.

En el expediente se encuentra acreditado que al reclamante se le practicó la exodoncia de nueve piezas dentales en ocho citas con el odontólogo que tuvieron lugar entre el 8 de mayo y 21 de julio de 2015, en las concretas fechas que ya se han señalado en los antecedentes. Se encuentra también acreditado, y la Administración así lo admite, que no se administró profilaxis antibiótica para llevar a cabo tales extracciones de las piezas dentales.

Ahora bien, esta circunstancia no determina la responsabilidad patrimonial de la Administración, como pretende el reclamante, pues también en el expediente se ha acreditado que la asistencia sanitaria fue adecuada, teniendo en cuenta los antecedentes del paciente y los protocolos médicos aplicables a la realización de actuaciones dentales.

En este sentido, informa el facultativo odontoestomatólogo de la Unidad de Salud Bucodental lo siguiente:

«(...) la asistencia prestada se ajusta absolutamente a protocolos nacionales e internacionales de tratamiento preventivo de endocarditis infecciosa (EI). A continuación resumo la situación actual del problema de la prevención de la EI con respecto a los tratamientos buco-dentales y otros:

1) Según protocolos consensuados del grupo de trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (European Society of Cardiology 2009) para la prevención diagnóstico y tratamiento de la endocarditis infecciosa, en su guía de práctica clínica, y en su revisión del año 2013, así como en su guía más reciente de 2015 sobre el tratamiento de la endocarditis infecciosa, y de la American Heart Association (AHA) (AHA Guideline Prevention of infective Endocarditis 2007), sociedades de referencia, concluyen que la necesidad de profilaxis

antibiótica en la realización de actuaciones dentales, queda exclusivamente dirigida a pacientes de "alto riesgo" o riesgo más elevado de padecer endocarditis infecciosa como son:

a) Los pacientes con una válvula protésica o un material protésico utilizado para la reparación de la válvula cardíaca: estos pacientes tienen mayor riesgo de EI y mayor mortalidad por EI.

b) Pacientes con EI previa: también tienen mayor riesgo de sufrir una EI nueva y mayores mortalidad e incidencia de complicaciones que los pacientes con un primer episodio de EI.

c) Los pacientes con cardiopatía congénita cianótica compleja y los que tienen cortocircuitos paliativos postoperatorios, conductos u otras prótesis. Después de la reparación quirúrgica sin defectos residuales, el Grupo de Trabajo recomienda la profilaxis durante los primeros 6 meses después del procedimiento hasta que tenga lugar la endotelización del material protésico. Aunque las guías de práctica clínica de la American Heart Association (AHA) recomiendan la profilaxis en los destinatarios de un trasplante cardíaco que desarrollen valvopatía cardíaca, no hay evidencia firme que lo respalde. Además, aunque el riesgo de resultado adverso es elevado cuando la EI ocurre en pacientes trasplantados, la probabilidad de EI de origen dental es extremadamente baja. El Grupo de Trabajo de la ESC no recomienda la profilaxis en tales situaciones.

d) No se recomienda las profilaxis para cualquier otra forma de enfermedad de la válvula nativa, incluidas las enfermedades más comúnmente identificadas (la válvula aórtica bicúspide, el prolapso de la válvula mitral y la estenosis aórtica calcificada (...)).

En el caso que nos ocupa, dado que la patología previa del paciente no se corresponde con ninguno de los supuestos mencionados, no hay indicación de profilaxis.

(...)

3) La guía del *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) de 2008 fue un paso más allá y desaconsejó cualquier profilaxis antibiótica en los procedimientos dentales y no dentales independientemente del grado de riesgo del paciente. Los autores concluyeron que no había beneficio derivado de la profilaxis antibiótica, que además era muy coste-inefectiva.

(...)

4.1. Incidencia de la bacteriemia después de procedimientos dentales y durante las actividades de la vida diaria.

La incidencia conocida de la bacteriemia transitoria después de un procedimiento dental varía mucho. Posiblemente, esto puede ser el resultado de diferentes métodos analíticos y procedimientos de muestreo, y estos resultados deben interpretarse con cuidado. La incidencia después de otros tipos de procedimientos médicos está incluso menos confirmada.

En cambio se sabe que la bacteriemia transitoria ocurre frecuentemente en el contexto de las actividades de la vida diaria como lavarse los dientes, utilizar hilo dental o masticar y es más común en pacientes con mala higiene dental. Por lo tanto, parece plausible que una gran proporción de la bacteriemia que causa EI provenga de estas actividades de la vida diaria. Además, en pacientes con mala salud dental, como es el caso que nos ocupa, la bacteriemia puede observarse independientemente de los procedimientos dentales. Esta bacteriemia espontánea, por su elevada incidencia, explica el motivo por el que la mayor parte de los casos de EI no se relacionan con procedimientos invasivos.

#### 4.2. Riesgos y beneficios de la profilaxis

Las siguientes consideraciones son fundamentales con respecto al supuesto de que la profilaxis antibiótica puede prevenir eficazmente la EI en pacientes que tienen un mayor riesgo de por vida de sufrir la enfermedad:

a) El mayor riesgo de sufrir EI en algún momento de la vida no es un indicativo ideal del grado en que un paciente puede beneficiarse de la profilaxis antibiótica para distintos procedimientos. Un parámetro mejor, el riesgo relacionado con el procedimiento, oscila entre 1:14.000.000 para los procedimientos dentales en la población media y 1:95.000 en pacientes con EI previa. Estos cálculos demuestran el gran número de pacientes que necesitarán tratamiento para prevenir un único caso de EI. En el caso de nuestro paciente, el riesgo es de 1:14.000.000 (caso sin endocarditis previa)

b) En la mayor parte de los pacientes, no se puede identificar ningún procedimiento de índice potencial que preceda a la primera aparición clínica de la EI. La bacteriemia que causa la EI en la mayoría de los pacientes parece tener otro origen.

c) La administración de antibióticos conlleva un pequeño riesgo de anafilaxis.

d) El uso extendido y a menudo inadecuado de los antibióticos puede resultar en la aparición de microorganismos resistentes.

#### 4.3. Falta de evidencia científica para la eficacia de la profilaxis de la endocarditis infecciosa.

Los estudios que informan de la eficacia de la profilaxis antibiótica para prevenir o alterar la bacteriemia (origen de la endocarditis) en humanos después de procedimientos dentales son contradictorios, y hasta ahora no hay datos que demuestren que reducir la duración o la frecuencia de la bacteriemia después de cualquier procedimiento médico conlleve menos riesgo de EI relacionada con el procedimiento. De manera similar, no hay evidencia suficiente de estudios de casos y controles que respalde la necesidad de la profilaxis de la EI. Incluso la adherencia estricta a las recomendaciones generalmente aceptadas para la profilaxis pueden tener poco impacto en el número total de pacientes con EI en la población general. Finalmente, el concepto de eficacia de la profilaxis antibiótica en sí mismo nunca se ha investigado en un ensayo aleatorizado y controlado, y los supuestos de

eficacia se basan en una opinión experta no uniforme, datos de experimentos con animales, informes de casos, estudios sobre aspectos aislados de la hipótesis y estudios observacionales contradictorios. Recientes comités de guías de práctica clínica de sociedades cardiovasculares nacionales han reevaluado la evidencia científica existente en este campo. Aunque las recomendaciones individuales de esos comités difieren en algunos aspectos, si trazaron cuatro conclusiones de manera uniforme e independiente:

1. La evidencia existente no respalda el uso extendido de la profilaxis antibiótica recomendado en guías antiguas.

2. La profilaxis debería limitarse a los pacientes en mayor riesgo (válvulas protésicas, endocarditis infecciosa previa y algunas cardiopatías congénitas).

3. Las indicaciones para la profilaxis antibiótica para la EI se reducen en comparación con las recomendaciones anteriores.

4. Una buena higiene oral y la revisión dental regular son de particular importancia para la prevención de la EI».

Por todo ello, en este informe de la Unidad de Salud Bucodental se pone de manifiesto que:

- El paciente no se encontraba en ninguno de los supuestos que indicaban la administración de profilaxis y se llevó una escrupulosa secuencia de medidas estandarizadas en la intervención.

- Con respecto a la afirmación del reclamante de que acudió a consulta odontológica y se encontraba mal en la misma sala de espera «(...) sudoración fría, falta de aire, desvanecimiento (...)» puntualiza que en ese momento no se le sometió a cirugía oral, sino que se le remitió al área de urgencias donde fue adecuadamente atendido y en ningún caso se realizan extracciones y/o cirugía oral en caso de sospecha de proceso infeccioso sistémico con síntomas tales como fiebre, sudoración, disnea etc.

- Según consta en el informe de alta del hospital insular, el diagnóstico de presunción de endocarditis «(...) en el borde libre de la valva anterior se objetiva masa de 5x3 mm sugestivo de endocarditis (...)» mediante estudio ecocardiográfico transesofágico, se realiza el 2 de septiembre de 2015. Incluso, en estudio realizado el día anterior (ecografía transtorácica) solo se objetiva una insuficiencia mitral, sin informar de probable endocarditis infecciosa. El diagnóstico inicial de endocarditis, como se objetiva, es muy posterior a los procedimientos dentales que se le practicaron y por los que reclama.

A similares conclusiones llega el SIP en su informe en relación con la profilaxis antibiótica en procedimientos dentales, indicando que de acuerdo con las guías de práctica clínica consultadas, solo debe considerarse para pacientes que tengan alto riesgo de endocarditis (tabla 3) y vayan a someterse a los procedimientos dentales de riesgo que se enumeran en la tabla 5, sin que esté recomendada en otras situaciones y sin que el paciente se encontrara en ninguna de estas situaciones de riesgo.

Añade este informe que se encuentra descrito que procedimientos clínicos como extracciones dentales, tratamiento periodontal y endodóntico, pueden causar una bacteriemia (paso de bacterias a la sangre) transitoria, que en pacientes que padecen de afecciones valvulares cardíacas, o vasculares, esta bacteriemia puede resultar muy problemática por su potencial de desarrollar endocarditis infecciosa, infarto del miocardio, o infarto cerebral.

Describe por otro lado que también los procedimientos de higiene bucal por parte del paciente (cepillado dental, uso del hilo dental, estimulación de las encías, uso de palillos de dientes) hasta en un 51% de los casos, y procedimientos rutinarios como masticar goma o morder alimentos de cierta consistencia, también pueden generar una bacteriemia transitoria.

Refiere por último que la profilaxis para la extracción dental no garantiza la eliminación de la bacteriemia y por tanto no evitaría la endocarditis infecciosa. De ahí que los criterios para la profilaxis de la endocarditis bacteriana en procedimientos dentales sean selectivos y se hayan definido por las distintas sociedades científicas para los casos de alto riesgo para dicha patología, situación en la que no se encontraba el reclamante.

Todo ello permite concluir al SIP que la profilaxis antibiótica de la endocarditis bacteriana está indicada en los grupos considerados de riesgo y, por tanto, no se puede considerar indicada en las extracciones sufridas por el reclamante al no encontrarse en ninguno de los grupos de riesgo, ya que la patología cardíaca finalmente detectada (Síndrome de Barlow) no está incluida en dicha tabla 3 a la que ya se ha aludido.

En definitiva, de lo actuado en el expediente resulta que la actuación sanitaria prestada al reclamante con ocasión de las exodoncias practicadas ha sido ajustada a la *lex artis*, pues la no administración de profilaxis antibiótica en su caso no resultaba procedente al no tratarse de un paciente que presentara factores de riesgo que así lo exigiera.

Por todo ello, procede concluir que la desestimación de la reclamación que se propone es ajustada a Derecho, al no concurrir en el presente caso los requisitos que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución por la que se desestima la reclamación presentada se considera conforme a Derecho.