

Expediente Núm. 64/2011
Dictamen Núm. 307/2011

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón
Jiménez Blanco, Pilar

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 20 de octubre de 2011, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 1 de marzo de 2011, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia del fallecimiento de su familiar tras la atención prestada en un centro hospitalario público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 7 de junio de 2010, una hija del perjudicado, en su nombre y en beneficio de la comunidad hereditaria formada por la esposa y otros tres hijos, presenta en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia del fallecimiento de su padre tras su estancia en el Hospital

“X”, en el que permaneció ingresado para intervención quirúrgica de su cardiopatía.

Considera “que se han producido graves negligencias en el proceder” con el paciente, pues se cayó de la cama durante su ingreso por falta de barreras, lo que, según afirma, motivó que debiera “ser operado nuevamente, con todo lo que ello supone en una persona con un estado de salud muy delicado”. Achaca también al servicio público sanitario dejadez en la atención de una úlcera en el sacro que “acaba siendo de tal gravedad que llega hasta el hueso, con abundantísimo material purulento, lo que sin duda tiene una importancia capital en el desenlace fatal”.

Interesa que “se practique prueba pericial médica en relación a los hechos relatados y su incidencia en el exitus del paciente” y que se identifique al ocupante de la cama contigua en el Hospital “X” a fin de que preste testimonio.

Adjunta copia de los siguientes documentos: a) Informe de alta del Servicio de Cirugía Cardíaca del Hospital “X”, de fecha 27 de abril de 2010. b) Informe de seguimiento de úlceras por presión del Hospital “Y”, con anotaciones correspondientes a los días 28 y 29 de abril y 1, 2 y 3 de mayo de 2010. c) Informe de alta de la Unidad de Rehabilitación Geriátrica del Hospital “Y”, de 5 de mayo de 2010.

2. Mediante escrito de 22 de junio de 2010, que consta recibido el día 21 de julio, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios notifica a la reclamante la fecha de recepción de su reclamación en la Administración del Principado de Asturias, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará, el plazo y los efectos de la falta de resolución expresa. Asimismo, la requiere “para acreditar su representación” y “la comunidad hereditaria” del fallecido y para proceder a la cuantificación económica del daño o, en su defecto, indicar las causas que motivan la imposibilidad de realizarla.

3. Con fecha 23 de junio de 2010, el Jefe de Servicio del Área de Reclamaciones del Hospital "X" traslada al Servicio instructor el parte de reclamación y una copia de la historia clínica del perjudicado y el día 27 de julio de 2010 le remite los informes emitidos por el Jefe del Servicio de Cirugía Cardíaca del Hospital "X" y por las Supervisoras de la Unidad de Hospitalización.

En el informe del Servicio de Cirugía Cardíaca, de 28 de junio de 2010, se refiere que el fallecido "ha sido intervenido quirúrgicamente de su cardiopatía el día 13-1-10. El 20-1-10 es dado de alta de la Unidad de Cuidados Intensivos, tratándose de un paciente con EPOC severo y con abundantes secreciones bronquiales y cuadros de desorientación y agitación. Durante su estancia en planta (...) sufre el 22-1-10 una caída de la cama, siendo examinado y presentando una exploración y constantes normales, con excepción de un pequeño hematoma en la zona frontal (...). El 29-1-10 en el curso clínico se describe la herida de la esternotomía como cerrada, con acúmulo subcutáneo y dudosa inestabilidad esternal. Se realiza una punción y un cultivo (...). Posteriormente, en notas de enfermería se refiere un exudado serohemático abundante que drena espontáneamente por la esternotomía. Tras un acceso de tos, sufre una dehiscencia esternal que en la cirugía posterior describe como completa, con probable infección de tejidos blandos./ Tras un posoperatorio tórpido presenta una úlcera sacra grado II-III que fue tratada con curas tópicas de acuerdo al protocolo (...). El paciente se traslada al Hospital "Y", previa valoración por parte del mismo, para completar tratamiento rehabilitación, haciéndose constar la situación y régimen de curas de la úlcera sacra".

En el informe de la Supervisora de la Unidad de Hospitalización 8ª Oeste, de 28 de junio de 2010, se da cuenta de que el paciente ingresó en dicha Unidad procedente de la UVI el día 20 de enero de 2010 y permaneció allí hasta el día 30 del mismo mes, fecha en la que es intervenido y trasladado a la UVI. Refiere que el perjudicado sufre una caída el día 22 de enero y que se envió el parte correspondiente a la Dirección de Enfermería. El informe de la Supervisora de la UVI II, de 29 de junio de 2010, se limita a señalar que el paciente ingresó en la Unidad el día 13 de enero tras ser intervenido, siendo

alta el día 20 de enero, y que posteriormente reingresa por una dehiscencia esternal el día 30 de enero, siendo dado de alta el día 24 de marzo. En el informe de la Supervisora de la Unidad de Hospitalización 7W se indica que el paciente, “con fecha de ingreso en planta 24-03-2010 y fecha de alta (...) 28-04-2010, llega procedente de UCI, reintervenido por dehiscencia esternal el 30-01-2010, presenta úlcera sacra GIV que, hasta el momento del alta se está curando con aquacel Ag + Mepilex”. Afirma adjuntar “informe de alta de enfermería enviado al (Hospital Monte Naranco) en su traslado, donde se hace referencia a dicha úlcera y curas”, aunque no consta incorporado al expediente.

4. Con fecha 28 de julio de 2010, la reclamante presenta en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias un escrito en el que comunica que se halla en tramitación la declaración de herederos del finado y cuantifica la indemnización “total y conjunta” solicitada en ciento cincuenta mil euros (150.000 €).

5. El día 2 de agosto de 2010, un Inspector de Prestaciones Sanitarias del Servicio instructor solicita de la Gerencia del Hospital “X” “un informe del Servicio de Medicina Preventiva, tanto sobre el caso concreto como sobre la situación del centro en general”; solicitud que se reitera el día 14 de septiembre de 2010.

En respuesta a dicha petición, el día 15 de septiembre de 2010 se remite al Servicio instructor el informe emitido por la Jefa del Servicio de Medicina Preventiva. En él, con base en la historia clínica del paciente fallecido, se relatan los procedimientos llevados a cabo para minimizar el riesgo de infección nosocomial, indicando que existen “factores de riesgo añadidos intrínsecos del paciente, tales como EPOC, dificultad en la movilización, hepatopatía alcohólica, HTA y dificultad propia de la patología de base”. Sobre los datos disponibles del sistema de vigilancia de infección nosocomial correspondientes al año 2010, indica que “no consta en el momento de la intervención existencia de ningún brote que pudiera estar asociado al paciente intervenido”, incluyendo a

continuación los datos de seguimiento, tanto de prevalencia como de incidencia del Servicio de Cirugía Cardíaca.

6. Con fecha 29 de septiembre de 2010, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él señala que “se trata de un paciente de 74, años con unos antecedentes de HTA, ex fumador importante, ex bebedor muy importante, hepatopatía alcohólica, aneurisma de aorta descendente, EPOC en tratamiento con broncodilatadores, enfisema pulmonar e infarto agudo de miocardio no Q. Con el diagnóstico de cardiopatía isquémica crónica, angor de reposo y lesión de tres vasos con función ventricular moderadamente deprimida ingresa el 12 de enero de 2010 para ser intervenido al día siguiente (...), realizándose para ello una derivación aortocoronaria triple./ Tras la cirugía cursó posoperatorio en UCI y en situación hemodinámica estable se trasladó a planta de hospitalización el 20 de enero de 2010. Durante su estancia en planta sufre el 22 de enero de 2010 una caída de la cama en probable relación con cuadro febril y episodios de agitación/desorientación. Como consecuencia de la caída sufrió un pequeño hematoma en la zona frontal (...). Posteriormente, y sin relación alguna con la caída, el 29 de enero de 2010 presentaba la herida de la esternotomía cerrada pero con acumulo subcutáneo y dudosa inestabilidad esternal. Realizada una punción y un cultivo del extremo inferior de la herida se obtiene material hemopurulento y exudado serohemático abundante que drena espontáneamente. Tras un acceso de tos, sufre una dehiscencia esternal completa que exigió nueva cirugía el 30 de enero de 2010. Tenía infección de pared esternal y líquido pericardiaco./ Reingresa en la UCI tras la cirugía presentando una evolución tórpida por fallo de ventrículo izquierdo, con derrames pleurales bilaterales; insuficiencia respiratoria con intubación endotraqueal prolongada, requiriendo traqueostomía y sepsis por catéter, infecciones tracto respiratorio y orina. Hizo una úlcera sacra grado II-III que fue tratada con curas tópicas y fue trasladado al Hospital “Y” para completar tratamiento rehabilitación el 27 de abril de 2010”, falleciendo en dicho centro del día 4 de mayo.

A juicio del inspector informante, pese a “haberse adoptado las medidas profilácticas establecidas en los protocolos de aplicación, el paciente sufrió un proceso infeccioso que demoró su evolución y complicó su situación clínica. Se trataba de un paciente con una pluripatología que lo convertía en un paciente de alto riesgo”. Sobre la infección nosocomial, y partiendo de los datos aportados por el Servicio de Medicina Preventiva, estima que los indicadores de dicha infección en el Servicio de Cirugía Cardíaca, “tanto de prevalencia como de incidencia”, se encuentran “en cifras similares a las del resto de hospitales españoles comparables. La probabilidad de desarrollar una infección en un procedimiento de cirugía cardíaca con circulación extracorpórea varía entre las diferentes series y en función del riesgo entre un 0,4 y un 5%, pudiendo llegar en pacientes de alto riesgo, como era el caso (...), incluso a un 20%”.

Por ello, concluye que la reclamación debe ser desestimada.

7. Mediante escritos de 4 de octubre de 2010, se remite copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente completo a la correduría de seguros.

8. Con fecha 21 de noviembre de 2010, emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por un especialista en Medicina Interna y Enfermedades Infecciosas. En él, tras realizar diversas consideraciones sobre las complicaciones de la esternotomía y la mediastinitis, concluye que “la dehiscencia del esternón no fue debida a una caída, sino a la infección del esternón (...). La úlcera sacra fue una complicación más de la evolución del paciente, con múltiples patologías de base” y complicaciones durante el ingreso “hasta llegar a una hemorragia digestiva que seguramente fue fundamental en la causa del fallecimiento”.

9. El día 23 de diciembre de 2010, se comunica a la reclamante la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y se le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente. Asimismo, se la requiere para acreditar la comunidad hereditaria y su representación en el procedimiento.

10. Con fecha 30 de diciembre de 2010, la reclamante se persona en las dependencias administrativas y obtiene una copia del expediente, compuesto en ese momento por ciento veintiocho (128) folios, según se hace constar en la diligencia extendida al efecto. Figura incorporada a continuación un acta notarial de declaración de herederos abintestato del fallecido.

El día 5 de enero de 2011, presenta en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que se muestra disconforme con las conclusiones del informe técnico de evaluación y el de la asesoría privada. Sostiene que lo cierto es que su padre, una vez trasladado a planta el día 20 de enero de 2010, “sufre una dehiscencia esternal de la que tiene que volver a ser intervenido, no por un acceso de tos, sino por una caída de la cama, esto es lo que en todo momento le dijeron a la familia, tanto las enfermeras como los médicos. Que lo hayan consignado de otra forma no altera la realidad de los hechos”. Añade que en el informe de alta del Hospital Universitario Central de Asturias no se hizo constar “la presencia de la úlcera decúbito sacra, grado IV, extensa y con material purulento, como sí recoge el informe del Hospital `Y´”. Aduce que en el informe de 5 de mayo de 2010 de este último hospital se recoge “textualmente que la úlcera decúbito sacra se detecta en la exploración física al ingreso, no porque viniera en el informe (...). No inventamos las palabras, solo las transcribimos, y de las mismas se ha de concluir que nadie informó al hospital de destino de la existencia de la úlcera, y por ende de su gravedad; más aún, la misma no estaba siendo curada debidamente, pues, con independencia de la gravedad que la misma presentaba”, lo cierto es “que al proceder a su desbride se encuentran con abundantísimo material purulento, lo que no parece de suyo propio con una úlcera que se curaba debidamente”.

El Servicio instructor da traslado de una copia de estas alegaciones a la compañía aseguradora el día 19 de enero de 2011.

11. Con fecha 11 de febrero de 2011, se notifica a la reclamante un nuevo requerimiento del Servicio instructor para que acredite su capacidad de

representación de la comunidad hereditaria, con advertencia de que de no recibirse contestación en el plazo de diez días “se le tendrá por desistida de su petición”.

Mediante comparecencia personal en las dependencias administrativas, el día 21 de febrero de 2011 la esposa del fallecido y tres de sus hijos otorgan capacidad de representación suficiente a su hija y hermana, respectivamente, para formular la reclamación objeto del presente procedimiento.

12. El día 22 de febrero de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, reproduciendo la argumentación y fundamentación recogidas en el informe técnico de evaluación.

13. En este estado de tramitación, mediante escrito de 1 de marzo de 2011, registrado de entrada el día 4 del mismo mes, 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 Salud y Servicios Sanitarios, cuyo original adjunta.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), están, quienes se dicen viuda e hijos del perjudicado, activamente legitimados para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron; interesados que pueden actuar legítimamente a través de representante con poder al efecto.

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 7 de junio de 2010, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -la muerte del paciente- el día 4 de mayo de 2010, por lo que es claro que fue formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC y, en su desarrollo, en el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Procedimiento de tramitación al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás

entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Sin embargo, 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.- Es objeto de nuestro análisis la reclamación de daños presentada por los hijos y la viuda de un paciente que fallece en un hospital de la red pública donde se encontraba ingresado por las graves negligencias que, a su entender, se habrían producido en su atención y cuidado.

No existe duda alguna sobre el óbito del paciente mientras se encontraba ingresado en un hospital público. En consecuencia, hemos de presumir la existencia de un daño moral en los interesados, al margen de su concreta valoración, cuestión que abordaremos más adelante si concurren el resto de los requisitos necesarios para reconocer la responsabilidad patrimonial que se pretende.

Ahora bien, concretado el hecho dañoso, que este haya tenido lugar en el ámbito del servicio público sanitario no puede determinar, sin más, la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, sino que ha de guardar, como ya se ha expuesto en la consideración anterior, una relación de causalidad jurídicamente relevante con la asistencia sanitaria prestada.

Los interesados sostienen que el paciente se cayó de la cama por falta de barreras y que ello motivó, según afirman, que debiera “ser operado nuevamente, con todo lo que ello supone en una persona con un estado de salud muy delicado”. Achacan también al servicio sanitario prestado en el Hospital “X” dejadez en la atención de una úlcera en el sacro que “acaba siendo de tal gravedad que llega hasta el hueso, con abundantísimo material purulento, lo que sin duda tiene una importancia capital en el desenlace fatal”.

En definitiva, de modo sustancial imputan a la Administración sanitaria una actuación negligente en el hospital en el que fue intervenido quirúrgicamente.

Sin embargo, analizado el expediente, hemos de señalar que no consta en él ninguna prueba o indicio que permita sostener las imputaciones que los interesados apuntan en la reclamación y reafirman en las alegaciones formuladas en el trámite de audiencia sin soporte técnico o pericial alguno, como fácilmente se colige del hecho de que en su escrito inicial propongan una prueba pericial médica en relación con los hechos relatados y “su incidencia en el exitus del paciente”, que finalmente no han aportado.

Antes de proceder al análisis del nexo causal entre el daño alegado y el funcionamiento del servicio público sanitario debemos realizar un pronunciamiento sobre los hechos, dadas las evidentes contradicciones entre la reclamación y los datos que constan en la historia clínica y en los informes de los servicios asistenciales. Pues bien, tras la atenta lectura de toda esa documentación, hemos de manifestar que en el relato de hechos que se efectúa en el escrito de reclamación se omiten algunos datos esenciales y se hacen afirmaciones carentes de apoyo objetivo.

En primer lugar, los informes y la documentación relativa al curso clínico obrante en el expediente dan cuenta de que la segunda intervención quirúrgica -el día 30 de enero de 2010- no guardó relación alguna con la caída de la cama acaecida el día 22 de enero, sino que resultó necesaria por la presencia -el día 26- de un aumento de las secreciones bronquiales y dolor en hemotórax izquierdo de características pleuríticas, al observarse un drenaje purulento en la esternotomía -el día 29 de enero-, que demandó cultivo, y, finalmente, por la

producción de una dehiscencia esternal tras un acceso de tos que se sitúa a “las 2 h de la madrugada”.

En segundo lugar, la reclamante alega que la úlcera sacra “se detecta en la exploración física al ingreso” en el Hospital “Y”, lo que no resulta cierto, y se contradice con los informes emitidos y con las anotaciones realizadas en las hojas de curso clínico los días 31 de marzo y 13 de abril de 2010, que dan cuenta de una úlcera sacra de grado II en aquel momento, sin penetración, y de su vigilancia. Mas aún, la propia interesada acompaña a su escrito inicial, en apoyo de sus pretensiones, el formulario de seguimiento de úlceras por presión cumplimentado en el Hospital Monte Naranco y en él se anota, ya el día 28 de abril de 2010, a las 12:48 h, la citada úlcera en el sacro y como observaciones “curado en Huca (Hospital “X”) pte. valorar”; observación que se repite en el mismo formulario el día 2 de mayo de 2010. Ello nos permite concluir que, en contra de lo alegado, y pese al empleo del término en el informe de alta por *exitus*, la repetida úlcera no se “detecta” en la exploración física al ingreso en el Hospital “Y”, sino que se anota tras dicha exploración, que resulta lógica y obligada al ingreso en un nuevo centro hospitalario, sin que permita deducir falta de exploración o atención en el de procedencia.

Los datos objetivos que conocemos contradicen la descripción de hechos realizada por los interesados y, en contra de los términos textuales empleados en el escrito de alegaciones, “la realidad de los hechos” no puede predicarse de sus meras afirmaciones acerca de lo que, presuntamente, “le dijeron a la familia, tanto las enfermeras como los médicos”, sino que ha de desprenderse justamente de lo consignado y documentado en debida forma, con la secuencia temporal real en la que tales hechos sucedieron.

Así, desacreditados los hechos alegados, con los que los interesados pretenden crear una difusa relación causal con el fallecimiento de su padre y esposo y el consecuente daño moral, habría de tenerse por desacreditada dicha relación y, por tanto, debería desestimarse la reclamación formulada.

Sin perjuicio de ello, cabe añadir que todos los informes técnicos emitidos coinciden en no apreciar signo de incorrección en la actuación de los y las profesionales del servicio público sanitario. En concreto, el informe

elaborado por un especialista en Medicina Interna y Enfermedades Infecciosas destaca que el paciente presentó una “mediastinitis secundaria a una infección esternal, produciéndose una dehiscencia secundaria del esternón, por lo que necesitó nueva cirugía”. Este informe refiere además que, aunque las mejoras en la técnica quirúrgica y el uso de antibióticos han disminuido de forma notable la mortalidad por la mediastinitis, la misma oscila “en la actualidad entre el 10% y el 15%”.

Ninguna infracción de la *lex artis* se ha puesto de manifiesto tampoco -y los propios reclamantes no la invocan- en la atención al paciente durante su prolongada estancia -53 días- en la Unidad de Cuidados Intensivos tras la segunda intervención quirúrgica. Dicha estancia se debió, como consta en la historia clínica y resume el informe técnico de evaluación, a una evolución tórpida por fallo de ventrículo izquierdo con derrames pleurales bilaterales e insuficiencia respiratoria con intubación endotraqueal prolongada, requiriendo traqueostomía y sepsis por catéter, así como infecciones de tracto respiratorio y orina. Análoga consideración hemos de efectuar respecto de la presencia, seguimiento y atención mediante curas tópicas de una úlcera sacra de contacto o por presión, que lamentablemente no resulta extraordinaria en pacientes encamados durante un largo periodo pese a lo esmerado de su cuidado.

En último extremo, ningún reproche se realiza a la atención dispensada en el hospital en el que se produce el fallecimiento tras presentar “dos episodios de melenas, secundarios a hemorragia digestiva, que contribuyeron de manera importante al fallecimiento del paciente”, como destaca el informe de la asesoría privada.

En tales circunstancias, no podemos dar por acreditado el déficit de atención que se alega por los reclamantes, ni el estado de abandono en el que señalan haberse producido la úlcera sacra del paciente; al contrario, consideramos que fue atendido correctamente de los síntomas que presentó en cada momento.

En definitiva, la actuación de la Administración sanitaria fue correcta, no apreciándose relación de causalidad entre la asistencia prestada y el daño

alegado, producto de la tórpida evolución de la enfermedad del paciente y de las múltiples complicaciones desarrolladas y no imputable al servicio público.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por

V. E., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.