

Expediente Núm. 260/2011
Dictamen Núm. 49/2012

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 23 de febrero de 2012, 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 17 de octubre de 2011, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños atribuidos a la asistencia dispensada en un hospital público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 24 de marzo de 2009, un abogado, en nombre y representación del interesado, presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial “derivada de negligencia médica”.

Refiere que su representado fue intervenido quirúrgicamente el día 10 de enero de 2008 por el Servicio de Traumatología del Hospital en relación con una hernia discal y que, tras el posoperatorio, presentó “exudado

abundante por la herida quirúrgica y absceso o flebitis séptica en la muñeca derecha en relación con vía periférica (...) debido a infección por bacteria estafilococo aureus (...). El día 24 de enero le examinó el Servicio de Nefrología y constató un preoperatorio con pancitopenia y calificó el cuadro que presentaba de fracaso renal agudo. El día 26 se le ingresó en la UVI con diagnóstico de sepsis y fracaso multiorgánico (...). Tras salir de la UVI pasó a planta de Nefrología, donde se continuó con la hemodiálisis que se había iniciado en esa UVI (...), el día 20 de febrero tolera mal la sesión y sufre una reacción hipertensiva con disnea e importante cortejo vegetativo; se sospechó la existencia de endocarditis infecciosa, por lo que se reinició el tratamiento con antibiótico; el 21 de febrero, un nuevo estudio con ecocardiograma evidenció la existencia de ventrículo izquierdo dilatado con función sistólica severamente afectada e insuficiencia mitral funcional". Fue ingresado en la UCI de Cardiología hasta el 11 de marzo, en que pasó a planta de Medicina Interna II. Recibió "el alta hospitalaria de forma definitiva el 4 de abril de 2008, una vez recuperada la función renal, con una secuela de miocardiopatía con disfunción sistólica del ventrículo izquierdo".

Consigna como antecedentes médicos de su representado "diabetes mellitus tipo II, infección crónica por virus C de la hepatitis (y) depresión, en programa de mantenimiento con metadona. Al menos, desde marzo de 2004 se conoce que padece leucopenia por presentar en los hemogramas una cifra de leucocitos (500×10^3 /ul) inferior a la normal (4.000×10^3 /ul). De la cifra antes indicada (500×10^3 /ul), el 70% corresponden a leucocitos neutrófilos, lo que constituye leucopenia y neutropenia severa, respectivamente". Afirmo que, pese a los antecedentes de ese padecimiento, "no se realizó ninguna comprobación al respecto en el preoperatorio ni se adoptó ninguna medida especial para prevenir posibles consecuencias adversas". A su juicio, "la existencia de una leucopenia obligaba a suspender la intervención quirúrgica o, cuando menos, a administrar durante el pre y el posoperatorio antibióticos específicos para evitar las infecciones posquirúrgicas, cosa que no se hizo".

En cuanto al consentimiento informado, aduce que entre los riesgos típicos “no se mencionan las afecciones cardíaca y renal” que padeció, y que, si bien “se cita la infección”, se hace “sin ninguna precisión adicional ni mucho menos que esta pudiera alcanzar una gravedad como para poner en riesgo la vida del paciente”. También indica que el apartado de “riesgos personalizados” figura en blanco, a pesar de la leucopenia y pancitopenia conocidas, de la diabetes mellitus tipo II y de la hepatitis C, y que en el de “alternativas posibles” no se considera la posibilidad de suspender la intervención y realizar un tratamiento más conservador para evitar los riesgos en una persona con sus antecedentes.

Añade que, “una vez obtenida el alta (...), la Consejería de Bienestar Social del Principado de Asturias le ha reconocido una minusvalía con un grado de discapacidad global del 67%” por las dolencias que especifica.

Afirma “que no se adoptaron las medidas pertinentes para prevenir posibles infecciones y otros problemas derivados de la leucopenia y neutropenia”, que “debió haberse puesto de manifiesto el mayor riesgo que esa situación entrañaba, las consecuencias que podía tener una posible infección y haber planteado las posibles alternativas”, y que “las infecciones hospitalarias sufridas por el paciente, con todas las complicaciones posteriores, son consecuencia de no haber tenido en consideración la leucopenia y neutropenia que padecía”.

Valora el daño ocasionado en un total de doscientos cuarenta mil euros (240.000 €), a razón de 60.000 € por el sufrimiento que conllevó la estancia hospitalaria y 180.000 € por la secuela y la pérdida de capacidad laboral y vital que conlleva.

Propone prueba documental, solicitando que se incorpore al expediente el historial médico completo y acompaña, entre otros, los siguientes documentos: a) Poder general para pleitos otorgado a favor del letrado que reclama. b) Resolución de la Consejería de Bienestar Social de 20 de octubre de 2008, por la que se le reconoce al interesado un grado de discapacidad del 76% de acuerdo con el dictamen técnico facultativo, que recoge, como

circunstancias concurrentes, la limitación funcional de columna, trastorno de la afectividad, enfermedad de aparato circulatorio, enfermedad de aparato digestivo y enfermedad del sistema endocrino-metabólico. c) Informe realizado por una consultoría privada el 12 de enero de 2008, que concluye, "por estimación", que "se han podido vulnerar los protocolos médicos al haberse procedido a una intervención quirúrgica no urgente en una persona con un número disminuido de leucocitos en sangre periférica que, como consecuencia, presentó infecciones posoperatorias que han determinado posteriores secuelas" y "presume un posible caso de negligencia médica para cuya evidencia no se dispone y se precisaría disponer de los datos recogidos en los hemogramas de los análisis clínicos practicados en el preoperatorio y posoperatorio inmediato, así como de las órdenes de tratamiento pautadas en ambos periodos", y que debe abstenerse "de emitir una conclusión definitiva hasta que disponga de los documentos referidos a los análisis de sangre preoperatorios, con hemograma incluido, y las órdenes de tratamiento del preoperatorio y posoperatorio inmediato". d) Informe médico pericial de valoración del daño corporal que valora la secuela de "corazón. Insuficiencia cardiaca. Grado II" en 20 puntos y la incapacidad temporal en 86 días hospitalarios. e) Hoja de consulta médica en el Servicio de Nefrología, del día 24 de enero de 2008, por fracaso renal agudo "en probable relación con sepsis de origen cutáneo", en la que consta que el interesado "ingresa para Cx hernia discal. Preoperatorio con pancitopenia (...) (sept. - 07). Se interviene el día 10 de enero y posteriormente hace un absceso en antebrazo derecho en el que se cultiva un EF aureus". Hay una anotación el día 25 de enero de 2008, en la que señala que "es paciente especial: no disciplina, no colaboración. Imposible conocer la diuresis". f) Informe de alta en la UVI, de fecha 5 de febrero de 2008, tras ingreso el día 26 de enero de 2008 por insuficiencia respiratoria y renal. En el apartado de enfermedad actual se indica que se trata de un "paciente ingresado a cargo de Traumatología, intervenido de hernia discal L5-S1 el 10-01-08. En el posoperatorio presentó exudado abundante por herida quirúrgica (...) y absceso en muñeca derecha por MSSA en relación con vía

periférica". Consta el diagnóstico principal de sepsis y los secundarios de insuficiencia respiratoria aguda, fallo renal agudo, fallo multiorgánico, infección de herida quirúrgica, candidiasis urinaria, hepatoesplenomegalia, hipertensión portal y pancitopenia. g) Informe de alta en Traumatología, datado el 8 de febrero de 2008, relativo a ingreso el día 9 de enero de 2008 por "cirugía programada", porque "el enfermo refiere cuadro de lumbalgia crónica con irradiación a región glúteo" izquierda. Consta RNM con el resultado de hernia discal L5-S1 y que "con fecha 10-1-08 se interviene quirúrgicamente, practicándosele laminectomía más discectomía". En el apartado relativo a evolución figura que "en el posoperatorio inmediato cursa con absceso en región de estiloides radial derecha, zona en la cual existía una vía, posteriormente se aprecia también supuración de la herida quirúrgica, el paciente evoluciona a complicación nefrológica, siendo necesario su ingreso en Cuidados Intermedios. El día 6-2-2008, al comprobar que el absceso y la herida quirúrgica estaban cerrados, el Servicio de Nefrología lo traslada a su Unidad para el tratamiento oportuno". h) Informe de alta en la Unidad de Cuidados Intensivos, de 11 de marzo de 2008. i) Informe de alta en el Servicio de Medicina Interna II, del día 4 de abril de 2008, tras ingreso el día 9 de enero de 2008, en el que se refleja como diagnóstico principal "endocarditis infecciosa sobre válvula pulmonar" y como otros diagnósticos "sepsis. Flebitis séptica. Infección de la herida quirúrgica (...). Insuficiencia renal aguda resuelta. Proteinuria en rango nefrótico (...). Miocardiopatía con disfunción sistólica del VI (...). Hematoma inguinal derecho (...). Infección crónica por el virus C de la hepatitis, con signos ecográficos de hipertensión portal (...). Pancitopenia por hiperesplenismo (...). Crioglobulinemia mixta (...). Diabetes mellitus tipo 2".

2. Mediante escrito de 7 de abril de 2009, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios (en adelante Servicio instructor) comunica al 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 y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. Con fechas 22 y 23 de abril de 2009, el Secretario General del Hospital remite al Servicio instructor una copia de los informes médicos que figuran en la historia clínica del paciente, incluidos los de la Sección G.

Obran en la misma, entre otros, y además de los que se adjuntan a la reclamación, los siguientes documentos: a) Hojas de consulta médica en Psiquiatría de Enlace, Endocrino y Nefrología. b) Estudios de bacterias, entre ellos de absceso en zona de vía venosa, del día 23 de enero, de absceso en muñeca, del día 24 de enero, y de herida quirúrgica, fechado el 29 de enero, según los cuales se aisló "Staphylococcus aureus", así como varios informes de Anatomía Patológica.

4. Los días 27 de abril y 6 de mayo de 2009, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada para elaborar el informe técnico de evaluación solicita a la Gerencia del Hospital una copia de la historia clínica del paciente, un informe actualizado del traumatólogo interviniente en el proceso asistencial y el estudio preoperatorio, así como el documento de consentimiento informado.

5. Mediante escrito de 14 de mayo de 2009, el Secretario General del hospital remite al Servicio instructor el informe emitido por el Servicio de Traumatología el día 12 de mayo de 2009.

El médico firmante expone que al paciente "se le informa de las complicaciones de la intervención quirúrgica, generales y particulares en su caso, dados sus antecedentes personales, ante lo cual el enfermo acepta la intervención. Se le realizan estudios preoperatorios previos (analítica, ECG, Rx) y es visto por el Servicio de Anestesia, que le informa de nuevo de las complicaciones posibles, firmando el paciente el consentimiento informado (...); este Servicio, a la vista de las pruebas preoperatorias, lo considera apto para la cirugía, sin tomar ninguna medida especial en su caso./ Ingresó el 9-1-

08 para ser intervenido quirúrgicamente al día siguiente. En ese momento se le informa de nuevo de las complicaciones, tanto generales como particulares en su caso, y firma un consentimiento informado (...). Es intervenido el día 10-1-08 (...) sin complicación preoperatorio alguna, ni desde el punto de vista quirúrgico ni anestésico". Añade que, una vez en la planta, "se niega a tomar la medicación (...), se levanta cuando tenía pautado reposo absoluto, siendo encontrado por los pasillos por enfermería. Se niega a tomar Neurontín, la insulina la pone cuando quiere, se levanta sin el corsé, se arranca la vía endovenosa, por lo que es necesario ponerle un catéter en miembro superior dcho. (que será el que posteriormente se infecte)". Indica que "durante el posoperatorio inmediato el enfermo evoluciona sin fiebre, comenzando el 17-1-08 con inflamación a nivel del catéter, por lo que se pauta antibioterapia profiláctica. A continuación presenta signos inflamatorios a nivel de la herida quirúrgica que, tras cultivos de ambas localizaciones, se comprueba la presencia de un estafilococo aureus meticilin sensible (...). Se realiza analítica complementaria y, dada la evolución del enfermo, se avisa al Servicio de Nefrología para control del paciente. Posteriormente (...) presenta un cuadro de fallos multiorgánicos que precisan ser tratados por varios Servicios (Nefrología, Cardiología, UCI de Cuidados Intermedios...). La (...) infección de la herida quirúrgica y del catéter (flebitis séptica) se resuelven satisfactoriamente con el tratamiento pautado, así como su problema renal, siguiendo controles, tanto por este Servicio como por el de Cardiología".

Apunta finalmente que "el paciente no acudió a consultas externas para revisiones y controles posteriores".

6. Con fecha 25 de mayo de 2009, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto elabora el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. Afirma que "está científicamente admitido y es evidente que la leucopenia y neutropenia son factores predisponentes para la aparición de infecciones, al igual que la diabetes, influyendo en porcentaje alto./ Igualmente, sus alteraciones de conducta, sin respetar órdenes del personal sanitario y

pautándose él su propia medicación, favorecen la aparición de infecciones". Considera que en este caso "el paciente, afecto de sintomatología específica, fue tratado adecuadamente tras confirmación diagnóstica, y abordando las múltiples complicaciones aparecidas y sus consecuencias, actuando los facultativos de forma correcta y ajustada a la *lex artis*, al emplear los medios diagnósticos y terapéuticos para la patología presentada (...) y las circunstancias que sus síntomas demandaban".

7. El día 3 de junio de 2009, el Jefe del Servicio instructor remite una 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. Mediante escrito de 4 de septiembre de 2009, el Secretario General del hospital traslada al Servicio instructor, entre otros, los siguientes documentos:

- a) Informe de consultas externas de Traumatología, en el que constan anotaciones los días 11 de diciembre de 2006 (el paciente refiere dolor en región lumbar sin irradiación, que "le despierta"), 18 del mismo mes y 25 de junio de 2007 ("el paciente está pendiente de una jubilación no contributiva").
- b) Solicitud de estudio preoperatorio dirigido a Electrocardiografía.
- c) Resultado de la analítica realizada el día 28 de septiembre de 2007, en el que se reflejan, entre otros, los parámetros de hemoglobina -12,0 g/dl-, leucocitos $-3,1 \times 10^3/\text{mm}^3$ -, neutrófilos segmentados abs $-2,3 \times 10^3/\text{mm}^3$ -, plaquetas $-85,0 \times 10^3/\text{mm}^3$ - y glucosa -259 mg/dl-.
- d) Hoja de valoración preanestésica, realizada el 18 de octubre de 2007, en la que se anotan antecedentes de "diabetes" y parámetros de la analítica -plaquetas: 85.000 y glucosa: 259-. En el apartado de observaciones se indica que "se pauta tto. diabetes". El día 10 de enero de 2008 se consigna que "el paciente refiere tomar unos 150 g metadona al día. Es conveniente (...) saber la dosis de metadona. Se ha confirmado ayer la dosis".
- e) Hoja de consentimiento informado para laminectomía más discectomía por hernia discal, firmada por el paciente el día 9 de enero de 2008. En el apartado de riesgos típicos consta que "toda

intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica operatoria como por la situación vital de cada paciente (diabetes...) lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad". Entre los que a continuación se enumeran figura la infección.

9. Con fecha 3 de diciembre de 2009, emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por cuatro especialistas en Medicina Interna. Sostienen que "la infección puede proceder del exterior, transmitida por el personal sanitario, pero es más frecuente que proceda del mismo paciente que previamente esté colonizado por este germen. El hecho de que el *S. aureus* que infectó a este paciente fuese sensible a la metilicina hace mucho más probable esta posibilidad, ya que cuando la infección procede del personal sanitario o del ambiente hospitalario suele ser por *S. aureus* metilicin resistente" y que "hay un porcentaje de infecciones hospitalarias que no pueden evitarse, a pesar de que se tomen todas las medidas preventivas posibles". Manifiestan que algunos aspectos de la reclamación "no se ajustan a la evidencia científica", aclarando que "los diabéticos tienen efectivamente un mayor riesgo de infección, sin que sea eficaz ninguna medida previa a la cirugía para disminuir esta posibilidad de infección, que por otra parte es pequeña y constituye un riesgo asumible para realizar cualquier tipo de cirugía"; que "la pancitopenia que presentaba este paciente por hiperesplenismo no aumenta el riesgo de infección", especificando que "existe un riesgo significativo de infección cuando los neutrófilos son inferiores a 500" y este paciente tenía 2.300 dos meses antes de ser intervenido y 2.290 inmediatamente después de la intervención. Así pues, no era necesaria ninguna medida preventiva adicional por tener una discreta disminución del número de leucocitos. Por otro lado, la situación de pancitopenia por hiperesplenismo no mejora con el tiempo, sino al contrario, puede empeorar. Por ello, esperar a una situación mejor no era posible". Añaden que "la

infección no fue una consecuencia directa de la cirugía, ya que el origen de la infección por estafilococo estuvo en el catéter venoso que fue necesario colocar por arrancarse el paciente la vía venosa inicial. Este catéter se infectó por el estafilococo procedente del mismo enfermo (...), infectándose posteriormente la herida quirúrgica, así como otros órganos". Concluyen que "la indicación de cirugía de la hernia discal fue debida al fracaso del tratamiento médico en el control del dolor lumbar. Esta indicación siempre es decidida por el paciente, que es el único que puede valorar la intensidad del dolor", y que "las secuelas que presenta (...) no son debidas a las complicaciones de la cirugía de hernia discal, sino (a) sus enfermedades previas". Consideran, en fin, que "la actuación médica con este paciente ha sido correcta y acorde a la *lex artis ad hoc*".

10. El día 5 de enero de 2010, el Jefe del Servicio instructor notifica al representante del interesado la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y le adjunta una copia de los documentos obrantes en el expediente.

Con fecha 25 de enero de 2010, este presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones. En él rechaza que su representado "se negara a tomar la medicación, que se levantase ya el día siguiente a la operación (...), que se pusiera la insulina cuando quería, que se levantara sin corsé o que se arrancara la vía endovenosa", aduciendo razones que se oponen a dichos hechos. Alega falta de prueba de los mismos, pues no se han aportado las hojas de enfermería ni del seguimiento médico pese a haberlas solicitado expresamente, y que la prueba de tales incumplimientos corresponde a la Administración sanitaria. Reprocha que "quienes revisaron su herida quirúrgica no lo hicieron con la pertinente frecuencia, ni se curó la herida y la infección con la necesaria cadencia". Niega también que su representado fuera informado hasta tres veces de los riesgos de la intervención quirúrgica, del aumento del riesgo que suponen la diabetes y la leucopenia, de las alternativas terapéuticas, de sus

posibilidades de éxito o fracaso, de los riesgos secundarios que presentan y de la efectividad del tratamiento seguido, información sin la cual -a su juicio- el consentimiento está viciado. Reitera la omisión de medidas preventivas para evitar las infecciones y manifiesta que “debió haberse requerido un nuevo análisis”. Considera que no puede imputarse la infección y todas las consecuencias que tuvo a la actuación atribuida al interesado y se remite al informe de alta de Medicina Interna II, según el cual “la primera complicación fue la infección de la herida quirúrgica por s. aureus, y como consecuencia de esta, endocarditis derecha con afectación de la válvula pulmonar”, rebatiendo el informe técnico de evaluación y el de los especialistas, que sostienen que la infección se extendió del catéter a la herida quirúrgica. Entiende que el estafilococo podía proceder del personal hospitalario, pues si el paciente fuera el portador ya habría sufrido alguna infección por ser inmunodeprimido, y que padeció muchas otras infecciones que confirman su inmunodepresión y la falta de prevención ante las consecuencias que podía tener esa condición, así como la falta de atención suficiente a las infecciones en la herida del catéter y la quirúrgica.

Se opone al informe de los especialistas, que atribuye las secuelas a las enfermedades previas, afirmando que la causa inmediata es que no se tuvo en cuenta que esas enfermedades incrementaban el riesgo de la operación.

Finalmente, mediante otrosí, señala que presentará “tan pronto como esté redactado” el informe pericial final encargado a una empresa privada.

11. Con fecha 24 de febrero de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, basándose en los argumentos recogidos en el informe técnico de evaluación y en el realizado a instancia de la compañía aseguradora.

12. Mediante oficio de 17 de marzo de 2010, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento seguido.

Por escrito del Presidente del Consejo Consultivo de 11 de abril de 2011 se procedió a la devolución del expediente a la autoridad consultante, al considerar que no reunía los requisitos establecidos en el artículo 18 de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, y en el artículo 41.2 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo.

En el escrito de devolución se especificaba que “el representante del interesado niega los hechos que se atribuyen a este (...), episodios que únicamente constan en el informe emitido por el Servicio de Traumatología tras la reclamación”; que “existe discordancia en los informes emitidos a propósito del orden de aparición de las infecciones: según el informe de UVI, del día 5 de febrero de 2008, ‘en el posoperatorio presentó exudado abundante por herida quirúrgica (...) y absceso en muñeca derecha por MSSA en relación con vía periférica’. Sin embargo, según el resto de los informes de alta, la infección apareció en primer lugar en la zona de la vía periférica y después en la herida quirúrgica”; que en el trámite de audiencia “el representante del interesado también reprocha falta de cuidados, en especial de curas, aspecto que no está contemplado en ninguno de los informes emitidos”, y que “en última instancia, dicha documentación forma parte de la historia clínica, cuya incorporación íntegra se solicitó como prueba en la reclamación, sin que conste la razón de su exclusión”.

13. El día 10 de mayo de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios solicita a la Gerencia de Atención Especializada del Área Sanitaria IV una copia de la historia clínica del perjudicado, en los términos indicados por el Presidente del Consejo Consultivo.

14. Con fecha 24 de mayo de 2011, el Jefe de Servicio del Área de Reclamaciones del hospital remite al Servicio instructor una copia íntegra de la historia clínica. Constan en la misma, entre otros, los siguientes documentos:

a) Hojas de observaciones de enfermería, con anotaciones a partir del día 9 de

enero de 2008, reflejándose, el día 10, a las 18:00 horas, "llega del despertar (...). Apósito limpio"; el día 11, a las 9:00 horas, "no quiere tomar la dosis de metadona, reclama que se le ponga i.v.", no oral; a las 11:50 horas, visto por Psiquiatría; a las 19:00 horas, se avisa al médico de guardia "por agresividad"; a las 21:00 horas, visto por Psiquiatría; a las 22:00 horas, que se encontró al ahora interesado "de pie en el control. Se quita una vía" y se avisa al médico de guardia. "No razona"; el día 13, "está de pie, orinando"; el día 14, por la tarde, "se levanta y se cambia de cama"; el día 16, "nos dice que ya puso él la insulina. Nadie del personal se la llevó. Se revisa (la) mesita (...), se encuentra medicación (...) que se le retira./ Está sentado en la cama. No tiene el corsé. Se vuelve a repetir que no se puede levantar hasta que no se lo pongan"; en el turno de mañana se aprecia "supuración en punto de inserción de vía venosa, curado con Betadine. Puesto corsé"; en el turno de tarde se anota "cuando voy a la habitación para darle el termómetro está de pie, acompañado (por) familiar, colocándose el corsé"; a las 18:00 horas tenía 37º C, y fue "curada herida en pto. de abocath drenando purulento"; el día 17, a las 8:00 horas, se consigna 38º y que "tiene CDA de su domicilio"; en el turno de mañana se indica "curada herida quirúrgica, buen aspecto. Vista x su médico. Curada zona de inserción de catéter iv que está inflamada"; en hoja aparte, consta "Baycip"; el día 18 está afebril y se señala "curada zona de inserción de catéter iv en muñeca dcha. (...) La herida está muy enrojecida"; el día 19, "curado apósito y manchado hemático"; el día 20, a las 7:30 horas, "duerme de lado"; en el turno de mañana, "cura de herida quirúrgica (...). Apósito manchado de contenido sanguinolento"; a las 18:00 horas, "curada herida de brazo D, gran inflamación y exudado purulento. Se extrae cultivo./ Aviso MG. Cogida nueva vía IV comienzo con antibiótico"; en hoja aparte, "Augmentine 1g iv/8 h./ Suspende Baycip"; el día 21 se anota "curada H. Q (...). Apósito muy manchado de liq. Hemático, zona de grapas enrojecida. Curada herida del brazo D. (...) drena purulento y abundante"; el día 22, a las 10:30 horas, "curado absceso brazo. Visto x su médico, recogido nuevo cultivo. Curada herida quirúrgica, apósito manchado (seroma oscuro). Visto también por su

médico”; el día 23, en el turno de mañana, “retirados 2 ptos. de h. quirúrgica de zona central, drena abundante (...), dejo 2 compresas./ Absceso con Betadine. Sigue drenando, muy abundante”; el día 24, a las 3:00 horas, “refiere dolor (desde hace 3 días) en el costado D”; en el turno de mañana, “apósito herida quirúrgica completamente manchado seroso que tiende a color chocolate./ Curado absceso venoclisis (...). Drena purulento, zona endurecida. Retiradas 1/2 grapas”; en hoja aparte, “Cloxacilina (...). Suspender Augmentine”; el día 25, “curado absceso MSD”. b) Hojas de curso clínico, en las que se aprecian anotaciones desde el día 9 de enero de 2008. El día 11 se refleja que “el paciente presenta cuadro de agitación, por el que se solicita valoración urgente por Psiquiatría (...). Ahora se nos avisa porque (...) se levantó y caminó, presentando nuevo cuadro agresivo”; el día 17, “herida quirúrgica bien./ Úlcera en muñeca D”; el día 20, “el paciente presenta nuevo pico febril de 38 °C por el que solicitan valoración./ A la exploración se observa absceso en borde radial de muñeca D, donde primitivamente estaba insertada la vía venosa. Piel eritematosa alrededor. Se levanta la costra de la úlcera y drena líquido purulento achocolatado./ Modifico el antibiótico y tomo cultivo”; el día 21, se indica la fiebre y “mejor del problema lumbar - caminando- (...). Absceso antebrazo D. a tto. y pendiente del cultivo; el día 22, “se revisan herida quirúrgica y absceso antebrazo”; el día 23, “fiebre” y “apósito muy manchado”; el día 24, “S. aureus en absceso muñeca”. c) Hojas de órdenes terapéuticas, en las que figuran pautados, el día 24 de enero de 2008, “Cloxacilina” y “Ciprofloxacino” y, el día 25 en UVI, “Vancomicina”, tras suspender los anteriores. d) Hojas de tratamiento, en las que constan administrados los citados medicamentos, y la instrucción, entre otras, de “curas diarias absceso”.

15. El día 30 de junio de 2011, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias emite un informe en el que, a la vista de la historia clínica, expone los datos relevantes del caso y adjunta los documentos en los que figuran anotados.

16. Mediante oficio de 18 de julio de 2011, del Jefe del Servicio instructor comunica al representante del interesado un nuevo trámite de audiencia, constando su personación en las dependencias administrativas el día 28 del mismo mes para examinar el expediente, del que se le entrega una copia, según diligencia extendida al efecto.

Con fecha 29 de julio de 2011, el representante del perjudicado presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones. Rechaza en el mismo que la infección se deba a la actuación del propio interesado, pues sus diferencias con el personal sanitario en cuanto a la toma de metadona o insulina y a levantarse de la cama sin utilizar el corsé no son idóneas para producir la infección, alegando falta de justificación de esa afirmación. Considera previsible la conducta indisciplinada de su representado y manifiesta que por ello “debería haberse adoptado una profilaxis específica y completa”. Niega que el origen físico de la infección fuese el catéter que hubo que colocar por haberse arrancado el paciente la vía venosa y señala que, “incluso si fuese cierto (...), esto no liberaría de responsabilidad a la Administración sanitaria, ya que el tener que colocar ese catéter no excusa de adoptar las medidas preventivas pertinentes para evitar cualquier infección, máxime en un paciente con los antecedentes” del interesado. Aprecia incoherencia en los argumentos de la Administración sanitaria, que “por un lado imputa el origen de la infección a la herida del catéter, pero por otro dice que la infección ya estaba latente, ‘parece estar en el propio enfermo y ser de origen extrahospitalario’”, y afirma que solo trata de eludir su responsabilidad. Reitera sus alegaciones anteriores, oponiéndose al carácter extrahospitalario del germen patógeno, y añade que hubo varias infecciones, todas ellas derivadas de la falta de medidas específicas de prevención.

Cita el informe técnico de evaluación, según el cual está “científicamente admitido y es evidente que la leucopenia y neutropenia son factores predisponentes para la aparición de infecciones, al igual que la diabetes, influyendo en porcentaje alto”. Concluye que “es manifiesto que no

hubo ninguna consideración previa de los antecedentes del paciente, que ponían de relieve que era especialmente proclive a sufrir infecciones, de manera que ni se adoptó ninguna medida de prevención ni se informó del riesgo especialmente alto de infección por esos antecedentes”, realizando la intervención quirúrgica sin ninguna profilaxis.

17. Con fecha 26 de septiembre de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, razonando que “a partir del 6º día del posoperatorio comienza con fiebre, que se identifica con infección del catéter venoso que hubo que colocarle tras arrancar el paciente la vía venosa inicial. El germen patógeno productor de la infección fue por estafilococo aureus sensible a la meticilina, lo que sugiere origen extrahospitalario”, y que la “asistencia médica proporcionada fue correcta a las complicaciones que iban surgiendo y ajustada a *lex artis*”.

18. En este estado de tramitación, mediante escrito de 17 de octubre de 2011, registrado de entrada el día 21 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 entonces 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), está el interesado activamente legitimado para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron, pudiendo actuar por medio de representante con poder bastante al efecto, a tenor de lo establecido en el artículo 32 de la Ley citada.

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 24 de marzo de 2009, habiendo quedado determinado el alcance de las secuelas el día 4 de abril de 2008 (fecha del alta hospitalaria tras la intervención quirúrgica practicada el día 10 de enero), 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.- El interesado solicita una indemnización por los daños que atribuye a la asistencia sanitaria que se le dispensó en un hospital público.

Consta en el expediente que el reclamante, con antecedentes de diabetes *mellitus*, infección crónica por virus de hepatitis C, pancitopenia por hiperesplenismo y tratamiento con metadona, fue intervenido quirúrgicamente el día 10 de enero de 2008 en un hospital público, realizándosele una laminectomía más discectomía.

También ha quedado probado que tras la intervención sufrió un cuadro de sepsis generalizada, que debió permanecer hospitalizado para el tratamiento de la misma hasta el día 4 de abril de 2008 y que desde entonces presenta una disfunción ventricular izquierda, secuela de una endocarditis en el marco de dicha infección. Por ello, debemos considerar acreditado un daño cuya evaluación económica realizaremos si concurren los requisitos para declarar la responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias.

Ahora bien, la mera constatación de un daño surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que el daño alegado tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público.

Como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados favorables en relación con la salud del paciente.

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

profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida. También hemos de señalar que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

El representante alega que los antecedentes del interesado suponían un riesgo de infección que obligaba a adoptar medidas profilácticas antes de practicarle la cirugía y que la leucopenia que padecía exigía suspender la intervención quirúrgica. Atribuye las infecciones y las complicaciones posteriores que sufrió a la omisión de dichas medidas. Aduce también falta de validez del consentimiento prestado antes de la intervención, pues no informa de los riesgos específicos del paciente, de la posible gravedad de la infección y de posibles alternativas a la cirugía.

En el primer trámite de audiencia niega los hechos que se atribuyen a la actuación del interesado y, aunque fueran ciertos, descarta su relación con la infección, toda vez que -según dice- la primera complicación fue la infección de la herida quirúrgica y no la del catéter. Considera que el agente patógeno inicial podía provenir del personal sanitario, pues su representado no había sufrido anteriormente infecciones, a pesar de estar inmunodeprimido. Achaca las infecciones posteriores a la falta de prevención y falta de atención suficiente a las infecciones en la herida del catéter y la quirúrgica.

Se opone al informe de los peritos, que imputan las secuelas a las enfermedades previas, afirmando que la causa inmediata es que no se tuvo en cuenta que esas enfermedades incrementaban el riesgo de la operación.

En el segundo trámite de audiencia alega que las diferencias entre su representado y el personal sanitario en cuanto a la toma de metadona o insulina y a levantarse de la cama sin utilizar el corsé no son idóneas para

producir la infección y que no se ha probado que pudieran producirla. Juzga previsible la conducta indisciplinada de aquel y señala que por ello debería haberse adoptado una profilaxis específica y completa. Rechaza que el origen físico de la infección fuese el catéter que hubo que colocar por haberse arrancado el paciente la vía venosa y manifiesta que, "incluso si fuese cierto (...), esto no liberaría de responsabilidad a la Administración sanitaria, ya que el tener que colocar ese catéter no excusa de adoptar las medidas preventivas pertinentes para evitar cualquier infección, máxime en un paciente con los antecedentes" del interesado. Aprecia incoherencia en los argumentos de la Administración, que "por un lado imputa el origen de la infección a la herida del catéter, pero por otro dice que la infección ya estaba latente -"parece estar en el propio enfermo y ser de origen extrahospitalario"-, y señala que solo trata de eludir su responsabilidad. Añade que hubo varias infecciones, todas ellas derivadas de la falta de medidas específicas de prevención.

Como prueba de la negligencia médica que alega aporta un informe médico privado que concluye, "por estimación", que "se han podido vulnerar los protocolos médicos al haberse procedido a una intervención quirúrgica no urgente en una persona con un número disminuido de leucocitos en sangre periférica que, como consecuencia, presentó infecciones posoperatorias que han determinado posteriores secuelas" y que "presume un posible caso de negligencia médica", pero se abstiene de emitir una conclusión definitiva hasta que disponga de los análisis de sangre preoperatorios y las órdenes de tratamiento del preoperatorio y posoperatorio inmediato. Se han adjuntado al expediente dichas analíticas y las órdenes de tratamiento. Sin embargo, el reclamante no ha presentado informe médico alguno que eleve a definitiva aquella conclusión formulada "por estimación", a pesar de haberlo anunciado en el trámite de audiencia, por lo que el informe indicado carece de eficacia probatoria.

Analizando los informes incorporados durante la instrucción del procedimiento, resulta que, según el informe técnico de evaluación, está científicamente admitido y es evidente que la leucopenia y la neutropenia son

factores predisponentes para la aparición de infecciones, al igual que la diabetes, influyendo en porcentaje alto. Sin embargo, los especialistas en Medicina Interna informan de manera más matizada. Por lo que se refiere a la diabetes, admiten que comporta un mayor riesgo de infección, pero señalan que no hay ninguna medida previa a la cirugía que sea eficaz para disminuir esta posibilidad, que por otra parte es pequeña y constituye un riesgo asumible para realizar cualquier tipo de cirugía; en cuanto a la pancitopenia, afirman que supone riesgo de infección cuando se tienen menos de 500 neutrófilos y que el paciente presentaba 2.300, por lo que no precisaba ninguna medida preventiva adicional. Además, en la valoración preanestésica realizada el día 18 de octubre de 2007 consta pautado tratamiento para la diabetes. Las eventuales alteraciones de conducta que el paciente pudiera presentar por su patología psiquiátrica no justificaban prescripción de antibióticos, sino la toma de los medicamentos correspondientes a cargo de él mismo. Por ello, no podemos apreciar la omisión de las medidas profilácticas que reprocha el reclamante.

La intervención quirúrgica de laminectomía estaba indicada en el caso, pues el interesado refería ya en diciembre de 2006 que el dolor le despertaba y no procedía demorarla, toda vez que, según el informe de los especialistas en Medicina Interna, la pancitopenia por hiperesplenismo puede empeorar con el tiempo, pero no mejorar.

Entrando en el análisis del proceso infeccioso generalizado que se declaró tras la cirugía, resulta que el mismo se debió a un estafilococo aureus, por lo que son irrelevantes las alegaciones en relación con otros agentes patógenos aislados en el interesado. Pues bien, los especialistas en Medicina Interna señalan que la circunstancia de que aquel fuera sensible a la meticilina hace más probable que procediera del propio paciente, colonizado previamente por él. El hecho de que el proceso se iniciara en el catéter que fue necesario colocar por arrancarse el perjudicado la vía venosa inicial refuerza dicha hipótesis. Además, el reclamante no acredita que la bacteria

procediera del personal sanitario y su afirmación en este sentido no es suficiente para tener por cierta esa consideración.

Constan en el expediente las atenciones dispensadas al paciente nada más que se apreció el absceso, que incluyeron cultivos, curas diarias y administración de antibióticos, así como la vigilancia de la herida quirúrgica y el seguimiento por Psiquiatría de Enlace y Endocrinología; no obstante, no se pudo impedir que la infección se extendiera hasta su generalización. Ante ella se desplegaron todas las medidas diagnósticas y de tratamiento que fueron precisas, logrando que el interesado superara el proceso.

Tanto el informe técnico de evaluación como el emitido por los especialistas en Medicina Interna avalan la actuación de los facultativos responsables del caso.

Por lo que se refiere al consentimiento que prestó el interesado, consta en la hoja firmada por él que toda intervención lleva implícitas una serie de complicaciones comunes, entre las que se hace constar la infección. Es cierto que la infección que sufrió el perjudicado fue grave, pero en el consentimiento se advierte que las complicaciones pueden ser "potencialmente serias" y con "un mínimo porcentaje de mortalidad". Entendemos por tanto que la información contenida en el consentimiento es correcta y que este es válido, pues comprende el riesgo de infección, en todos sus grados, como riesgo típico de la intervención. Sin perjuicio de ello, también se hace constar en el consentimiento que dichas complicaciones pueden provenir no solo de las técnicas operatorias, sino también de la situación vital de cada paciente, incluyendo la diabetes entre las circunstancias concurrentes en cada persona que pueden llevar implícitas las complicaciones que se indican.

Todo lo anterior nos lleva a considerar que la reclamación debe desestimarse, lo que excusa de analizar la cuantía de la indemnización reclamada.

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.