

Expediente Núm. 83/2015
Dictamen Núm. 115/2015

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
García Gutiérrez, José María
Zapico del Fueyo, Rosa María
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 18 de junio de 2015, con asistencia de los señores y la señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 29 de abril de 2015 -registrada de entrada el día 6 de mayo de 2015-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños sufridos como consecuencia del fallecimiento de un familiar que atribuyen a la asistencia sanitaria que se le dispensó en un hospital público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 25 de junio de 2014, las interesadas presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos como consecuencia del fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, que atribuyen a la asistencia sanitaria que se le prestó en un hospital público.

Tras exponer los antecedentes personales del paciente -"enfermedad pulmonar obstructiva crónica, fibrilación auricular, hipertensión arterial y tabaquismo"-, señalan que ingresó el "19 de diciembre de 2013 en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital "X", todo ello con el diagnóstico de carcinoma de amígdala y pendiente de intervención quirúrgica".

Indican que el día 20 de diciembre de 2013 se le realiza una "resección intraoral" y se le extirpa "la lesión de amígdala izquierda con márgenes oncológicos", precisando que ha de suspenderse la intervención quirúrgica por "descenso en la PO2 en sangre".

Aclaran que durante el posoperatorio "desarrolló un episodio de tromboembolismo pulmonar con infarto pulmonar, valorado y tratado por el Servicio de Anestesiología y Neumología", y que el 25 de diciembre de 2013 fue operado nuevamente "ante el sangrado de la herida quirúrgica", apareciendo en "el posoperatorio un episodio de retención urinaria valorado y tratado por el Servicio de Urología (...) mediante sondaje vesical, presentando además un episodio de disnea con sospecha de insuficiencia cardíaca", tratado por el Servicio de Medicina Interna mediante oxígeno. El paciente fue dado de alta hospitalaria el 28 de enero de 2014 con el tratamiento y las recomendaciones que se detallan.

Manifiestan que "ingresó nuevamente en fecha 7 de febrero de 2014 en el Servicio de Medicina Interna (...) en situación de sepsis urinaria e insuficiencia renal, practicando los oportunos urinocultivos y aislando gérmenes de *Escherichia coli* y *Klebsiella pneumoniae* multirresistente, iniciando (...) tratamiento empírico antibiótico" y sueroterapia.

Por último, mencionan que desarrolló un episodio de sangrado activo por arterias lumbares, tratado mediante embolización supraselectiva, y que sufrió "posteriormente una parada cardiorrespiratoria, siendo finalmente certificado el fallecimiento en fecha 12 de febrero de 2014" con los diagnósticos de "sepsis de origen urinario (...). Insuficiencia renal (...). Hematoma retroperitoneal en

relación con sangrado por arterias lumbares (...). Tromboembolismo pulmonar reciente (...). Carcinoma de amígdala con metástasis cervicales” y exitus.

Afirman que la asistencia prestada “no se ajusta en ningún modo al criterio de la *lex artis*, todo ello teniendo en cuenta el incumplimiento de las medidas de asepsia y prevención de infecciones hospitalarias”, habiendo “contraído y desarrollado” el paciente “infecciones nosocomiales con origen en causa exógena durante su estancia en el Hospital “X” (...), circunstancias a su vez agravadas con la precipitada, y en todo caso indebida, alta hospitalaria (...) en fecha 28 de enero de 2014”, y entienden que debió “haber sido alta hospitalaria previa práctica del oportuno urinocultivo y (...) protección antibiótica”.

Sostienen que “los gérmenes de *Escherichia coli* y *Klebsiella pneumoniae* multirresistente tienen un inequívoco origen hospitalario en todo caso con causa exógena, habiendo sido contraídas y desarrolladas” por el paciente “en el Hospital ‘X’, siendo en cualquier caso infecciones previsibles y evitables, circunstancias que acreditan sin lugar a dudas la ruptura de la cadena de asepsia, habiendo por tanto fallado las medidas de asepsia y prevención de infecciones hospitalarias, tales como asepsia de quirófanos e instrumental, desinfección meticulosa del área operatoria, evitación de cuerpos extraños, acortamiento del tiempo operatorio, eliminación de tejidos desvitalizados, práctica de antibioterapia profiláctica”, etc.

Estiman que “el propio Servicio de Medicina Interna del Hospital ‘X’ reconoce (...) entre los diagnósticos determinantes del fallecimiento (...) la sepsis de origen urinario e insuficiencia renal, previa identificación de los gérmenes (...) que en todo caso deberían haber sido evitados con un cumplimiento estricto de los protocolos de prevención de infecciones nosocomiales, y en su caso con la instauración a la fecha del alta hospitalaria del adecuado tratamiento preventivo mediante antibioterapia profiláctica, todo ello teniendo en cuenta el alto riesgo de infección hospitalaria en este tipo de pacientes y la vista de las afecciones previas (...), en relación con la técnica

invasiva y procedimiento quirúrgico (...), y en todo caso con las ulteriores complicaciones posoperatorias, tales como tromboembolismo pulmonar, retención urinaria y disnea, y en especial con la colocación y uso prolongado de sonda vesical”.

Añaden que el especialista en Medicina Interna que identifican “considera que existen claros indicios de negligencia médica al dar un alta precipitada sin tener en cuenta las infecciones hospitalarias a las que este tipo de pacientes son más susceptibles”, y subrayan que en todo caso “debía haber sido alta hospitalaria con la realización de un cultivo de orina y (...) protección antibiótica”.

Insisten en sus argumentos y en un “incorrecto tratamiento médico que ha provocado el fallecimiento” de su familiar.

Valoran el daño sufrido, tras haber incrementado las respectivas cuantías en un 10% de factor de corrección por perjuicios económicos, en setenta y nueve mil ochenta y seis euros con setenta y un céntimos (79.086,71 €), de los cuales 63.269,36 € corresponderían a la viuda y 5.272,45 € a cada una de las hijas.

En cuanto a las infecciones nosocomiales, significan “la aplicación del principio de presunción o probabilidad de culpa apreciable en supuestos de infecciones contraídas o reactivadas en el propio medio hospitalario”, citando jurisprudencia al respecto. Concluyen que “la Administración debe probar cumplidamente que agotó el deber objetivo de cuidado de las máximas medidas de asepsia y prevención de infecciones”, y sostienen que en este caso se “cumplen escrupulosamente todos y cada uno de los requisitos necesarios para la estimación de la responsabilidad patrimonial”.

En cuanto al vínculo entre el daño y el agente que lo produce, afirman que la actuación ha provocado el fallecimiento del paciente y “en todo caso ha supuesto la pérdida de la oportunidad de recibir el tratamiento médico adecuado”.

Solicitan una indemnización en los importes señalados más los intereses legales que procedan desde la fecha de la reclamación.

Proponen prueba documental, consistente en los documentos que acompañan, y testifical pericial del facultativo que identifican.

Adjuntan copia de la siguiente documentación: a) Acta de notoriedad de declaración de herederos del paciente fallecido, de 10 de marzo de 2014, en la que las reclamantes figuran como viuda e hijas del mismo. b) Informe del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital "X", de 28 de enero de 2014, de alta por mejoría tras un ingreso el día 19 de diciembre de 2013 para intervención quirúrgica por carcinoma de amígdala. c) Informe del Servicio de Medicina Interna del mismo centro de 17 de febrero de 2014, de alta por exitus el día 12 de ese mismo mes, tras un ingreso el 7 de febrero de 2014 por "sepsis urinaria". d) Informe de un facultativo de Medicina Interna en el que se concluye que "existen claros indicios de negligencia médica al dar un alta precipitada sin tener en cuenta las infecciones hospitalarias a las que este tipo de pacientes con afecciones previas y neoplasias malignas son más susceptibles. Debía haber sido dado de alta con un cultivo de orina realizado y protección antibiótica./ En cuanto a la actuación de Servicio de Otorrino, no veo indicios de `mala praxis`, simplemente complicaciones que surgen, y más en este tipo de pacientes oncológicos".

Añade que "el reingreso a los 14 días del alta en el Servicio de Medicina Interna, con una actuación intachable, confirma que el alta fue precipitada", aunque "para tener una confirmación más precisa sería conveniente estudiar la historia clínica hospitalaria de los dos ingresos".

2. Mediante escrito de 3 de julio de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario comunica a las perjudicadas 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. El día 4 de julio de 2014, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado para elaborar el informe técnico de evaluación solicita un informe a los servicios que intervinieron en la asistencia por la que se reclama (Otorrinolaringología, Urología y Medicina Interna), así como una copia de la historia clínica del paciente.

El 29 de julio de 2014, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV remite al Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios una copia de la historia clínica del perjudicado y los informes elaborados por los Servicios de Medicina Interna y de Otorrinolaringología.

En la historia clínica figuran, además de los documentos que se adjuntan a la reclamación, diversas hojas de observaciones, evolución y comentarios en las que consta anotado, el 30 de diciembre de 2013, que "se desintuba sin complicaciones (...), se inserta un poco más la sonda y se confirma"; el 31 del mismo mes, "se comenta con Neumología, quienes sugieren continuar con Augmentine hasta 10 días y anticoagulación hasta 3 meses"; el 2 de enero de 2014, que el paciente "refiere disminución de diuresis de 24 h de evolución tras retirada de sonda"; el 3 de enero, que manifiesta "sentirse bien, aunque presenta disuria e incontinencia urinaria. Pido sistemático y sedimento de orina"; el 4 de enero, que "tiene retención de orina y episodios de incontinencia. Con globo vesical doloroso. Comentado con Urología, puede tener (síndrome) prostático y orinar por rebosamiento. Se realiza sonda evacuadora. Se pide consulta a Urología./ Sondaje evacuador 1.500 cc"; el 7 de enero, que "tiene retención vesical, con globo vesical doloroso y orina por rebosamiento. (Pendiente de consulta a Urología). Se realiza sondaje y se mantiene"; el 8 de enero, fue "visto hoy por Urología, sonda vesical"; el 10 de enero, "ayer fiebre (...) 38º" y, como plan, "solicitamos análisis de control + cultivo orina"; a las 18:00 horas, que "llega el control, no leucocitosis (...). Se comenta con urólogo de guardia y recomiendo urinocultivo y Cipro iv. hasta

resultado”; el 12 de enero, “la familia refiere que orina poco. Revisada ingesta y diuresis”; el 13 de enero, “anoche, pico febril de 38 °C. Diuresis y aportes balanceados./ Está con Ciprofloxacino desde el día 10. Se mantiene la pauta actual”; el 14 de enero, que “refiere disuria” y “está haciendo picos febriles (...)”. Solicito analítica para descartar (...) otro foco aparte del urinario”; el 15 de enero, que se deriva a Medicina Interna por “disnea e impresión de fallo cardíaco (...). Retención urinaria (...). Cándida en orina”; el 16 de enero, que “llega el urinocultivo con S para Ciprofloxacino que reintroduzco y R al Taxocell”; el 20 de enero, “no disuria. Refiere leve incontinencia urinaria”; el 21 de enero, que “las micciones van mejorando”; el 22 de enero, que AGC Geriatria solicita “valoración para rehabilitación (...). Necesita ayuda para lograr bipedestación, pero logra caminar solo agarrado de barandillas (...). La esposa reconoce tener problemas de arquitectura en su domicilio para el retorno a casa (...). Es consciente de que (...) tiene mucha comorbilidad que condiciona su lenta recuperación (...). También se les explica que pueden valorar la posibilidad de ingreso temporal en residencia hasta estabilización c/s revisiones pendientes (...) y toma de decisión de RT./ Actualmente (...) no considero que se beneficie de (rehabilitación en el Hospital `Y´); requiere más control y cuidado de (actividades básicas de vida diaria) con soporte en domicilio o residencia./ No queda admitido./ Familia informada y de acuerdo con explicaciones”; el 23 de enero, “visto hoy por Urología, quien solicita nueva eco prostática”; el 24 de enero, que “se recolocó sonda vesical por retención urinaria”; el 28 de enero, “paciente asintomático, sin O₂. Con sonda urinaria que revisará Urología en consulta y verá la ecografía (...). Se suspende Cipro (12 días) (...). La familia se niega a llevarse al paciente de alta hasta que la Gerencia conteste a su petición de quedar ingresado./ Hablado con Gerencia, decidirán sobre ello y nos informan de que queda a expensas de su decisión y que el S.º de (Otorrinolaringología) emita el informe de alta”.

El Jefe del Servicio de Otorrinolaringología relata -con fecha 21 de julio de 2014- la asistencia dispensada al paciente. Refiere que “cuando ocurrió la

segunda intervención (25-12-13) el paciente había sido dado de alta en Reanimación y estaba en la planta con antiagregantes a dosis altas (Clexane 80 mg). Dado que rezumaba sangre por la boca, que no cedió con medidas locales, se hizo una revisión de la herida quirúrgica y hemostasia. Es lógico pensar que esta hemorragia, poco importante (...) y no excepcionales incluso en pacientes operados sin tratamiento anticoagulante, se facilitó por la existencia del mismo, que era imprescindible si tenemos en cuenta los antecedentes del paciente (flutter auricular) y la embolia pulmonar que se detectó en el curso de la operación. El sangrado por las arterias lumbares que ocurrió en el segundo ingreso, y que fue causa determinante o precipitante del fallecimiento, puede indudablemente obedecer a este tratamiento”.

Señala que “en el posoperatorio de la segunda operación el paciente desarrolló un episodio de retención urinaria que fue tratado por el Servicio de Urología mediante la colocación de una sonda vesical, presentando, además, un cuadro de insuficiencia cardíaca tratado por Medicina Interna; Servicios que quedaron a cargo del paciente una vez que se produjo el alta para seguimiento del mismo. Cuando (...) fue dado de alta se estimó, por parte de los Servicios a cargo del paciente, que este se encontraba en condiciones apropiadas para ello, al no tener ninguna contraindicación ni patología activa que requiriera continuar ingresado, cuyo alargamiento puede aumentar el riesgo de enfermedades nosocomiales”.

El día 23 de julio de 2014, el Director de la Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna informa que el paciente fue ingresado en el Servicio a su cargo “en fecha 07-02-14 por un episodio de sospecha de sepsis urinaria por criterio clínico, confirmándose la presencia de infección en el tracto urinario por *E. coli* y *Klebsiella pneumoniae*, pero sin recuperarse germen alguno en los cultivos practicados”.

Afirma que “se trataba de un paciente pluripatológico de 82 años de edad, institucionalizado desde hacía 2 semanas, parcialmente dependiente para las actividades básicas de la vida diaria, sin deterioro cognitivo, con

antecedentes de consumo de tabaco y alcohol, hipertensión arterial moderada de larga evolución, EPOC y AC x FA de 5 años de evolución”.

Relata que “tras ingresar en nuestro Servicio se tomaron los cultivos (...) y se inició, precozmente, tratamiento antibiótico con buena respuesta, mejorando considerablemente (...), recuperando hemodinámica y función renal./ En el sexto día de hospitalización presenta un episodio súbito de dolor bajo lumbar coxal izdo. que se siguió, posteriormente, de deterioro hemodinámico, por lo que se procedió a realizar un TAC abdomino-pélvico en el que se identificó hematoma retroperitoneal izdo. extendido hacia la pelvis menor y bolsa escrotal homolateral con fuga de contraste en su interior en relación con sangrado activo”. A la vista de “estos hallazgos se realizó arteriografía selectiva lumbar izda. observando (...) extravasación de contraste en relación con sangrado activo que se emboliza con buen resultado, sin flujo en el control posembolización. Se realizan también arteriografías selectivas en las arterias de los espacios superior e inferior, sin signos claros de extravasación de contraste./ Tras este procedimiento el paciente mejora hemodinámicamente, pero posteriormente vuelve a desarrollar hipotensión con oligoanuria y desarrolla parada cardiorrespiratoria, falleciendo en esta circunstancia en fecha 12 de febrero de 2014”.

Considera que “el paciente presentaba a su ingreso una infección urinaria por 2 gérmenes distintos de la que evolucionaba favorablemente con tratamiento antibiótico, pero que durante su ingreso presentó un cuadro de hemorragia y sangrado retroperitoneal, probablemente en relación con el tratamiento anticoagulante indicado como parte del tratamiento del episodio previo de embolismo pulmonar. Aunque se procedió a la embolización del punto de sangrado con una mejoría inicial, posteriormente (...) volvió a deteriorarse hemodinámicamente entrando en una situación no recuperable con parada cardiorrespiratoria y fallecimiento”.

En lo relativo a la actuación del Servicio de Medicina Interna, entiende que “el paciente ha recibido una atención correcta, tanto desde el punto de

vista diagnóstico como terapéutico, y en cuanto a esta actuación no consideramos que exista algún tipo de responsabilidad de carácter legal”.

4. Con fecha 10 de diciembre de 2014, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él señala, “en relación con la no realización de un urinocultivo con carácter previo al alta hospitalaria”, que es “evidente que este no aportaría nada, ya que el paciente había estado 12 días sometido a tratamiento antibiótico (los urinocultivos deben realizarse con carácter previo al tratamiento antibiótico) y con toda seguridad su resultado sería negativo para el aislamiento e identificación de gérmenes. Además, desde ocho días antes del alta (...) se encontraba afebril y clínicamente estable, por lo que su realización no estaba en absoluto justificada. A mayor abundamiento, hay que hacer notar que cuando ingresa por segunda vez por ‘sospecha de sepsis de origen urinario’ no se aisló ningún germen en los hemocultivos, siendo los microorganismos aislados en el urinocultivo distintos al del primer ingreso, lo que indica que el tratamiento aplicado fue efectivo en relación con la infección del tracto urinario”.

Respecto a las alegaciones relacionadas con “la colocación y uso prolongado de sonda vesical’ -sin ningún tipo de prueba que permita sostener tal afirmación-, hay que hacer constar que la sonda fue colocada el 7-1-2014 (por) padecer ‘retención de orina y episodios de incontinencia, con globo vesical doloroso’, solicitándose además interconsulta con el Servicio de Urología que avaló este proceder. Cuando (...) se confirma mediante urinocultivo la existencia de una infección urinaria -complicación ampliamente descrita en la literatura en pacientes portadores de sonda- se retira la sonda (procedimiento correcto), y se vuelve a colocar cuando el paciente estaba clínicamente estable y persistían los problemas de retención urinaria, que deberían ser corregidos en un momento posterior (tras el alta el paciente debía ser visto por el Servicio de Urología)”.

Concluye que “la asistencia (al) paciente fue correcta y adecuada a la *lex artis*, siendo la causa del padecimiento (sic) las graves complicaciones que (...) presentó (sepsis de origen urinario, insuficiencia renal, hematoma retroperitoneal con sangrado por las arterias lumbares y TEP), todo ello en un paciente de edad avanzada, con una grave enfermedad de base (carcinoma de amígdala con metástasis cervicales) e importantes antecedentes patológicos (EPOC, HTA y arritmia cardíaca por fibrilación auricular)”.

5. Mediante oficios de 23 de diciembre de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario 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.

6. Obra incorporado al expediente el informe emitido, a instancia de la entidad aseguradora del Principado de Asturias, el 2 de febrero de 2015 por una especialista en Medicina Interna y en Neumología. En él indica que “nos encontramos ante un paciente anciano, frágil, con múltiples complicaciones agudas, no evitables y no previsibles”. Afirma que “todos estos procesos agudos se resolvieron en tiempo y forma de forma correcta, pero condicionaron una nueva situación (...), con dependencia para sus actividades de la vida diaria./ Un deterioro como el que sufrió el paciente no condiciona que deba permanecer en un hospital de agudos, y aunque los médicos lo intentaron no cumplía los requisitos habituales para ser trasladado a un hospital de cuidados intermedios para rehabilitación./ Se esperaba una lenta recuperación en su domicilio, atendido por su familia en colaboración con el médico de Atención Primaria hasta la medida que sus condiciones generales y su edad lo permitieran./ En este caso esa recuperación no se produjo, sino que tras el alta experimentó un deterioro con aparición de una sepsis de origen urinario producida, entre otras, por un germen de origen hospitalario”.

Considera que “no estaba indicado ni la realización de un cultivo, ni el uso de antibióticos con carácter profiláctico./ La adquisición de gérmenes de estas características depende de la relación entre los gérmenes y el paciente./ Cuando reingresó fue correctamente diagnosticado y tratado con mejoría global de su proceso infeccioso./ Sufrió una complicación diferente, no relacionada con la infección de orina, que motivó su fallecimiento: un sangrado de arterias lumbares que pareció controlarse con la embolización para reaparecer con fallecimiento del paciente”.

Concluye que la atención recibida “fue correcta en todo momento (...). No estaba indicado un urocultivo ni la prescripción de un antibiótico antes del alta. No estaba indicada la prolongación del ingreso en un hospital de agudos. No fue la infección urinaria la que condicionó su fallecimiento, sino un episodio de sangrado por las arterias lumbares en un anciano frágil”.

7. El día 13 de febrero de 2015, emite informe un gabinete jurídico privado a instancias de la compañía aseguradora del Principado de Asturias. En él concluye que, a la luz de los informes emitidos en el procedimiento, “la actuación del Servicio de Salud del Principado de Asturias ha sido diligente, pues la asistencia sanitaria ha sido conforme (a la) *lex artis*”.

8. Mediante oficio de 18 de febrero de 2015, el Jefe del Servicio Jurídico del Servicio de Salud del Principado de Asturias solicita al Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios el expediente administrativo para su remisión al Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias, al haberse interpuesto por las interesadas recurso contencioso-administrativo.

Consta en el expediente que se da cumplimiento a dicho requerimiento el 25 de febrero de 2015.

9. Con fecha 3 de marzo de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario notifica a las reclamantes la apertura del

trámite de audiencia por un plazo de quince días, y les adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente.

Mediante oficio de 9 de abril de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a la correduría de seguros que ha transcurrido el plazo establecido al efecto sin que se hayan formulado alegaciones.

10. El día 17 de abril de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio con base en los argumentos contenidos en los informes emitidos durante la instrucción del procedimiento. En ella afirma que “la causa del fallecimiento no se debió a una infección urinaria, sino a una hemorragia de las arterias lumbares que el paciente no pudo remontar a pesar del tratamiento aplicado”, y que “no queda acreditado el necesario nexo causal entre el funcionamiento del servicio sanitario público y los daños alegados”.

11. En este estado de tramitación, mediante escrito de 29 de abril de 2015, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm., de la Consejería de Sanidad, 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 las interesadas activamente legitimadas para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

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 25 de junio de 2014, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen el día 12 de febrero de 2014, 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.

Ahora bien, 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.

Sin embargo, puesto que de la documentación obrante en el expediente se deduce la pendencia de recurso contencioso-administrativo, sin que conste formalmente que dicho procedimiento haya finalizado, deberá acreditarse tal extremo con carácter previo a la adopción de la resolución que se estime procedente, dado que en ese caso habría de acatarse el pronunciamiento judicial. Observación esta que tiene la consideración de esencial a efectos de lo dispuesto en el artículo 3.6 de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, y en el artículo 6.2 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo del Principado de Asturias.

QUINTA.- El artículo 106.2 de la Constitución dispone que “Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

A su vez, el artículo 139 de la LRJPAC establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos”. Y, en su apartado 2, que “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 141 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

SEXTA.- Se somete a nuestra consideración un procedimiento de responsabilidad patrimonial en el que se solicita una indemnización por los daños dimanantes del fallecimiento de un paciente que las reclamantes atribuyen a una infección urinaria contraída en un hospital público. Asimismo, reprochan la omisión al alta de un cultivo de orina y de protección antibiótica.

Consta en el expediente que el esposo y padre de las interesadas falleció en el Hospital "X" el día 12 de febrero de 2014, por lo que debemos reconocer que esta pérdida ha originado en aquellas un daño real y efectivo de naturaleza moral.

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

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo en anteriores dictámenes, 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 eventualmente pueda sufrir el paciente con ocasión de la atención recibida, 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 concretos.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por las reclamantes 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.

En este caso, el día 20 de diciembre de 2013 se le realiza al paciente -una persona de 82 años de edad, con una grave enfermedad de base e importantes antecedentes patológicos- una intervención quirúrgica para resección intraoral de carcinoma de amígdala, y el día 25 del mismo mes se le practica una segunda operación por sangrado de la herida quirúrgica. Las interesadas reconocen las complicaciones sufridas por el paciente; entre ellas, tromboembolismo pulmonar con infarto pulmonar, disnea con sospecha de insuficiencia cardíaca y retención urinaria con infección urinaria, así como un episodio de sangrado activo por arterias lumbares.

Sin embargo, afirman que la asistencia dispensada a su esposo y padre, respectivamente, no se ajusta a *lex artis*, pues consideran que la infección por *Escherichia coli* y *Klebsiella pneumoniae* multirresistente que contrajo era previsible y evitable, y entienden que ello acredita la "ruptura de la cadena de asepsia". Reprochan un "incumplimiento de las medidas de asepsia y prevención de infecciones hospitalarias" y la omisión de un urinocultivo y protección antibiótica en el momento del alta, así como una precipitación de esta, y como prueba adjuntan el informe emitido por un facultativo de Medicina Interna.

Al respecto, debemos tener en cuenta que el propio informe privado aportado por las interesadas descarta en gran medida las imputaciones que ellas sostienen, pues en él se afirma, "en cuanto a la actuación del Servicio de Otorrino", que "no veo indicios de `mala praxis´, simplemente complicaciones que surgen, y más en este tipo de pacientes oncológicos". Asimismo, considera

“intachable” la actuación del Servicio de Medicina Interna después del “reingreso a los 14 días del alta”. Pese a ello, atribuyen el fallecimiento a una “infección nosocomial” vinculada, causalmente, a la existencia de un “alta precipitada”.

Sin embargo, a la vista de los informes emitidos en el curso del procedimiento puede concluirse que el fallecimiento del paciente no fue debido a la infección urinaria. Así, el informe técnico de evaluación expresa como causa del mismo “las graves complicaciones que (...) presentó (sepsis de origen urinario, insuficiencia renal, hematoma retroperitoneal con sangrado por las arterias lumbares y TEP), todo ello en un paciente de edad avanzada, con una grave enfermedad de base (carcinoma de amígdala con metástasis cervicales) e importantes antecedentes patológicos (EPOC, HTA y arritmia cardíaca por fibrilación auricular)”. En el mismo sentido, el especialista en Medicina Interna señala que “no fue la infección urinaria la que condicionó su fallecimiento, sino un episodio de sangrado por las arterias lumbares en un anciano frágil”. En consecuencia, descartada como causa del fallecimiento una infección nosocomial, no puede apreciarse la existencia de nexo causal entre el óbito y la asistencia prestada en los términos que aquellas refieren.

En cualquier caso, incluso en lo relativo a la imputación de una posible alta precipitada, el propio facultativo privado que informa a instancia de las perjudicadas reconoce que se trata de una simple hipótesis que posteriormente no confirma, pese a que pudo hacerlo. En efecto, señala que existen “claros indicios de negligencia médica al dar un alta precipitada, sin tener en cuenta las infecciones hospitalarias a las que este tipo de pacientes con afecciones previas y neoplasias malignas son más susceptibles. Debía haber sido dado de alta con un cultivo de orina realizado y protección antibiótica”. Considera que “el reingreso a los 14 días del alta en el Servicio de Medicina Interna (...) confirma que el alta fue precipitada”. Sin embargo, al final del informe el especialista reserva el juicio y afirma que “para tener una confirmación más precisa sería conveniente estudiar la historia clínica hospitalaria de los dos ingresos”. Pese a

ello, esta confirmación no se ha aportado en el trámite de audiencia, momento en el cual el facultativo tenía a su disposición la historia clínica íntegra del paciente.

Todos los informes emitidos durante la instrucción del procedimiento rebaten las imputaciones formuladas por las interesadas. Así, el informe técnico de evaluación señala que la práctica de un urinocultivo previo al alta “no aportaría nada, ya que el paciente había estado 12 días sometido a tratamiento antibiótico (los urinocultivos deben realizarse con carácter previo al tratamiento antibiótico) y con toda seguridad su resultado sería negativo para el aislamiento e identificación de gérmenes”. Añade que “desde ocho días antes del alta (...) se encontraba afebril y clínicamente estable, por lo que su realización no estaba en absoluto justificada. A mayor abundamiento (...), cuando ingresa por segunda vez por ‘sospecha de sepsis de origen urinario’ no se aisló ningún germen en los hemocultivos, siendo los microorganismos aislados en el urinocultivo distintos a los del primer ingreso, lo que indica que el tratamiento aplicado fue efectivo en relación con la infección del tracto urinario”.

El especialista en Medicina Interna estima que no estaba indicada ni la realización de un cultivo, ni el uso de antibióticos con carácter profiláctico, y razona que “la adquisición de gérmenes de estas características depende de la relación entre los gérmenes y el paciente”.

En última instancia, un reintegro a los 14 días no permite considerar el alta como precipitada en este caso, toda vez que el Servicio de Otorrinolaringología señala que el alargamiento del ingreso “puede aumentar el riesgo de enfermedades nosocomiales”, por lo que una mayor estancia redundaría en perjuicio del paciente.

En definitiva, todos los informes emitidos durante la instrucción del procedimiento avalan la actuación facultativa; incluso el elaborado por el especialista privado que aportan las interesadas, que, con la salvedad de la posible alta precipitada, también respalda la actuación de los Servicios de Otorrinolaringología y de Medicina Interna.

Por tanto, no cabe apreciar relación entre el fallecimiento del paciente y la asistencia que se le dispensó, que fue correcta.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, una vez atendida la observación esencial contenida en el cuerpo de este dictamen, 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.