

Expediente Núm. 16/2016
Dictamen Núm. 37/2016

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 febrero de 2016, 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 11 de enero de 2016 -registrada de entrada el día 18 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de su madre que vinculan a una infección respiratoria aguda que desarrolló tras una hernioplastia umbilical.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 23 de enero de 2015, los interesados presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de su madre como consecuencia de una infección respiratoria aguda tras una hernioplastia umbilical.

Exponen que el día 2 de enero de 2014 su madre “ingresó en el Hospital ‘X’ (...), en el Servicio de Digestivo, por aumento del perímetro abdominal, por

ascitis". Consignan los antecedentes de la paciente de "pancreatitis aguda, cirrosis hepática, peritonitis bacteriana secundaria y hernia umbilical no encarcerada", precisando que "no tenía (...) antecedentes de padecimientos respiratorios ni cardíacos".

Señalan que el día 10 de enero de 2014 "es intervenida quirúrgicamente con realización de hernioplastia umbilical" y que el "18 de enero sufre episodio convulsivo".

Resaltan que "dada la buena evolución de la patología quirúrgica se decide el alta a planta de hospitalización de dicho Servicio (de) Digestivo con idea de iniciar los estudios pretrasplante". Manifiestan que "a su llegada, tras la valoración inicial, la encuentran disneica, con importante trabajo respiratorio y desaturación. Posteriormente se avisa de que impresiona de infeccioso./ Se procede a su intubación y conexión a ventilación mecánica y posteriormente ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos en fecha 24 de enero, constanding como motivo de ingreso la insuficiencia respiratoria". Indican que "en el hemograma realizado (...) se constatan 17.200 leucocitos (89% neutrófilos) que evidencian la existencia de una gran infección".

Añaden que "a las 20:40 horas del 25 de enero de 2014 se produce el fallecimiento (...) con el diagnóstico (de) insuficiencia respiratoria aguda, por probable infección respiratoria vs. fallo cardíaco", y afirman que es "evidente que (...) tras la buena evolución inicial del posoperatorio se produce una infección nosocomial que le acarrea la muerte".

Sostienen que "este es un hecho objetivo, incuestionable, que genera de por sí la responsabilidad de esa Administración, habida cuenta de que es un daño iatrogénico acaecido en un centro hospitalario, después de una intervención quirúrgica, que la paciente no tenía jurídicamente el deber de soportar", e insisten en "la ausencia de antecedentes de padecimientos respiratorios ni cardíacos".

Consideran que "como resultado del funcionamiento normal y/o anormal del Servicio de Salud del Principado se ha ocasionado a los reclamantes unos daños y perjuicios evidentes que se han concretado en la pérdida de su madre de 50 años de edad". A su juicio, existe "una innegable y directa relación de

causalidad" entre la actuación de la Administración sanitaria y el resultado dañoso citado, "por la infección hospitalaria contraída en el curso de su estancia en el hospital, un hecho objetivo y frecuente en las estancias hospitalarias de carácter iatrogénico que el paciente no está obligado jurídicamente a soportar".

Entienden que concurren los requisitos para el reconocimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración.

Cuantifican el daño sufrido en un importe total de ochenta y cuatro mil trescientos cincuenta y nueve euros con trece céntimos (84.359,13 €), de los cuales 76.690,12 € corresponderían a la muerte de la madre y 7.669,01 € en concepto de factor de corrección. Ello supone la cantidad de 28.119,71 € para cada uno de los tres hijos.

Solicitan una indemnización por ese importe "con abono de los intereses" que resulten de aplicación.

Adjuntan copia, entre otros, de los siguientes documentos: a) Informe del Servicio de Digestivo del Hospital "X", de 10 de enero de 2014, en el que consta un ingreso el día 2 por "aumento perímetro abdominal". Se consignan como antecedentes personales, "bebedora de unos 80 g/etanol día, en abstinencia desde hace un mes (pequeña recaída) según refiere, seguimiento por CSM, y se relacionan ingresos hospitalarios, en el año 2000, "por episodio de pancreatitis aguda de etiología alcohólica, acompañada de hepatopatía alcohólica aguda, así como gastritis y duodenitis aguda"; del 7 al 12 de agosto de 2011, por un "episodio de HDA secundaria a sangrado por varices esofágicas (...), siendo diagnosticada al mismo tiempo de cirrosis hepática posetílica grado B (7/15) de Child"; en 2012, por "cirrosis hepática posetílica en estadio B de Child -descompensación hidrópica- HDA secundaria a sangrado por una GHTP y facilitada por un alcoholismo crónico"; el 30-07-13, "por ascitis moderada a severa (...), siendo dada de alta el 5-9-13", y del 19 al 27-12-2013, por "peritonitis bacteriana secundaria (supuestamente a celulitis de pared). Cirrosis enólica Child C 10/15 meld 20. Hernia umbilical no encarcerada". Se indica en él que la paciente fue "ingresada en nuestro Servicio por episodio de descompensación hidrópica caracterizada por ascitis a tensión acompañada de una gran hernia umbilical, edematizada, y con erosiones superficiales en su

pared, algunas de ellas de aspecto necrótico y con compromiso vascular acompañante (...). El día del ingreso se drena un absceso paraumbilical (...). En su estancia en el Servicio de Digestivo del (Hospital "Y") (...) desestimaron una actitud quirúrgica urgente. Al ingreso en nuestro Servicio se solicita igualmente valoración al Servicio de (Cirugía General y Digestivo) (...), el cual en el día de hoy, en que la paciente presenta una rotura espontánea del saco herniario con salida masiva de líquido ascítico, recomienda (...) el tratamiento quirúrgico, dado el aspecto necrótico de la pared del saco herniario. Valorada por el Servicio de Anestesia recomienda el traslado al Servicio de Cirugía General del (Hospital "Y") por el alto riesgo quirúrgico de la paciente debido a su patología sistémica". b) Informe del Servicio UVI del Hospital "Y" de alta por exitus el día 25 de enero de 2014, tras un ingreso el día anterior, por "insuficiencia respiratoria". Como enfermedad actual consta que "la paciente se encontraba ingresada en el Servicio de Digestivo" del Hospital "X" "desde el 02-01-2014 por descompensación hidrópica y una hernia umbilical conocida, incoercible, sin signos de incarceration, a través de la cual drena espontáneamente todo el contenido ascítico. Se traslada a este centro para tratamiento quirúrgico y se interviene el 10-01-2014 realizándose hernioplastia umbilical./ Evoluciona desarrollando una nueva descompensación hidrópica en forma de ascitis", y se refleja el tratamiento pautado. Se reseña que "el 18-01-2013 sufre un episodio convulsivo (probablemente una crisis tónico-clónica generalizada), por lo que se consulta al Servicio de Neurología, quienes lo catalogan de encefalopatía hepática y dejan pautado tratamiento anticomicial". Figura en él que "durante su ingreso en la Unidad precisó (...) soporte hemodinámico y presentó un fallo renal anúrico con escasa respuesta a diuréticos. A las 24 horas de su estancia se objetivan alteraciones electrocardiográficas, con EKG compatible con síndrome coronario agudo tipo infarto agudo de miocardio anterolateral extenso, con movilización de enzimas cardíacas. Posteriormente comienza con alteraciones del ritmo que derivan en una parada cardíaca, siendo exitus a las 20:40 h del 25-01-2014". Como impresión diagnóstica consta "insuficiencia respiratoria aguda. Probable infección respiratoria vs. fallo cardíaco./ Peritonitis bacteriana espontánea./ Posoperatorio de hernia umbilical./ Síndrome coronario

agudo tipo IAM anterolateral extenso./ Cirrosis posetífica Child C". c) Certificados de nacimiento de los tres reclamantes en los que la paciente figura como madre.

2. Mediante oficio del 26 de enero de 2015, la Jefa del Servicio de Asuntos Generales del Servicio de Salud del Principado de Asturias remite la reclamación al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios. Consta en él una anotación de registro de entrada en la Administración del Principado de Asturias del día 29 de enero de 2015.

3. El día 2 de febrero de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario comunica a los perjudicados la fecha de recepción de su reclamación en la Administración del Principado de Asturias (29-01-2015), las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

4. Con fecha 3 de febrero de 2015, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada para elaborar el informe técnico de evaluación solicita a la Gerencia del Hospital "Y" un informe de los Servicios de Digestivo y de Medicina Preventiva y a la Gerencia del Área Sanitaria VII una copia de la historia clínica de la paciente y un informe del Servicio de Digestivo.

Mediante oficios de 17 de febrero y 4 de marzo de 2015, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios el informe suscrito por el Jefe de Sección del Aparato Digestivo del Hospital "Y" el día 13 de febrero de 2015, así como una copia de la historia clínica de la paciente.

El Jefe de Sección del Aparato Digestivo refleja en su informe los antecedentes de la fallecida y su condición de paciente del Servicio "ya desde el año 2000" por patología de "etiología alcohólica". Significa que su situación en 2011 "revela la existencia de una hepatopatía avanzada que ensombrece de forma muy significativa el pronóstico vital a medio e incluso corto plazo, pese a

lo cual existe constancia en los informes clínicos de persistencia en el hábito etílico al menos hasta bien avanzado el año 2013”.

En relación con el ingreso de la paciente en 2013, refiere que fue “diagnosticada de peritonitis bacteriana espontánea por *Escherichia coli*, situación descrita en pacientes con cirrosis hepática avanzada y ascitis, en los que su estado de inmunodepresión y deterioro orgánico facilita la colonización del líquido ascítico por dicha bacteria, considerándose una infección grave en tanto en cuanto no hace sino constatar un deterioro clínico significativo que ensombrece el pronóstico a corto plazo, hasta el punto de considerarse criterio para evaluación de inclusión en lista de espera de trasplante hepático, si bien otro requisito es la abstinencia alcohólica mantenida, habiéndose pautado al alta los tratamientos recomendados por la *lex artis*, incluyendo profilaxis infecciosa continuada con Norfloxacino”, y se remite al informe de alta hospitalaria emitido el 27 de diciembre de 2013.

Añade que durante el ingreso de diciembre de 2013 “se barajó la posibilidad de que, si bien la peritonitis bacteriana presenta habitualmente un origen espontáneo en relación con la inmunodepresión de estos pacientes, la existencia de una hernia umbilical pudiera tener algún tipo de relación, por lo que fue evaluada por el Servicio de Cirugía General sin indicarse intervención quirúrgica ante el altísimo riesgo vital que dicha intervención supondría”. El facultativo informante comparte dicha decisión y la entiende adecuada “en ausencia de una incarceración de la hernia (...). No obstante, con fecha 2-1-14 ingresó en el Hospital ‘X’ (...) con el diagnóstico de hernia umbilical incoercible, presentando una rotura del saco herniario a través (...) de la cual drenaba espontáneamente líquido ascítico, lo que en este caso sí que constituía ya una posible indicación quirúrgica, que es así considerada por parte del Servicio de Cirugía General del Hospital ‘X’, si bien en un contexto de riesgo quirúrgico elevado, calificado por el Servicio de Anestesia como ASA III (enfermedad sistémica grave con alto riesgo para la vida del paciente), por lo que fue remitida para intervención a nuestro hospital, donde fue realizada hernioplastia umbilical con fecha 10-1-14”.

Relata que “la evolución clínica de la paciente fue favorable en el posoperatorio inmediato, lo que permitió su traslado a la planta de hospitalización del Servicio de Aparato Digestivo, donde en un corto espacio de tiempo se constató un severo deterioro clínico que motivó el ingreso en la Unidad de Vigilancia Intensiva por un cuadro de insuficiencia respiratoria aguda, sin poder determinar si se trató de una infección respiratoria o de un fallo cardíaco en el contexto de un síndrome coronario agudo tipo infarto agudo de miocardio anterolateral extenso; diagnóstico este último claramente fundamentado en hallazgos electrocardiográficos y analíticos, lo que asociado a la gravedad de su hepatopatía finalmente fue causa de exitus”.

Considera que “en modo alguno se aprecian datos que indiquen la existencia de una infección nosocomial, pues no existe constancia de que el fracaso respiratorio fuera ocasionado por una infección, sino más bien por isquemia cardíaca, siendo la única infección constatada la de líquido ascítico, que es habitual en pacientes con cirrosis en estado avanzado; infección que fue adecuadamente tratada, habiendo llegado a la necesidad de una intervención quirúrgica en el momento en que existió salida de líquido ascítico por la hernia umbilical de la paciente, con el desarrollo en el posoperatorio del referido cuadro coronario agudo que precipitó un fracaso multiorgánico con fallo renal anúrico, implantado sobre una cirrosis avanzada, siendo todos ellos factores relacionados con el fallecimiento de la paciente, y sobre los que fueron realizadas todas las actuaciones clínicas recomendadas por la *lex artis*”.

Tras lamentar “el desenlace final del proceso”, concluye que en modo alguno existe fundamento para el escrito de reclamación (...), no pudiendo hablarse de la existencia de una infección nosocomial, ni en general ningún tipo de mala praxis o actuación asistencial que no hubiera sido la correcta y adecuada, teniendo en cuenta la pluripatología que presentaba la enferma y el avanzado estado de su hepatopatía”.

5. Mediante oficios de 9 de septiembre de 2014 (*sic*) y 9 de marzo de 2015, el Gerente del Área Sanitaria VII envía al Servicio de Inspección de Servicios y

Centros Sanitarios una copia de la historia clínica relativa al último proceso de la paciente en el Servicio de Digestivo del Hospital "X".

6. El día 20 de abril de 2015, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias "reitera por segunda vez" la petición de informe del Servicio de Medicina Preventiva.

Figura incorporado al expediente el informe elaborado por la Jefa del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública el día 1 de junio de 2015. En él afirma que "no se trata de una infección hospitalaria sino, en todo caso, de una infección comunitaria (ajena, por tanto, a la asistencia sanitaria), ya que todas las evidencias parecen orientar no hacia un proceso infeccioso causante de exitus, sino a un desenlace propio de la naturaleza de la enfermedad sistémica grave que padecía (...), y entre los múltiples factores que contribuyeron a la evolución de la paciente encontramos también una infección inherente a la enfermedad y por tanto no provocada por la actividad asistencial que, desde nuestro punto de vista, no tiene relevancia alguna en el marco de proceso clínico que nos ocupa".

Tras dejar constancia de los antecedentes de la paciente, señala que "el enolismo crónico (...) evoluciona a cirrosis con varios episodios de hemorragia digestiva aguda, descompensación hidrópica, hipertensión portal, ascitis con necesidad de paracentesis evacuadoras y, en resumen, en los años que se describen existen dos hechos incuestionables:/ La cirrosis evoluciona desfavorablemente de un grado B (2011) a grado C (2013), con un aumento de puntos para esta clasificación de 7/15 para el estadio B a 10/15 para el estadio C", y "la gravedad de la enfermedad sistémica, hasta el punto de que el Servicio de Anestesiología del Hospital 'X' considera descartadas las opciones para realizar una cirugía en este centro, trasladando a la paciente al (Hospital 'Y')". Subraya que "se trata, por tanto, de una paciente con un deterioro claro derivado de su enfermedad sistémica, con mala evolución de su enfermedad de base y progresión de la misma con desenlace en el que el exitus era una posibilidad esperable (se apunta a una probable broncoaspiración del propio paciente como causa contribuyente a la evolución final)".

Considera necesario aclarar tres aspectos clínicos “para poder abordar si la causa del fallecimiento fue una infección contraída en el hospital,/ Enolismo y afectación cardíaca./ Enolismo y neumonía (infección respiratoria)./ Enolismo y peritonitis bacteriana espontánea”. Tras extraer de la publicación de un organismo oficial los riesgos del alcoholismo y reseñar que “hace más de un siglo que se cita el alcoholismo como el mayor factor de riesgo de neumonía”, señala, en cuanto a la peritonitis bacteriana espontánea que se le diagnosticó a la paciente, que “es la infección del líquido ascítico (que se acumula en el abdomen de los pacientes con algunas enfermedades como la cirrosis) por una o más bacterias del líquido, sin que exista infección de órgano intraabdominal alguno. Esto la diferencia de otros procesos (...). Los pacientes con cirrosis y con ascitis tienen una mayor tendencia a que las bacterias que todos tenemos en el intestino puedan pasar a la sangre de manera espontánea y alcanzar cualquier parte del cuerpo. En el caso de estos pacientes, el líquido ascítico es un lugar apropiado para su colonización, ya que la capacidad del mismo para eliminar estas bacterias se encuentra disminuida. Cuando se produce la reacción inflamatoria para eliminar esas bacterias es cuando podemos diagnosticar la peritonitis bacteriana espontánea./ Es una infección grave que puede llevar al fallecimiento del paciente, sobre todo cuando se asocia a una disminución del funcionamiento de los riñones. Debe ser controlada en un hospital y en algunos pacientes hace valorar la posibilidad futura de un trasplante hepático”.

Estima que “no es acorde con la evidencia científica afirmar que la paciente no presentaba antecedentes de padecimientos respiratorios ni cardíacos. La enfermedad sistémica grave que padecía (...) afectaba a todos sus órganos y sistemas: hígado, riñón, corazón y aparato circulatorio, pulmón, páncreas, sistema inmune, sistema nervioso, aparato digestivo”. Entiende que “resultaría prolijo e innecesario detallar la afectación de cada uno de los sistemas referidos anteriormente; como resumen, basta limitarse al diagnóstico cierto:/ La paciente padecía una enfermedad crónica de larga evolución (año 2000) que provocó el ingreso hospitalario hasta en siete ocasiones./ La evolución de dicha enfermedad crónica empeora a lo largo de los años,

pasando por todas las fases posibles (...). La paciente es exitus 14 días después de una intervención quirúrgica realizada de forma urgente por rotura espontánea del saco herniario con riesgo de evisceración en el contexto del cuadro clínico señalado anteriormente. El riesgo intrínseco (para la vida de la paciente) de la propia intervención era elevado”.

Concluye que “la patología que presenta la paciente y la causa de su fallecimiento, a la vista de los hechos revisados constatados en su historia clínica, no resulta derivada de la asistencia: no se trata de una infección hospitalaria, sino de la evolución natural de la enfermedad de base que padecía”.

7. Con fecha 10 de junio de 2015, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. Destaca los riesgos derivados del alcoholismo y concluye que la atención que la madre de los reclamantes recibió en el Hospital “X” y en el Hospital “Y”, “desde el momento de su ingreso hasta su fallecimiento, se adecuó a la *lex artis* (...), debiéndose el fatal desenlace a la propia evolución de la enfermedad sistémica grave que padecía”, por lo que considera que no procede acceder a la reclamación.

8. Mediante oficios de 16 de junio de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas 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.

9. Obra incorporado al expediente el informe emitido por una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora del Principado de Asturias, y suscrito el 12 de agosto de 2015 por una especialista en Medicina Interna y en Neumología. En él afirma que “el alcoholismo severo (...) suprime el sistema inmunitario, con lo que aumentan la incidencia de infecciones, en particular la neumonía”.

Manifiesta que “el síndrome de dificultad respiratoria agudo (...) es a veces una forma mortal de la insuficiencia respiratoria que puede ser causada por varias afecciones médicas (...). Un estudio reciente indica que los pacientes de terapia intensiva con unos antecedentes de abuso de alcohol tienen un riesgo significativamente mayor para el desarrollo” del mismo durante la hospitalización.

A continuación analiza la cirrosis hepática y la peritonitis bacteriana espontánea, precisando, en relación con esta última, que “constituye una complicación frecuente y grave de la cirrosis hepática (...). En la mayoría de los pacientes (70%) los gérmenes responsables del desarrollo de esta complicación son bacilos aerobios gram negativos procedentes de la propia flora intestinal del enfermo; entre estos, el más frecuente es la *Escherichia coli*, seguido del género *Streptococcus*”. Por último, se refiere al síndrome hepatorenal y a la encefalopatía hepática.

Señala que “nos encontramos ante una mujer (...) con un enolismo crónico y una cirrosis muy evolucionada, Child-Pugh C 10”, y explica que dicha clasificación “se consideró útil en un principio para estimar la mortalidad en relación con procedimientos quirúrgicos. Esta era de un (...) 82% en clase C. La clasificación de Child también se ha utilizado para establecer un pronóstico de supervivencia (...). En situación C la supervivencia al año es de 45% y a los 2 años de un 35%”.

Pone de relieve que la paciente “no era candidata a trasplante hepático en tanto no hubiera abandonado el consumo de alcohol durante más de 6 meses./ Ingresó con ascitis refractaria, con una gran hernia umbilical con zonas necróticas, un absceso y un drenaje espontáneo de la ascitis. En ese momento tenía un síndrome hepatorenal con hiperesplenismo./ El riesgo quirúrgico era ASA III, es decir la cirugía ponía en riesgo su vida. Los cirujanos no se habían atrevido a intervenirla previamente, pero en este momento era imprescindible la intervención. Sin la extirpación de la zona necrótica la evolución a una complicación infecciosa era inevitable./ Se le trasladó y fue intervenida./ Tras la cirugía siguió con complicaciones inherentes a la cirrosis, más descompensación hídrica, crisis comicial en relación con encefalopatía hepática, todas ellas a

pesar de las medidas profilácticas utilizadas”. Tras preguntarse “cuál fue la causa de la insuficiencia respiratoria aguda que desarrolló”, concluye que, “con los datos descritos por la UCI cuando la intubaron, es probable que se produjera una broncoaspiración porque sacaron líquido bilioso al aspirar a través del tubo de intubación. De hecho los comentarios previos son de posible alta”. Explica que “la broncoaspiración masiva pudo desencadenar un cuadro de insuficiencia cardíaca, con datos de insuficiencia cardíaca izquierda, con infiltrados radiológicos, mayor deterioro de la insuficiencia respiratoria, aumento de proBNP y taquicardia compensadora (...). El cuadro cardiológico fue aún mayor en relación a la anemia que sufría la paciente. Todo ello condicionó un shock que requirió soporte inotrópico para intentar mantener la perfusión periférica con aminas vasoactivas. Por el conjunto antes mencionado desarrolló un IMA muy extenso que condicionó arritmias y parada cardiorrespiratoria, falleciendo”. Por último, señala que “no dio tiempo a evaluar cuál era la función cardiológica previa, que debía estar alterada por el consumo crónico de alcohol”.

Concluye que “era una paciente alcohólica con cirrosis muy evolucionada con todas las características de esta enfermedad: hemorragias digestivas, ascitis y encefalopatía hepática, con peritonitis espontánea del cirrótico (...). Tenía una hernia umbilical no reductible con necrosis del saco herniario con un absceso por donde se produjo un drenaje espontáneo de la ascitis. Aun cuando se había desestimado la cirugía por el riesgo quirúrgico, ASA III, en dicha situación se convirtió en imprescindible, por lo que fue trasladada al Hospital “Y” (...). Tras la cirugía sufrió varias complicaciones relacionadas directamente con su patología de base (...), a pesar de las medidas profilácticas utilizadas (...). Sufrió de forma brusca un cuadro de insuficiencia respiratoria, por lo que fue atendida por la UCI procediendo a su intubación (...). Se apreciaron secreciones biliosas, lo que (se) traduce (en un) episodio de broncoaspiración; cuadro que pudo desencadenar este proceso (...). Tenía datos de insuficiencia cardíaca con un proBNP muy elevado, taquicardia sinusal e hipotensión con fracaso renal. Desarrollo un IMA falleciendo finalmente (...). Las causas precisas de las complicaciones pulmonares y cardíacas no fueron determinadas dada la rapidez de la evolución (...). El alcoholismo produce una miocardiopatía que

puede originar síntomas ante situaciones desencadenantes, como la anemia que sufría, o la posible broncoaspiración con insuficiencia respiratoria. La cirrosis también puede asociarse a una miocardiopatía (...). La paciente tenía una patología sistémica muy evolucionada secundaria a alcoholismo crónico”.

Concluye que “la atención recibida por (la madre de los reclamantes) fue correcta y ajustada a *lex artis* en todo momento”.

10. También figura en el expediente el informe elaborado por un gabinete jurídico a instancias de la compañía aseguradora del Principado de Asturias el 28 de septiembre de 2015. En él se concluye que “no existe responsabilidad patrimonial del servicio público de salud del Principado de Asturias al no haber actuación contraria a la *lex artis* (...). No existe tampoco relación de causalidad entre la actuación médica de este servicio público de salud y el fallecimiento de la paciente, causado por su propia patología”, por lo que entiende que “no procede otorgar indemnización alguna” por su fallecimiento.

11. El día 16 de octubre de 2015, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica a los 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.

Con fecha 27 de octubre de 2015, se persona en las dependencias administrativas un letrado, que acompaña un poder general para pleitos otorgado a su favor por una de las reclamantes, y obtiene una copia de la documentación obrante en el expediente, según se indica en la diligencia extendida al efecto.

No consta que se hayan formulado alegaciones.

12. El día 9 de diciembre de 2015, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio con base en los argumentos contenidos en los informes emitidos durante la instrucción del procedimiento. Entiende que “en el presente caso la asistencia prestada a la fallecida fue correcta y adecuada a la *lex artis*. El

fallecimiento tras la intervención quirúrgica, que era absolutamente necesaria -y que anteriormente se había desechado (...) por el alto riesgo quirúrgico- se debió a la mala situación clínica que presentaba debido a su cirrosis evolucionada y no a una deficiente asistencia sanitaria prestada. Tampoco existen datos que puedan afirmar que se ha producido una infección nosocomial”.

13. En este estado de tramitación, mediante escrito de 11 de enero de 2016, 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 los interesados activamente legitimados 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 23 de enero de 2015, habiendo tenido lugar el fallecimiento de la paciente del que trae origen el día 25 de enero 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.

Sin embargo, advertimos en la práctica administrativa, y en relación con el registro de la Administración del Principado de Asturias, los mismos problemas que ya pusimos de manifiesto en los Dictámenes Núm. 160/2015 y 163/2015, entre otros, y a las consideraciones allí realizadas nos remitimos.

Asimismo, 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.- Se somete a nuestra consideración el procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por una reclamación de los daños dimanantes del fallecimiento de una paciente tras una hernioplastia umbilical.

Hay constancia en el expediente del óbito de aquella el día 25 de enero de 2014, por lo que debemos apreciar en los reclamantes, dada su condición de hijos de la misma, un daño moral susceptible de reclamación.

La paciente falleció en el Hospital "Y" 15 días después de que se le realizara -de forma urgente- una hernioplastia umbilical tras la rotura espontánea del saco herniario.

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 los 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.

Los interesados alegan que el fallecimiento de su familiar se produjo "con el diagnóstico de insuficiencia respiratoria aguda, por probable infección respiratoria vs. fallo cardíaco", y ponen de relieve que entre sus antecedentes no figuraban "padecimientos respiratorios ni cardíacos". En consecuencia, atribuyen la muerte de la paciente a una infección nosocomial y basan su petición de indemnización en la existencia de "una innegable y directa relación de causalidad" entre "la infección hospitalaria contraída en el curso de su estancia" en el hospital público y el daño producido. Resaltan, además, que el fallecimiento se produjo una vez que se había constatado la buena evolución de la paciente tras la intervención quirúrgica y tras la decisión de darle "el alta a planta de hospitalización (...) con idea de iniciar los estudios pretrasplante".

Sin embargo, no aportan prueba o pericia que sostenga sus imputaciones, ni formulan alegaciones en el trámite de audiencia, por lo que hemos de formar nuestro juicio sobre la existencia de posibles infracciones de la *lex artis* sobre la base de los informes incorporados al procedimiento a instancia de la Administración.

Se deduce del historial clínico que la fallecida -paciente alcohólica con cirrosis muy evolucionada, que padecía una hernia umbilical incoercible cuya reducción quirúrgica se había desestimado por el riesgo de la intervención (ASA III)- ingresó en el Hospital "X" con ascitis refractaria y rotura del saco herniario con zonas necróticas, un absceso y un drenaje espontáneo de la ascitis; factores que exigieron intervenirla quirúrgicamente, aun cuando la cirugía -la hernioplastia umbilical- pusiera en riesgo su vida. Tras la intervención sufrió varias complicaciones relacionadas directamente con su padecimiento de base y un cuadro de insuficiencia respiratoria que aconsejó su ingreso en la Unidad de Vigilancia Intensiva, donde falleció. No es posible determinar la causa precisa de la muerte. En el informe de alta por exitus del Servicio UVI del Hospital "Y", de 28 de enero de 2014, figuran los diagnósticos de "insuficiencia respiratoria aguda. Probable infección respiratoria vs. fallo cardíaco./ Peritonitis bacteriana espontánea./ Posoperatorio de hernia umbilical./ Síndrome coronario agudo tipo IAM anterolateral extenso./ Cirrosis posetílica Child C".

No dudan los reclamantes de la necesidad de la intervención quirúrgica urgente, aun con el riesgo vital que presentaba, y admiten la incertidumbre del diagnóstico de "insuficiencia respiratoria aguda, por probable infección respiratoria vs. fallo cardíaco", del fallecimiento, de modo que tras negar que tuviera antecedentes de padecimientos respiratorios o cardíacos centran exclusivamente la causa desencadenante del proceso en la aparición súbita de una infección nosocomial.

La necesidad y corrección de la hernioplastia umbilical de alto riesgo que se le practicó el día 10 de enero de 2014 no admite duda. La especialista en Medicina Interna y en Neumología destaca que "el riesgo quirúrgico era ASA III; es decir, la cirugía ponía en riesgo su vida", y subraya que "los cirujanos no se habían atrevido a intervenirla previamente, pero en este momento era imprescindible la intervención. Sin la extirpación de la zona necrótica la evolución a una complicación infecciosa era inevitable". Añade que "no era candidata a trasplante hepático en tanto no hubiera abandonado el consumo de alcohol durante más de 6 meses".

La aparición en el curso del posoperatorio de una insuficiencia respiratoria aguda tampoco admite duda; los informes que obran en el expediente lo acreditan, pero rechazan de modo igualmente concluyente que haya sido el único motivo del fallecimiento y que tuviera origen en una infección nosocomial, como reprochan los reclamantes.

En efecto, todos los informes emitidos en el curso del procedimiento coinciden al señalar que el estado general previo y la patología de base de la paciente son los factores que explican tanto la aparición de la infección respiratoria y del fallo cardíaco como de las múltiples complicaciones que surgieron en el curso del posoperatorio; factores que finalmente condujeron al fallecimiento de la paciente.

Así, la Jefa del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del Hospital "Y" informa que la paciente tenía un deterioro claro "derivado de su enfermedad sistémica, con mala evolución de su enfermedad de base y progresión de la misma con desenlace en el que el exitus era una posibilidad esperable", precisando que dicha enfermedad sistémica "afectaba a todos sus órganos y sistemas: hígado, riñón, corazón y aparato circulatorio, pulmón, páncreas, sistema inmune, sistema nervioso, aparato digestivo", y resalta que "hace más de un siglo que se cita el alcoholismo como el mayor factor de riesgo de neumonía".

Por su parte, la especialista en Medicina Interna y en Neumología señala que "es probable que se produjera una broncoaspiración" que pudo desencadenar un cuadro de insuficiencia cardíaca. Pero resalta los factores coadyuvantes que agravaron el proceso: el alcoholismo severo "suprime el sistema inmunitario, con lo que aumentan la incidencia de infecciones, en particular (...) la neumonía", y "el cuadro cardiológico fue aún mayor en relación a la anemia que sufría la paciente. Todo ello condicionó un shock que requirió soporte inotrópico para intentar mantener la perfusión periférica con aminas vasoactivas", y concluye que desarrolló un infarto de miocardio agudo "muy extenso que condicionó arritmias y parada cardiorrespiratoria, falleciendo" sin que hubiera dado "tiempo a evaluar cuál era la función cardiológica previa, que debía estar alterada por el consumo crónico de alcohol".

Los informes del Servicio de UVI de 28 de enero de 2014 y del Servicio de Digestivo del Hospital "X" de 10 de enero de 2014 subrayan el antecedente de alcoholismo de la paciente y la incidencia que este hecho tuvo en su salud desde el año 2000. El último de estos informes (emitido 15 días antes de su muerte) señala que se trata de una "bebedora de unos 80 g/etanol día, en abstinencia desde hace un mes (pequeña recaída)", y refleja los efectos del alcoholismo en su salud, con varios ingresos hospitalarios en los Servicios de Digestivo, tanto del Hospital "X" como del Hospital "Y". En concreto, en el año 2000 por "pancreatitis aguda de etiología alcohólica, acompañada de hepatopatía alcohólica aguda, así como de gastritis y duodenitis aguda"; en agosto de 2011 por un "episodio de HDA secundaria a sangrado por varices esofágicas (...), siendo diagnosticada al mismo tiempo de cirrosis hepática posetílica grado B (7/15) de Child"; en octubre de 2012 por "cirrosis hepática posetílica en estadio B de Child -descompensación hídrica- HDA secundaria a sangrado por una GHTP y facilitada por un alcoholismo crónico", y en julio de 2013 por "ascitis moderada a severa".

En definitiva, todos los informes excluyen la existencia de una infección nosocomial y concluyen que el fallecimiento de la paciente no deriva de la asistencia que se le dispensó, sino de la evolución de la enfermedad de base que padecía al mediar una urgencia quirúrgica de alto riesgo.

No puede, por tanto, apreciarse relación de causalidad entre el fallecimiento de la madre de los reclamantes y la asistencia sanitaria recibida, que fue correcta. Es más, durante la tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial han quedado acreditados los esfuerzos realizados por los facultativos del servicio público de salud para detener el deterioro progresivo a que conducía la patología de base de la fallecida; esfuerzos que comprendieron incluir a la paciente en lista de espera para trasplante hepático, y que resultaron infructuosos ante los efectos adversos dimanantes de su hábito alcohólico, que no abandonó durante el tiempo suficiente para que llegara a ser posible el trasplante.

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.