

Expediente Núm. 159/2017  
Dictamen Núm. 200/2017

**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 13 de julio de 2017, 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 17 de abril de 2017 -registrada de entrada el día 27 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por el fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, como consecuencia de una infección de la herida quirúrgica.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** Con fecha 22 de enero de 2016, un procurador, que dice actuar en representación de los interesados -esposa e hijos del fallecido-, presenta en la Administración del Principado una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos como consecuencia del fallecimiento de su familiar.

Fundamentan la reclamación en primer lugar en que “a pesar de que la patología cardíaca fue diagnosticada en el mes de julio de 2013, por causas ajenas al paciente que incluyen irregularidades en las citaciones, no llegó a

practicarse la estrategia terapéutica programada, desembocando el proceso en la instauración de un cuadro isquémico agudo que, tras diversas complicaciones, fue el determinante del fallecimiento". En segundo lugar, señalan que "durante la intervención quirúrgica se vio infectado por la bacteria *E. Coli*, que fue contraída en la intervención del (Hospital .....). De ello se deduce en el informe de 23 de abril de 2015 (...), al atender a los resultados del cultivo. Esta parte entiende que la bacteria citada se contrajo durante la operación, por mala limpieza del quirófano, pero lo cierto es que dicha bacteria no debería estar ahí en el momento de la intervención, y por ese motivo se dañó el esternón y agravó, aún más, la situación previa, llegando al fallecimiento del paciente". Asimismo, reproducen las manifestaciones realizadas por la esposa del fallecido ante notario en referencia al estado de salud de aquel.

Solicitan una indemnización de 94.904,04 € para la esposa y 10.544,89 € a cada hijo.

Acompaña a su escrito los siguientes documentos: 1) Copia de poder general para pleitos, otorgado ante notario por los tres reclamantes a favor de un procurador que firma la reclamación. 2) Copia de las hojas del Libro de Familia. 3) Copia del Acta de Manifestaciones, otorgada ante notario por la esposa del fallecido el 30 de diciembre de 2015, que en referencia al estado de salud de éste manifiesta que "en una revisión rutinaria de control de la tensión en el Centro de Salud ..... (27-6-2013), el personal médico le detectó que había probabilidades de que sufriese un infarto (...). Ese mismo día quedó ingresado en el antiguo hospital. En esos días de hospitalización le hicieron un cateterismo en el que vieron que tenía una lesión severa de tres vasos./ El 2 de julio del dan el alta por mejoría con un tratamiento en el que se incluye la Cafinitrina para el dolor. Nos dicen que se pondrán en contacto con nosotros en un plazo de quince días para proponer cirugía./ Durante este tiempo hasta agosto de 2014 no tuvimos noticias por parte del hospital ni seguimiento médico. Así pues decidimos ir a la planta de Cardiología del nuevo (Hospital .....) a explicar la situación (...). Luego nos atendió un cardiólogo que nos dio consulta preferente. A partir de entonces tuvo seguimiento./ Tras esto, nos dieron cita (...) para ponerlo en lista de espera para cirugía. Debido a un error con las citas nos

llamaron del hospital para cambiar la cita para el día siguiente, perdiendo así la cita con el doctor (...) así como la oportunidad de entrar en lista de espera para cirugía. Porque al acudir a la cita, solo le hicieron un cuestionario para hacerle un nuevo cateterismo. (...). El día 27 de noviembre tuvimos al fin, la cita con el doctor (...) en la cual ya se le pudo en lista de espera para cirugía./ El día 05-02-2015 lo llevamos por urgencias al (Hospital ..... ) (...) donde ya quedó ingresado en la UCI./ Estando en la UCI, el 08-02-2015 sufre un nuevo episodio de dolor por lo que decidieron no esperar más y operarlo esa misma noche de urgencia (...). En una de las visitas al médico se nos dice que llegan los resultados de los cultivos, y que cogió una bacteria en el quirófano./ En una de las curas vieron que la herida presentaba mal aspecto (...) y deciden intervenirle de nuevo (...). Pero no es hasta el día siguiente (...) cuando se le intervino porque no había anestesiado (23-02-2015)". Añade la compareciente que tras la operación, vuelve a la UCI, siendo necesario en los días posteriores una nueva intervención "porque nos decían que el esternón estaba muy mal", "pero no es hasta el 07-03-2015 cuando se le intervino porque decían que había casos más urgentes". A continuación, "vuelve a la UCI, donde continúa mal (...). Finalmente fallece el sábado 28-03-2015". 4) Informe médico-pericial, elaborado por un especialista en Medicina Legal y Forense, de fecha 10 de enero de 2016. En relación a las causas de la muerte del paciente, señala que "del análisis del curso clínico conjuntamente con el informe anatomopatológico se deduce que la causa fundamental de la muerte (...) fue la existencia de la patología cardíaca que le fue diagnosticada en el mes de julio de 2013, que desembocó en la presentación de una patología isquémica aguda./ Como causas intermedias surgieron complicaciones infecciosas (...) y complicaciones óseas". En cuanto a la asistencia sanitaria que le fue prestada, comenta que "a pesar de que la patología cardíaca fue diagnosticada en el mes de julio de 2013, por causas ajenas al paciente que incluyen irregularidades en las citaciones, no llegó a practicarse la estrategia terapéutica programada, desembocando el proceso en la instauración de un cuadro isquémico agudo que, tras diversas complicaciones, fue el determinante del fallecimiento". Concluye que, "sin poder llegar a precisar qué es lo que hubiera podido ocurrir en caso de que las circunstancias hubieran

sido otras, considero que (...) por causa de los trece meses en los que permaneció sin seguimiento cardiológico, por causa de las demoras en su inclusión en lista de espera quirúrgica, y por la continuidad sin tratamiento para la revascularización una vez inscrito en la lista, se le ha privado de la oportunidad de curación a la vez que se ha posibilitado la producción de un síndrome coronario agudo el día 05-02-2015". 5) Informe médico del Servicio de Cardiología del Hospital ....., de fecha 2 de julio de 2013. El paciente ingresa el 27 de junio por "dolor en zona próxima de miembro superior izqdo. que aparece al caminar y en ocasiones se irradia a hombro derecho y centro del tórax". Tiene "factores de riesgo cardiovascular por hipertensión arterial y tabaquismo". Evoluciona "favorablemente", por lo que es alta el 2 de julio de 2013, con los siguientes diagnósticos: "angina de esfuerzo de reciente comienzo (...). Lesión coronaria severa de tres vasos (...). HTA (...). Enfermedad arterial periférica (...). Hipertrofia benigna de próstata". Se prescribe medicación y se recomienda "dieta pobre en sal" y "ejercicio físico". Figura manuscrito que "se pondrán en contacto con usted para proponer tratamiento (probablemente cirugía)". Se adjunta a este informe una hoja adicional manuscrita en la que se mencionan las lesiones coronarias y dice "dar consulta preferente". Es de julio de 2013, y hay una firma no identificada. 6) Informe médico del Servicio de Cardiología del Hospital ....., de fecha 1 de octubre de 2014. Se hace constar lo siguiente: "Desde el alta en julio de 2013 no había seguido revisiones en cardiología. Actualmente el paciente refiere angor de esfuerzo que condición un GF para angina II-III de la CCS que cede con el reposo o tras la toma de cafinitrina. No refiere disnea. No palpitaciones, no otra clínica acompañante. Presentado en sesión médico-quirúrgica con fecha 20-08-2014 se decide derivación para consulta preferente con cirugía cardíaca. 7) Informe médico del Servicio de Cardiología del Hospital ....., de fecha 14 de octubre de 2014. Se indica que "en sesión médico quirúrgica se aceptó para cirugía, pero no acudió a la consulta con el cirujano por un problema de citas". Se solicita consulta "preferente" con cirugía cardíaca. 8) Documento de consentimiento informado para "Revascularización Miocárdica", de fecha 27 de noviembre de 2014, firmado por el paciente. En el apartado "riesgos típicos", se indican, entre otros, la posibilidad de que "tras la operación

puede sobrevenir una infección de la herida operatoria que a veces son profundas y por ello muy graves. Requieren un tratamiento prolongado y una reoperación de cierre de la pared torácica". 9) Informe de Servicio de Medicina Intensiva del Hospital ....., de fecha 30 de marzo de 2015. Se hace constar que el "paciente de 68 (años) que acude a Urgencias el 05-02-15 por dolor torácico (...). No disnea. No palpitations ni dolor torácico./ Ingresar con el diagnóstico de SCASEST / IAM no Q./ El día 08-02-15, nuevo episodio de dolor centrotorácico opresivo, a pesar de vasodilatadores endovenosos. ECG con ascenso del ST en V1-V3 (...). Cirugía urgente 8-2-15 sin CEC (...). La evolución en el postoperatorio inmediato es: con bajo gasto cardíaco, atelectasia del lóbulo inferior (derecho), caída en FA rápida que precisó una cardioversión eléctrica a parte de tratamiento farmacológico, además de tener desorientación y agitación inicial, que precisa tratamiento específico. Con todo ello se extuba en las primeras 48 horas. Se añaden problemas con la sonda urinaria, que tras retirarse se tiene que volver a poner por hace run globo vesical./ Se da de alta a planta el día 13-2-2015, con tratamiento antibiótico. Drenaje serohemático por tercio superior de la esternotomía, se recogen cultivos. Sin fiebre ni leucocitosis. Cobertura de antibióticos./ Ya en planta, se retira la sonda vesical el 16-3-2015. Paciente poco colaborador y fases de agitación añadidas, con movilización. Ajustan tratamiento antibiótico a resultados de cultivos./ El día 19-2-2015 abren 2-3 puntos del tercio superior, drena purulento lo cultivan y dejan VAC, además de encontrar dehiscencia esternal./ Llega resultado de cultivo exudado esternal, donde crece un germen gran negativo que es un *E. Coli*. Se ajusta tratamiento según antibiograma por parte de S. Infecciosas./ El 23-2-2015 cirugía de nuevo: con retirada del VAC. Encuentran esternón roto y líquido purulento en mediastino (...). Mucho tejido edematoso y desvitalizado (...). La parte de subcutáneo se individualiza de mediastino anterior y se coloca VAC./ Reingresa en nuestra unidad en el postoperatorio inmediato. (...). La evolución desde el reingreso es tórpida./ Permanece sedad los primeros 2-3 días, para mantener en reposo el esternón. Posteriormente se extuba con buena tolerancia hemodinámica y respiratoria, pero persisten fases de agitación y desorientación./ Las curas de la herida tienen mal aspecto, sobre todo el hueso. En cultivos de

control sigue creciendo el mismo germen (*E. Coli*), a lo cual se añade una *Serratia marcescens* en aspirado traqueal, la cual es productora de betalactamasas./ Se mantiene similar a su situación previa, con fases de agitación que obligan a reiniciar y añadir neurolépticos y benzodiazepinas. Disfunción neurológica difusa (...), disfunción renal (...). El 6-3-2015 cuando se realiza la cura, se encuentra dehiscencia total de la esternotomía sobre todo del lado (derecho), con riesgo de que en un movimiento puedan afectarse los by-pass./ Se procedió a la intubación y conexión a ventilación mecánica en espera que pueda pasar a quirófano para realizar su arreglo./ Cirugía preferente el 7-3-2015: mediastinitis con afectación del hueso esternal. Dehiscencia completa con arrancamiento de alambres. Se realiza desbridamiento y resección esternal. Disección de ambos músculos pectorales. Cruce de pectorales y cierra del espacio esternal./ La evolución posterior continúa mal (...). Llegan resultados de cultivos de control (...) con bacilos gran negativos (...), los cuales sin gran afectación analítica y sin presentar fiebre, se tratan de forma dirigida según antibiograma. (...) pasamos a una fase de estado comatoso (...). Se solicita TAC craneal (23-3-15) que lo informan como normal, sin lesiones agudas (...). Quedando como causa metabólica y persistiendo la elevación de parámetros hepáticos, pero recuperando las cifras renales, manteniendo diuresis, sin fiebre, ni leucocitosis, tampoco tiene acidosis metabólica ni consumo de bases, lácticos adecuados y curada la herida con aparente buen aspecto, siendo los últimos cultivos de exudado de heridas y aspirado traqueal que llegaron negativos./ Presentó de forma brusca el 25-26/3/2015, episodio de deterioro agudo, que conlleva una hipotensión severa, anuria, acidosis metabólica y lácticos en ascenso mayores a 15 (...). Se solicita ecografía abdominal. Informada: (...) importante dilatación de asas intestino delgado y dilatación gástrica, una vesícula de pared fina sin que se vean obstrucciones de la vía biliar. En esta situación no pueden descartar que tenga una isquemia intestinal./ El paciente continúa en shock de probable origen mixto (...), sin presentar fiebre ni amenización importante, se amplía de nuevo la cobertura antibiótica por si se añade componente infeccioso./ Pero persiste una situación refractaria a las medidas empleadas". 10) Informe de autopsia, de fecha 29 de marzo de 2015. En el

apartado "Correlación clínico-patológica" indican que "el estudio anatomopatológico muestra un estado de sepsis de origen mediastínico (post-quirúrgico) sobreañadido a una patología vascular severa con repercusión principalmente cardíaca e intestinal". Figuran los siguientes diagnósticos: "1. Infarto agudo de miocardio evolucionado en septo y ventrículo izquierdo. Pericarditis fibrinoide. Fibrosis pericárdica con osificación metaplásica. 2. Neumonía aguda bilateral. 3. Enterocolitis isquémica con sobreinfección bacteriana secundaria. Tumor neuroendocrino bien diferenciado en yeyuno. 4. Arteriosclerosis calcificada complicada. 5. Esteatosis hepática. Ectasia biliar. 6. Nefroangioesclerosis. Cistitis erosiva. 7. Hiperplasia adenomatosa de próstata".

11) Resolución del Instituto Nacional de la Seguridad Social, mediante la que se aprueba la concesión de una pensión de viudedad de 634,50 €.

**2.** Mediante oficio de 28 de enero de 2016, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios da traslado de la reclamación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

**3.** Con fecha 22 de febrero de 2016, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios designa al Inspector de Servicios y Centros Sanitarios que actuará en el presente procedimiento.

**4.** El día 23 de febrero de 2016, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica al representante de los interesados la fecha de recepción de su reclamación en el referido Servicio -22 de enero de 2016-, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

**5.** Mediante oficio de 1 de marzo de 2016, el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios solicita a la Gerencia del Área Sanitaria IV una copia de la historia clínica relativa al proceso de referencia, así como un informe del Área de Gestión Clínica del Corazón sobre el concreto contenido de la reclamación.



El día 9 de marzo 2016, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones envía al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios un CD que contiene una copia de la historia clínica del paciente.

Con fecha 21 de marzo, se recibe el informe médico emitido por el Director del Área de Gestión Clínica del Corazón del Hospital ..... Tras exponer el curso clínico del paciente en este Servicio, señala que "se trata de un paciente diagnosticado de enfermedad coronaria de tres vasos, en julio del 2013, que es intervenido de urgencia para revascularización coronaria en febrero del 2015. Como la coronariografía se repitió el día 1 de octubre del 2014, podemos afirmar que no se produjo progresión de la enfermedad durante el periodo entre el diagnóstico y la cirugía. Es más, en un eco realizado en febrero del 2015 se observa una función del ventrículo izquierdo en el límite de la normalidad, sin áreas de aquinesia sugestivas de necrosis. La cirugía de revascularización coronaria se realizó sin incidencias, como consta en el informe del primer ingreso en la Unidad Coronaria, siendo el paciente extubado en las horas siguientes a la cirugía./ Posteriormente, el paciente presentó una infección en la herida quirúrgica y una mediastinitis de muy mala evolución que, finalmente, desencadenó el éxitus del paciente". A juicio del facultativo que suscribe el informe, "es insostenible, según los datos que constan en la historia, mantener que la causa fundamental de la muerte fue 'la existencia de la patología cardíaca que le fue diagnosticada en julio del 2013'", tal como alega el perito de la parte, ya que "los electrocardiogramas y los enzimas miocárdicos no demostraron, en ningún momento, la existencia de daño miocárdico isquémico agudo y que la cirugía de revascularización se desarrolló sin incidencias así como la evolución inmediata posterior". También considera "insostenible" la afirmación del doctor que suscribe el informe aportado por los reclamantes, según el cual "por causas ajenas al paciente que incluyen irregularidades en las citas, no llegó a practicarse la estrategia terapéutica programada, desembocando el proceso en la instauración de un cuadro isquémico agudo que, tras diversas complicaciones, fue el determinante del fallecimiento".



6. Mediante oficio de 29 de marzo de 2016, el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios pone de manifiesto que, de la documentación recibida “parece concluirse que el paciente pudo haber sufrido un proceso infeccioso”, por lo que solicita a la Gerencia del Área Sanitaria IV un informe del Servicio de Medicina Preventiva, “tanto sobre el caso concreto como sobre la situación del centro en general, respecto a que exista constancia de que haya habido una mayor incidencia de casos de infección nosocomial en el periodo de tiempo en el que se produjo el ingreso y si se han realizado los controles preventivos habituales”.

El 9 de mayo de 2016 se recibe el informe elaborado por la Jefa de Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del Hospital ....., en el que expone que “el hospital ha realizado los controles preventivos establecidos para asegurar la bioseguridad ambiental en los quirófanos, y los cultivos realizados en los mimos han sido negativos, por lo que no procede atribuir a una deficiente limpieza del quirófano la presencia de *E. Coli* en la herida quirúrgica./ El informe de alta (...) de 30 de marzo de 2015 refiere hasta en 2 ocasiones que el paciente no presenta fiebre ni leucocitosis o gran afectación analítica. Y esto a pesar de los resultados microorganismos en el aspirado traqueal y en la herida (*E. Coli*, *Serratia*, *Klebsiella*, *Proteus*, *Citrobacter*), todos ellos microorganismos gram-negativos presentes en el tracto gastrointestinal del ser humano (presentes tanto en la boca como en el resto del tubo digestivo)./ En el curso clínico de enfermería existe constancia hasta en 14 ocasiones, desde el día 7 de marzo a 24 de marzo, de que el paciente está afebril, lo que no apoya que el desencadenante del fallecimiento sea de origen infeccioso./ El curso clínico de enfermería recoge de forma explícita la escasa colaboración del paciente en el manejo de secreciones, en la ingesta de agua y las dificultades para la higiene bucal, factores todos ellos que pueden contribuir a la existencia de microorganismos en las manos y en la piel del paciente (...). De igual modo se refleja la agitación e inquietud del paciente que ‘quiere quitarse cables y levantarse’ y la inestabilidad hemodinámica que se recoge en múltiples notas del curso clínico tanto médico como de enfermería./ La primera intervención quirúrgica del paciente fue el día 8 de febrero (ingresa el día 5) y el primer cultivo positivo para *E. Coli* es del 19 de febrero. No podemos afirmar

-con los datos disponibles- que la detección de este *E. Coli* proceda de la propia flora del paciente, pero dado que no ha existido un aumento de casos en el área de corazón por *E. Coli* tampoco cabe atribuirlo a una transmisión cruzada intrahospitalaria". Asimismo, afirma que "los controles de Bioseguridad ambiental de quirófanos son correctos". Y en relación a ello, comenta que "los datos de infección de cirugía cardíaca del año 2015 son menores a los de 2014 según el estudio EPINE realizado en nuestro centro, por lo que tampoco podemos atribuirlo a un aumento de las infecciones en el área quirúrgica de cirugía cardíaca o a una situación de brote epidémico en la UCI cardiológica del (Hospital .....), puesto que son esporádicos los casos de microorganismos multirresistentes en esta unidad concreta". Por otra parte, señala que el paciente tiene entre sus antecedentes varios "factores de riesgo intrínsecos" (tabaco, hipertensión arterial, colesterol elevado), los cuales "tienen un peso importante en el desarrollo y evolución de su patología". Finalmente, concluye que "desde el punto de vista de Medicina Preventiva y Salud Pública, la patología vascular periférica de carácter isquémico -en la que los factores de riesgo intrínsecos de este paciente juegan un papel determinante- repercute directamente en la evolución de su herida quirúrgica, que está colonizada por múltiples microorganismos gram-negativos, cuyo origen desconocemos./ Es plausible que esos microorganismos sean de la propia flora del paciente, o del entorno familia o derivados de la necesidad de realización de maniobras invasivas (sondaje urinario, intubación, etc.) que junto a la inquietud y agitación del paciente (...) pudieran producir la colonización descrita, pero no podemos afirmar que se deriven de una deficiente limpieza del quirófano (dado que los controles negativos de los cultivos realizados lo contradicen) o de una falta de cumplimiento de las medidas de asepsia en el manejo de la herida porque las anotaciones en el curso clínico médico y en el curso de enfermería reflejan los cuidados prestados a la herida en todo momento./ La patología vascular del paciente reflejada en la claudicación intermitente (previa al ingreso), enterocolitis isquémica, arterioesclerosis calcificada complicada y nefroangioesclerosis -tal como se recoge en el informe de la autopsia- son

situaciones basales previas al ingreso que pueden favorecer la sobreinfección bacteriana secundaria, sin que la asistencia sanitaria pueda modificarla”.

**7.** Con fecha 20 de mayo de 2016, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios remite una copia del expediente completo a la correduría de seguros a fin de recabar el informe pericial de la compañía aseguradora.

**8.** El 29 de julio de 2017, el representante de los interesados presenta un escrito en el Registro de la Administración del Principado de Asturias, solicitado la certificación del acto producido por silencio administrativo, dado que han transcurrido 6 meses sin que haya recaído resolución expresa.

Obra incorporado al expediente la certificación, de fecha 3 de agosto de 2016, y notificada a los interesados el 17 de agosto de 2016.

**9.** El día 20 de septiembre de 2016, la Jefa del Servicio Jurídico del Servicio de Salud del Principado de Asturias solicita al Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios una copia del expediente, al haberse interpuesto recurso contencioso-administrativo frente a la desestimación presunta de la reclamación de responsabilidad patrimonial.

**10.** Obra incorporado al expediente un dictamen médico elaborado a instancias de la compañía de seguros por un especialista en Cardiología y Medicina Interna, de fecha 13 de noviembre de 2016. Tras analizar el curso clínico del paciente, formula una serie de consideraciones en relación a la patología basal del paciente y las complicaciones post-quirúrgicas. En primer lugar, señala que “el diagnóstico y el manejo hecho en junio de 2013 fueron los correctos, así como el tratamiento farmacológicos aplicado al alta. Ante una enfermedad coronaria de tres vasos con angor de esfuerzo, y con un EKG que ha mostrado signos de isquemia aguda, está indicada la revascularización (...). Los criterios de ordenación temporal de las intervención quirúrgicas en patología cardiovascular de la Sociedad Española de Cardiología y la Sociedad Española de Cirugía Cardiovascular (...) consideran que una enfermedad coronaria multivazo, con

angina estable grado II de la CCS sin afección del tronco coronario, es un código 4 (cirugía en menos de 3 meses después del alta); si la angina es grado III (con mínimos esfuerzos) es un código 3 con cirugía en menos de 6 semanas después del alta (...). Estos plazos no se cumplieron tras el primer ingreso, no sabemos el porqué, se achaca a un problema de citas, tampoco después de la coronariografía hecha en octubre de 2014". En cuanto a si el retraso provocó el SCACEST que sufrió, según el especialista "no se puede asegurar que un paciente revascularizado (...) no vuelva a sufrir otro cuadro coronario agudo, incluyendo un infarto del miocardio, pero las probabilidades de que ocurra dicho evento son mucho menores en un caso como éste, en el que la cirugía aventaja al tratamiento farmacológico".

Respecto a las complicaciones post quirúrgicas, explica que "la infección de la esternotomía, con dehiscencia del esternón y su complicación con una mediastinitis es una de las que pueden ocurrir como consecuencia de una cirugía cardíaca (...). Es, junto con la endocarditis aguda, una de las complicaciones infecciosas con mayor mortalidad y morbilidad de la cirugía cardíaca (...). No se puede atribuir dicha infección al hecho de que no le operaran antes, esta complicación puede ocurrir en cualquier cirugía cardíaca con esternotomía".

En cuanto a la causa de fallecimiento del paciente, indica que "tanto en el informe final de la UCI como en el de la autopsia aparecen una larga lista de diagnósticos. De la lectura del informe de ingreso y evolución en la UCI se deduce que la principal complicación era un proceso infeccioso grave, con sepsis y finalmente fallo multiorgánico, que fue la causa inmediata de su fallecimiento". Y añade que "el manejo de cualquier complicación médica y sobre todo cualquier procedimiento quirúrgico tiene una mayor mortalidad si el paciente ha sufrido un infarto del miocardio o una angina inestable muy reciente".

**11.** Mediante oficio notificado al representante de los interesados el 13 de febrero de 2017, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios les comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

**12.** Con fecha 16 de marzo de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas pone en conocimiento de la correduría de seguros que ha transcurrido el plazo establecido para presentar alegaciones sin que se hayan formulado.

**13.** El día 28 de marzo de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. Señala que “no se produjo progresión de la enfermedad durante el periodo entre el diagnóstico y la cirugía”, asumiendo el criterio contenido en el informe emitido por el Director del Área de Gestión Clínica del Corazón del Hospital ..... y reproduciendo las conclusiones formuladas por el Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública.

**14.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 17 de abril de 2017, 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, adjuntando a tal fin copia autenticada del mismo en soporte digital.

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

**PRIMERA.-** El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo según 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, de conformidad con lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

En el despacho de la presente consulta tomamos en consideración la entrada en vigor el día 2 de octubre de 2016 de las Leyes 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, y 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público. La disposición transitoria tercera de la Ley 39/2015, sobre régimen transitorio de los procedimientos -que carece de equivalente en la Ley 40/2015, salvo para los procedimientos de elaboración de normas en la Administración General del Estado-, determina que "A los procedimientos iniciados antes de la entrada en vigor de la Ley no les será de aplicación la misma, rigiéndose por la normativa anterior".

A estos efectos, en el supuesto analizado el procedimiento se inició mediante reclamación presentada el 22 de enero de 2016, lo que nos remite a la redacción entonces vigente de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), y al 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.

**SEGUNDA.-** Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la 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, 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 22 de enero de 2016, habiendo tenido lugar los hechos por los que se reclama -el fallecimiento del paciente- el día 28 de marzo del 2015, 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 Responsabilidad Patrimonial. 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.

Asimismo, apreciamos 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 el procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por una reclamación de daños que los interesados atribuyen a irregularidades en las citaciones médicas, lo que retrasó la intervención a la que su familiar debía someterse.

Consta en el expediente que el paciente falleció en un centro sanitario el día 28 de marzo de 2015, tras permanecer ingresado casi dos meses, por lo que debemos presumir en aquellos un daño moral susceptible de reclamación.

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*.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por la 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.

Este criterio opera no solo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que el paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho no a un resultado, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento. El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que un hipotético defectuoso diagnóstico ni el error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes. Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña *per se* una vulneración de la *lex artis*.

También ha subrayado este Consejo 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.

En primer lugar, los interesados aluden a la existencia de irregularidades en las citaciones, dado que tras ser diagnosticado el paciente de "una lesión severa de tres vasos", fue dado de alta el 2 de julio de 2013, a la espera de que el servicio sanitario se pusiera "en contacto con nosotros en un plazo de quince días para proponer cirugía", según les habían dicho. Sin embargo, afirma la esposa en el Acta de Manifestaciones otorgada ante notario, "durante este tiempo hasta agosto de 2014 no tuvimos noticias por parte del hospital ni seguimiento médico". Al respecto, aportan un informe médico del Servicio de Cardiología del Hospital ....., de fecha 2 de julio de 2013, donde figura manuscrito que "se pondrán en contacto con usted para proponer tratamiento (probablemente cirugía)". Asimismo, en el informe de este Servicio, de 14 de octubre de 2014, se pone de manifiesto que "en sesión médico quirúrgica se

aceptó para cirugía, pero no acudió a la consulta con el cirujano por un problema de citas”. Según los interesados, el paciente fue incluido en la lista de espera quirúrgica el 27 de noviembre de 2014, aunque la primera intervención -revascularización coronaria- se realiza el 8 de febrero de 2015, tras acudir por Urgencias al Hospital ..... tres días antes con un síndrome coronario agudo. También adjuntan a su escrito de reclamación inicial un informe pericial elaborado por un especialista en Medicina Legal y Forense, según el cual “a pesar de que la patología cardíaca fue diagnosticada en el mes de julio de 2013, por causas ajenas al paciente que incluyen irregularidades en las citaciones, no llegó a practicarse la estrategia terapéutica programada, desembocando el proceso en la instauración de un cuadro isquémico agudo que, tras diversas complicaciones, fue el determinante del fallecimiento”.

De lo expuesto hasta el momento se desprende que el paciente, aun habiendo sido diagnosticado de una enfermedad cardíaca en el año 2013, fue intervenido casi dos años más tarde; permaneciendo sin seguimiento de su patología desde el alta en el Servicio de Cardiología, en julio de 2013, hasta octubre de 2014, sin que el referido Servicio haya ofrecido ningún tipo de explicación que justifique la demora en la intervención quirúrgica.

Sin embargo, a la vista de los datos obrantes en el expediente, no podemos constatar que se haya producido una pérdida de oportunidad terapéutica como consecuencia de problemas con las citas, dado que, como asevera el Director del Área de Gestión Clínica del Corazón del Hospital ....., “como la coronariografía se repitió el día 1 de octubre del 2014, podemos afirmar que no se produjo progresión de la enfermedad durante el periodo entre el diagnóstico y la cirugía. Es más, en un eco realizado en febrero del 2015 se observa una función del ventrículo izquierdo en el límite de la normalidad, sin áreas de aquinesia sugestivas de necrosis”. Igualmente añade el facultativo que “es insostenible, según los datos que constan en la historia, mantener que la causa fundamental de la muerte fue la existencia de la patología cardíaca que le fue diagnosticada en julio del 2013”, tal como alega el perito de la parte, ya que “los electrocardiogramas y los enzimas miocárdicos no demostraron, en ningún momento, la existencia de daño miocárdico isquémico agudo y que la

cirugía de revascularización se desarrolló sin incidencias así como la evolución inmediata posterior”. También considera “insostenible” la afirmación del doctor que suscribe el informe aportado por los reclamantes, según el cual “por causas ajenas al paciente que incluyen irregularidades en las citaciones, no llegó a practicarse la estrategia terapéutica programada, desembocando el proceso en la instauración de un cuadro isquémico agudo que, tras diversas complicaciones, fue el determinante del fallecimiento”. Ante tales afirmaciones, el facultativo que suscribe el informe que aportan los interesados mantiene una opinión contraria, aunque admite que no puede precisar “qué es lo que hubiera podido ocurrir en caso de que las circunstancias hubieran sido otras”.

En segundo lugar, señalan en su escrito de reclamación que “durante la intervención quirúrgica se vio infectado por la bacteria *E. Coli*, que fue contraída en la intervención del (Hospital .....). De ello se deduce en el informe de 23 de abril de 2015 (...), al atender a los resultados del cultivo. Esta parte entiende que la bacteria citada se contrajo durante la operación, por mala limpieza del quirófano, pero lo cierto es que dicha bacteria no debería estar ahí en el momento de la intervención, y por ese motivo se dañó el esternón y agravó, aún más, la situación previa, llegando al fallecimiento del paciente”.

Durante la instrucción del procedimiento, y ante la sospecha de que el paciente pudiera haber sufrido un proceso infeccioso, se solicitó informe al Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del Hospital ....., cuya jefa aseveró que “el hospital ha realizado los controles preventivos establecidos para asegurar la bioseguridad ambiental en los quirófanos, y los cultivos realizados en los mimos han sido negativos, por lo que no procede atribuir a una deficiente limpieza del quirófano la presencia de *E. Coli* en la herida quirúrgica”. Y en relación a ello, comenta que “los datos de infección de cirugía cardíaca del año 2015 son menores a los de 2014 según el estudio EPINE realizado en nuestro centro, por lo que tampoco podemos atribuirlo a un aumento de las infecciones en el área quirúrgica de cirugía cardíaca o a una situación de brote epidémico en la UCI cardiológica del (Hospital .....), puesto que son esporádicos los casos de microorganismos multirresistentes en esta unidad concreta”. Señala que “la primera intervención quirúrgica del paciente fue el día 8 de febrero (ingresa el

día 5) y el primer cultivo positivo para *E. Coli* es del 19 de febrero. No podemos afirmar -con los datos disponibles- que la detección de este *E. Coli* proceda de la propia flora del paciente, pero dado que no ha existido un aumento de casos en el área de corazón por *E. Coli* tampoco cabe atribuirlo a una transmisión cruzada intrahospitalaria". Por otra parte, no podemos obviar, como indica el referido Servicio, que el paciente tiene entre sus antecedentes varios "factores de riesgo intrínsecos" (tabaco, hipertensión arterial, colesterol elevado), los cuales "tienen un peso importante en el desarrollo y evolución de su patología", por lo que "la patología vascular periférica de carácter isquémico -en la que los factores de riesgo intrínsecos de este paciente juegan un papel determinante- repercute directamente en la evolución de su herida quirúrgica, que está colonizada por múltiples microorganismos gram-negativos, cuyo origen desconocemos./ Es plausible que esos microorganismos sean de la propia flora del paciente, o del entorno familiar o derivados de la necesidad de realización de maniobras invasivas (sondaje urinario, intubación, etc.) que junto a la inquietud y agitación del paciente (...) pudieran producir la colonización descrita, pero no podemos afirmar que se deriven de una deficiente limpieza del quirófano (dado que los controles negativos de los cultivos realizados lo contradicen) o de una falta de cumplimiento de las medidas de asepsia en el manejo de la herida porque las anotaciones en el curso clínico médico y en el curso de enfermería reflejan los cuidados prestados a la herida en todo momento./ La patología vascular del paciente reflejada en la claudicación intermitente (previa al ingreso), enterocolitis isquémica, arterioesclerosis calcificada complicada y nefroangioesclerosis -tal como se recoge en el informe de la autopsia- son situaciones basales previas al ingreso que pueden favorecer la sobreinfección bacteriana secundaria, sin que la asistencia sanitaria pueda modificarla".

Por otro lado, también debemos tener en cuenta que la infección de la esternotomía es, como explica el especialista que suscribe el informe pericial de la aseguradora, "una de las que pueden ocurrir como consecuencia de una cirugía cardíaca", con una elevada mortalidad y morbilidad; aunque "no se puede atribuir dicha infección al hecho de que no le operaran antes", puesto que "esta complicación puede ocurrir en cualquier cirugía cardíaca con esternotomía". A

ello debemos añadir que el paciente firmó en noviembre de 2014 el consentimiento para la realización de una "revascularización miocárdica", donde se contemplaba de manera expresa la posibilidad de que tras la operación sobreviniese "una infección de la herida operatoria que a veces son profundas y por ello muy graves. Requieren un tratamiento prolongado y una reoperación de cierre de la pared torácica".

En cuanto a las causas del fallecimiento, sostiene el perito de la parte interesada que "del análisis del curso clínico conjuntamente con el informe anatomopatológico se deduce que la causa fundamental de la muerte (...) fue la existencia de la patología cardiaca que le fue diagnosticada en el mes de julio de 2013, que desembocó en la presentación de una patología isquémica aguda./ Como causas intermedias surgieron complicaciones infecciosas (...) y complicaciones óseas". En contraposición a ello, el Director del Área de Gestión Clínica del Corazón del Hospital ..... afirma que "la cirugía de revascularización coronaria se realizó sin incidencias, como consta en el informe del primer ingreso en la Unidad Coronaria, siendo el paciente extubado en las horas siguientes a la cirugía./ Posteriormente, el paciente presentó una infección en la herida quirúrgica y una mediastinitis de muy mala evolución que, finalmente, desencadenó el éxitus del paciente".

El especialista que elabora el dictamen médico a instancias de la aseguradora parece alcanzar unas conclusiones similares, al expresar que "tanto en el informe final de la UCI como en el de la autopsia aparecen una larga lista de diagnósticos. De la lectura del informe de ingreso y evolución en la UCI se deduce que la principal complicación era un proceso infeccioso grave, con sepsis y finalmente fallo multiorgánico, que fue la causa inmediata de su fallecimiento". Y añade que "el manejo de cualquier complicación médica y sobre todo cualquier procedimiento quirúrgico tiene una mayor mortalidad si el paciente ha sufrido un infarto del miocardio o una angina inestable muy reciente". Al respecto, debemos tener en cuenta que estas consideraciones no son cuestionadas en ningún momento por los reclamantes, quienes no comparecen ni formulan alegaciones durante el trámite de audiencia.



En definitiva, este Consejo considera que a la luz de los informe médicos incorporados al expediente, el fallecimiento se produjo como consecuencia de un proceso infeccioso grave de la herida operatoria, que a su vez constituye la materialización de una de las complicaciones propias de la revascularización miocárdica, intervención que el paciente consintió expresamente, tras ser informado de los riesgos que entrañaba. Los factores de riesgo intrínsecos del paciente, así como la patología cardíaca que presentaba, determinaron su tórpida evolución, sin que podamos apreciar la existencia de nexo de causalidad entre el daño alegado y la actuación del servicio público sanitario.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que una vez atendida la observación esencial contenida en el cuerpo de este dictamen, 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.