

Expediente Núm. 254/2017  
Dictamen Núm. 282/2017

**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 16 de noviembre 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 4 de septiembre de 2017 -registrada de entrada el día 12 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 esposa y madre, respectivamente, por la infección surgida tras una cirugía cardíaca.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** El día 18 de mayo de 2016, los interesados presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial -dirigida a la Consejería de Sanidad- por los daños derivados del fallecimiento de su esposa y madre, respectivamente, que atribuyen a la deficiente asistencia prestada en el posoperatorio de una cirugía coronaria.

Refieren que la paciente fue intervenida el día 8 de mayo de 2015 “para la sustitución de una válvula mitral con implantación de prótesis biológica./ Tras la intervención (...) permaneció en la UCI del (Hospital .....) hasta que fue enviada a la planta de Cardiología de dicho hospital el día 12 de mayo de 2015./ Al poco tiempo de llegar a la planta la paciente comienza a encontrarse mal (...). A pesar de que la familia venía comunicando de continuo a las enfermeras y a los médicos que (...) se encontraba muy postrada y abatida y (...) que estaba sudorosa y con síntomas de fiebre, nada se hizo, dejando pasar varios días (...). No se le practicó analítica de sangre durante todos esos días, no se detectó que estaba aquejada de una grave infección, y por ello tampoco se le pautaron tratamientos antibióticos (...). La paciente seguía pálida y sudorosa durante los tres días siguientes (13, 14 y 15 de mayo), tenía febrícula y su aspecto físico no hacía sino empeorar. El día 16 de mayo ya desde primera hora de la mañana presentaba fiebre muy alta, estaba completamente obnubilada y con dificultad para hablar y responder preguntas por la fiebre./ A pesar de las continuas peticiones de los familiares de que fuese vista por un médico que valorase el empeoramiento generalizado (...), no fue hasta ese mismo día, 16 de mayo de 2015, a la una del mediodía, en que fue vista por el médico de guardia (era sábado) que ordena analítica urgente (...). En esa analítica pedida de urgencia bien avanzado el día 16 de mayo (...) se detectó la presencia de una infección por cocos Gram+, se le pautan antibióticos y ante el evidente deterioro físico (...), con fiebre alta, se decide volver a enviarla de forma urgente a la UCI”.

Señalan que, “ante el empeoramiento paulatino de su estado, el 20 de mayo se le sometió a intervención (mediastinitis) en la que se refleja en el cca intraoperatorio que la cavidad pericárdica está llena de pus en gran cantidad que sumergía corazón y grandes vasos”. Consideran que “ello demuestra sin lugar a dudas que la infección era gravísima, de tan amplias consecuencias que llenaba por completo la cavidad pectoral de la paciente, prueba inequívoca de que esa infección venía de atrás y que ni había sido detectada ni convenientemente tratada (...). A pesar (...) de la intervención (...) la infección

(...) estaba tan extendida en la cavidad pectoral que no pudo ser atajada, de tal modo que la paciente falleció por shock séptico el día 27 de mayo de 2015”.

Afirman que su familiar “estuvo varios días sin recibir la atención médico-sanitaria necesaria para haber detectado y atajado convenientemente la grave infección que presentaba./ No se le prestó una atención conforme a la *lex artis*, no se utilizaron convenientemente y en el momento que era necesario todas las soluciones y tratamientos médicos disponibles”.

Ponen de manifiesto, por otra parte, que “en ningún momento se informó a la paciente de que la intervención podría conllevar tal desenlace, y además ningún consentimiento informado puede llevar parejo que un usuario de la sanidad pública deba consentir un desenlace de muerte por una infección nosocomial, y sobre todo que esta no sea detectada ni tratada convenientemente”.

Indican que “el resultado de muerte (...) es un daño absolutamente desproporcionado e injustificable” y que “habría bastado un simple hemocultivo para detectar la infección, a pesar de los síntomas inequívocos que presentaba la paciente, reiteradamente denunciados por los familiares”.

Sostienen que la “dilación en el diagnóstico y en la respuesta a la infección” son “inexcusables y tienen su origen en una defectuosa y negligente asistencia por parte de esa Administración”, como demuestran, a su juicio, “las hojas de seguimiento de enfermería y el curso clínico, tanto de la planta como de la UCI”, pues “es un hecho evidente que (la paciente) ingresó en el (Hospital .....) para someterse a una intervención quirúrgica cardiológica y que la infección que contrajo debe ser considerada por tanto nosocomial. Esa infección tuvo su origen en la estancia de la paciente en el (Hospital .....), y es evidente que si la contrajo fue a consecuencia de la deficiente o inadecuada preparación previa o protección durante la operación”.

Consideran “muy sorprendente que no haya anotaciones de enfermería ni temperaturas o mediciones de todo el día 13 de mayo de 2015”, y entienden que “si no se hubiese tardado varios días en practicar un hemocultivo y en pautar antibióticos posiblemente hubiese sido posible atajar la mortal

infección”, concluyendo que la asistencia sanitaria fue deficiente “no solo en cuanto a la propia existencia de la infección nosocomial, sino también en cuanto a la tardía y fallida respuesta médica que se dio a la misma”.

Por los daños sufridos reclaman una indemnización de ochenta y seis mil doscientos setenta y seis euros con cuarenta céntimos (86.276,40 €) para el viudo y de diez mil quinientos cuarenta y cuatro euros con ochenta y ocho céntimos (10.544,88 €) para cada una de las hijas -9.586,26 €, más un 10% de factor de corrección-.

Solicitan que se incorpore al expediente una copia íntegra de la historia clínica de la paciente “desde su ingreso en el (Hospital .....) para la intervención de que fue objeto el día 8 de mayo de 2015 hasta su alta por exitus el 27 de mayo de 2015, incluyendo la totalidad del curso clínico y anotaciones de enfermería, todas las gráficas de temperaturas de la planta de Cardiología y de la UCI, así como todas las pruebas y el resultado de las mismas y el informe de autopsia”.

Adjuntan una copia del Libro de Familia y certificación literal de defunción.

**2.** Mediante oficio de 31 de mayo de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas notifica a los interesados la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

**3.** El día 2 de junio de 2016, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto comunica a la Gerencia del Área Sanitaria IV la presentación de la reclamación, y solicita una copia de la historia clínica de la paciente junto con el informe de los servicios intervinientes (Cirugía Cardíaca, UCI y Cardiología) en relación con el proceso de referencia.

4. Mediante oficios de 8 y 22 de junio y 18 de julio de 2016, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV envía al Inspector de Servicios y Centros Sanitarios una copia de la historia clínica de la paciente y los informes que suscriben el Jefe del Servicio de Cirugía Cardíaca del Hospital ....., el Director del Área de Gestión Clínica del Corazón y el Jefe de Sección de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos con fechas 16, 20 de junio y 15 de julio de 2016, respectivamente.

En el informe del Servicio de Cirugía Cardíaca consta que “el posoperatorio inicial cursó sin incidencias y fue trasladada a planta el día 12-05-15. Durante su estancia en planta es valorada diariamente por sus médicos responsables (adjunto curso evolutivo) con monitorización de las constantes de forma habitual y siguiendo el protocolo de seguimiento posoperatorio habitual. La evolución inicial era satisfactoria y la paciente comienza a caminar. El día 15-05-2015 comienza con un cuadro de fiebre y afectación del estado general, motivo por el que se realiza analítica de orina para descartar infección urinaria. Al día siguiente presenta fiebre mantenida (38 °C) y se avisa al médico de guardia que pauta una analítica completa, se realiza un ecocardiograma y se indican todas las medidas de un enfermo grave incluyendo la oxigenoterapia. A pesar de ello la paciente no mejora y es trasladada a la UCI ese mismo día por la tarde. Allí se completa el estudio con hemocultivos ese mismo día, donde se aísla posteriormente un germen *Staphylococcus aureus.*/ Posteriormente se realiza un TAC torácico que muestra un absceso mediastínico, por lo que es intervenida con carácter urgente el día 20-05-2015 practicándose una limpieza de la infección y la colocación de un dispositivo de presión negativa. La evolución posterior es hacia una sepsis con fracaso multiorgánico y la paciente fallece finalmente el día 27-05-2015./ Respecto a los hechos que el escrito esgrime, he de realizar las siguientes aclaraciones:/ La paciente recibió asistencia médico-sanitaria diaria, siguiendo los protocolos establecidos para el posoperatorio de cirugía cardíaca. En todo momento se actuó con diligencia y en tiempo adecuado./ Respecto a la toma de hemocultivos, no produjo ningún retraso en el diagnóstico, ya que la

mediastinitis es un proceso que se diagnostica con cultivos de la herida cuando esta está infectada y no con hemocultivos./ Sí existieron mediciones de temperatura, como se comprueba en los informes de enfermería y médicos durante todo su ingreso./ No hubo retardo en la atención, la paciente fue valorada por sus médicos responsables todos los días”.

El Director del Área de Gestión Clínica del Corazón expresa que “durante su ingreso dicha paciente en ningún momento estuvo a cargo del Servicio de Cardiología, por lo que no es posible emitir el informe”.

El Jefe de Sección de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos señala que, “a pesar de la cobertura antibiótica y el drenaje quirúrgico, la paciente presentó una mala evolución, con progresión del deterioro hacia fallo multiorgánico. Un porcentaje significativo de los cuadros sépticos siguen esta evolución a pesar de la cobertura adecuada del germen. Durante su estancia en UCI se aplicó soporte ventilatorio, incluyendo administración de óxido nítrico por fallo respiratorio refractario al tratamiento convencional, soporte hemodinámico con múltiples fármacos, sustitución renal y fallo hepático. La mortalidad asociada al fallo multiorgánico establecido, y que no responde al tratamiento antibiótico es muy elevada, superior al 70 %. A pesar de las medidas tomadas, la paciente fallece el día 27 de mayo de 2016./ En definitiva, se trata de una paciente que ingresa en UCI con un cuadro séptico en el contexto de una infección posoperatoria. El origen del cuadro parece ser una mediastinitis. La enferma evoluciona a un fallo multiorgánico refractario a todas las medidas de soporte instauradas, además del tratamiento antibiótico, y fallece tras 11 días en UCI”.

**5.** Mediante oficio de 29 de julio de 2016, el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios requiere a la Gerencia del Área Sanitaria IV la remisión del informe de autopsia realizada a la fallecida, “ya que los reclamantes lo solicitan como prueba”.

Dicho informe se envía al referido Servicio el día 5 del mes siguiente.

6. Con fecha 22 de noviembre de 2016, y a instancia de la entidad aseguradora, emite informe un especialista en Medicina Interna y Enfermedades Infecciosas. En él refiere que “las complicaciones de la esternotomía (apertura del esternón por su línea media) después de la cirugía cardíaca pueden ir desde una dehiscencia estéril (...) hasta una mediastinitis supurativa (...), que es la complicación más grave (...). Un diagnóstico precoz con tratamiento agresivo son factores determinantes en la mejora de la supervivencia (...). El diagnóstico de mediastinitis no es siempre fácil de realizar. Los síntomas se presentan habitualmente dentro de las dos primeras semanas posoperatorias y pueden variar desde febrícula y molestias inespecíficas a fiebre elevada, como si correspondiera a una sepsis sin foco./ El diagnóstico de mediastinitis debe sospecharse especialmente cuando hay alteraciones en la herida quirúrgica con eritema, celulitis o secreción purulenta, sobre todo si se acompaña de inestabilidad esternal en la exploración física, así como en un paciente con mejoría posoperatoria más lenta de lo esperado (...). La leucocitosis y una elevación de la velocidad de sedimentación son habituales, aunque estos hallazgos pueden encontrarse en pacientes posoperados no infectados incluso varios días después de la cirugía. Igualmente la radiografía de tórax es de dudosa utilidad para el diagnóstico (...) de mediastinitis, con una sensibilidad de cerca del 93 % y una especificidad del 82 % en los casos en que la infección se presenta transcurridas más de 2 semanas después de la cirugía, ya que muchas alteraciones resultan difíciles de distinguir de los cambios posquirúrgicos normales (aumento de partes blandas, derrame pleural, colecciones líquidas subcutáneas) que ocurren después de la cirugía. La punción aspirativa del mediastino puede ser útil, especialmente en casos precoces, y nunca debe olvidarse la extracción de hemocultivos, que pueden resultar positivos hasta en un 50 % de los casos. El diagnóstico definitivo de la mediastinitis asociada a la esternotomía media se realiza por el hallazgo de contenido purulento en el mediastino durante el tratamiento quirúrgico de esta entidad”.

Señala que “se considera como responsable de la infección posesternotomía la inoculación de la flora endógena del paciente o del campo quirúrgico y, en menos ocasiones, la diseminación hematógena. La incidencia de los distintos microorganismos suele ser específica de cada hospital, así como su patrón de sensibilidad. Quiere esto decir que en la mayoría de las ocasiones las infecciones quirúrgicas provienen de los gérmenes que el paciente tiene en su organismo y que se inoculan por el acto quirúrgico./ Las bacterias Gram positivas son los microorganismos predominantes en las infecciones relacionadas con la esternotomía, en especial especies de estafilococos, como el *Staphylococcus aureus*. En la mayoría de centros más del 50 % de las mismas están causadas por estas especies (...). Los objetivos de la terapia son controlar y eliminar la infección y conseguir la cicatrización de la herida esternal. El esfuerzo inicial debe ir dirigido al control del proceso séptico mediante un adecuado y completo drenaje de la herida infectada, con retirada de todos los cuerpos extraños, e iniciar la antibioterapia parenteral (...). El tratamiento antibiótico inicial debe tener en cuenta los microorganismos más habituales de cada institución, así como sus patrones de resistencia antimicrobiana (...). La profilaxis antimicrobiana en Cirugía Cardiorácica se asocia con una disminución de 5 veces del riesgo de infección de la herida quirúrgica en comparación con pacientes que no la reciben, por lo que su utilización está justificada a pesar de la inexistencia de estudios amplios aleatorizados de profilaxis (...). Se considera fundamental para la mejora en la supervivencia un diagnóstico y tratamiento precoz”.

Explica que el *Staphylococcus aureus* “es el principal patógeno humano perteneciente al género *Staphylococcus*. Es una bacteria de distribución universal capaz de colonizar e infectar tanto al individuo sano como al inmunodeprimido. Suele encontrarse en cualquier superficie cutánea y en mucosas. Sus infecciones se adquieren indistintamente en la comunidad y en el hospital”. Dicho microorganismo está “especialmente capacitado para producir infecciones supuradas locales y a distancia. Por contacto directo o a través del aire puede transmitirse de individuo a individuo. Particularmente importante es

su predisposición a colonizar las fosas nasales, desde donde puede distribuirse por la piel y causar infecciones. En la población normal se estima que entre un 20 % - 40 % de individuos son portadores nasales de *Staphylococcus aureus* (...). Cuando se producen traumatismos que alteran las superficies epiteliales el germen puede alcanzar planos profundos y dar lugar a abscesos locales (...). Si los mecanismos defensivos locales no son eficaces, (el) *Staphylococcus aureus* alcanza los vasos linfáticos regionales y a partir de ellos el torrente sanguíneo (...). Esto puede dar lugar a la aparición de múltiples abscesos metastáticos de origen bacteriémico en cualquier parte del organismo (...). Aunque (el) *Staphylococcus aureus* es una bacteria dotada de unos mecanismos patógenos muy importantes, existen una serie de factores del hospedador que favorecen la aparición y desarrollo de la infección estafilocócica. Particularmente favorecedores de infección por *Staphylococcus aureus* son los defectos en la quimiotaxis de polimorfonucleares, en la opsonización, la presencia de cuerpos extraños como catéteres y/o prótesis y ciertas enfermedades de base como la diabetes mellitus y la artritis reumatoide, entre otras”.

Respecto al pronóstico de la enfermedad, expone que “la sepsis, el shock séptico y las secuelas adversas de la respuesta sistémica inflamatoria a la infección constituyen una de las causas más frecuentes de mortalidad en las unidades de cuidados intensivos no coronarias. En los últimos años se ha evidenciado un incremento, tanto en la incidencia de la sepsis como en la mortalidad relacionada con ella, a pesar de los grandes avances en el conocimiento de su fisiopatología, en la tecnología de soporte vital del paciente crítico y en el uso de antibióticos de amplio espectro. La mortalidad relacionada con el shock séptico a los 28 días del diagnóstico se sitúa en torno al 49,2 %./ En base a los resultados de la experimentación preclínica y animal, se acepta que es necesaria una intervención terapéutica precoz para mejorar la supervivencia en la sepsis severa y el shock séptico. Pero para hacer esto posible es mandatorio poder realizar un diagnóstico clínico rápido y a pie de cama de estos cuadros. Los antibióticos combinados con la intervención quirúrgica cuando esté indicada como tratamiento de la infección y el soporte

vital son el pilar principal del tratamiento para pacientes con sepsis./ El pronóstico depende de la puerta de entrada de la infección, la etiología (algunas bacterias son especialmente agresivas como *S. aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* o *Acinetobacter baumannii*) y la puntuación en la escala APACHE-II (si la puntuación obtenida en esta escala es >34 puntos la mortalidad puede llegar al 85 %). Y entre los factores que empeoran el pronóstico están: las edades extremas, la neutropenia, las enfermedades crónicas como cirrosis, diabetes mellitus y neoplasias”.

Señala que en el caso de que se trata “se presentó una complicación rara aunque muy grave de la esternotomía (una mediastinitis) que fue diagnosticada de manera adecuada y tratada de (...) forma también adecuada, con antibióticos intravenosos inespecíficos, así como con tratamiento quirúrgico y aplicación de VAC. En los primeros días de su ingreso en la UCI y tras la cirugía se comenta que estaba evolucionando bien, y posteriormente sospechan que podría haberse infectado en otra localización, por lo que añadieron piperacilina-tazobactam, y de hecho en la autopsia se encontró neumonía aguda exudativa bilateral que podría haber contribuido al fallecimiento. La evolución fue mala porque la paciente estaba en una situación muy grave y esta enfermedad tiene una mortalidad elevada a pesar de llevar a cabo todas las medidas disponibles”.

Finalmente, concluye que “la mediastinitis sufrida es una complicación descrita de la esternotomía y es imposible con los medios actuales evitar al 100 % las infecciones ocurridas durante el ingreso hospitalario, más aún teniendo en cuenta que la paciente tenía varios factores de riesgo para sufrir esta complicación (...). En algunas ocasiones es inevitable la aparición de infecciones intrahospitalarias, a pesar de que se pongan en marcha todas las medidas conocidas de asepsia e higiene y se cumplan de manera estricta. Una de las medidas que disminuye la incidencia de mediastinitis es la profilaxis antibiótica pre y posquirúrgica, que se llevó a cabo en este caso; no se puede afirmar que hubo deficiente preparación durante la operación (...). El germen que apareció en los hemocultivos, el *Staphylococcus aureus*, es un germen del que son

portadores el 20 - 40 % de la población general, y se considera que las infecciones aparecen por inoculación de la propia flora microbiana del paciente, no porque se haya contaminado desde el exterior, ni porque sea un germen intrahospitalario. La paciente misma podría ser portadora de este estafilococo y haberse contaminado de su propia flora endógena (...). Se reclama que no recibió la atención médica necesaria durante los días 13 al 15 de mayo, cosa que no es cierta, ya que fue vista todos los días por médicos y enfermeras, a tenor de los comentarios de la historia clínica. Los días 12 y 13 de mayo estuvo afebril, se curó la herida que estaba limpia y se hicieron análisis que mostraron una cifra de leucocitos similar a la de los días previos. Estaba con constantes estables y paseaba por la planta. No se pautaron antibióticos porque no tenía datos de infección (...). Fue el día 14 de mayo cuando comenzó con fiebre por la tarde y al día siguiente se sacaron hemocultivos y al día siguiente informaron de la positividad, iniciándose de manera inmediata tratamiento antibiótico correcto y fue trasladada a Cuidados Intensivos (...). No había sospecha de mediastinitis porque la herida estaba limpia y en estos casos es el primer signo que debe hacer sospechar esa enfermedad, cuyo diagnóstico en ocasiones es muy difícil. Debido a que la paciente no terminaba de mejorar se decidió hacer el TAC que fue diagnóstico. Y a las pocas horas del diagnóstico se decidió cirugía de limpieza, que es una parte importante del tratamiento junto con los antibióticos (...). Por lo tanto, se inició el tratamiento antibiótico en cuanto se obtuvo el resultado de los cultivos, y se operó en cuanto se tuvo el diagnóstico de mediastinitis. La evolución fue desfavorable porque el pronóstico del shock séptico es muy malo aunque se pongan en marcha todas las medidas adecuadas (...). No hubo falta de atención médica ni retraso en el diagnóstico”.

Fuente: Consejo Consultivo del Principado de Asturias  
<http://www.ccasturias.es>

**7.** Mediante escrito notificado a los reclamantes el 13 de febrero 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas les comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y les adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente.

Consta en él que el 16 del mismo mes comparece uno de los interesados en las oficinas administrativas y autoriza a un letrado para que actúe en su nombre en el asunto de referencia, entregándose seguidamente al representante una copia completa del expediente.

**8.** El día 24 de febrero de 2017, los perjudicados presentan un escrito de alegaciones en el registro de la Administración del Principado de Asturias en el que se ratifican en las pretensiones sostenidas en su reclamación inicial. Manifiestan que "el que una paciente se vea infectada a consecuencia de una intervención quirúrgica en un centro hospitalario, y que esa infección degenera en una sepsis generalizada que acabe con su vida, ya debe ser considerada como un anormal funcionamiento de los servicios médicos de esa Consejería. Es evidente que el riesgo de infección siempre existe en una intervención quirúrgica, pero es igualmente evidente que ello supone una vulneración de la exigencia de perfecta limpieza y profilaxis que debe existir en las instalaciones sanitarias; máxime en una instalación tan moderna como el (Hospital .....). Es público y notorio en la sociedad asturiana que en los últimos tiempos, y especialmente en el (Hospital .....), están aumentando de modo muy alarmante las infecciones a consecuencia de intervenciones quirúrgicas, lo que denota una evidente negligencia en el control de las exigencias de limpieza y desinfección de quirófanos y resto de instalaciones./ Puede que ello tenga que ver también con los protocolos y técnicas de limpieza que se llevan a cabo en el (Hospital .....), pues esta parte ha tenido conocimiento de que la empresa que actualmente ostenta la contrata de limpieza (...) usa diferentes técnicas de limpieza a las que se utilizaban en el pasado por la anterior empresa (...). Puede que esas nuevas técnicas (...) tengan directa trascendencia en el aumento de las infecciones hospitalarias, e incluso en el aumento de los fallecimientos por dicha causa (...). Efectivamente, esta misma semana, el día 21 de febrero de los corrientes, ha aparecido en la prensa regional (...) que trabajadores de mantenimiento del (Hospital .....) han manifestado en comparencias ante la Junta General del Principado que se están produciendo

fallos y carencias en los sistemas de esterilización y de seguridad del hospital”; hechos estos que denuncia, asimismo, “la presidenta del comité de empresa” de la adjudicataria del servicio de limpieza. Indican que han tenido “conocimiento de que el Servicio de Medicina Preventiva del (Hospital .....) ha emitido informes que recogen esta situación y de que incluso las actuales técnicas de limpieza que se emplean (...) no son suficientes para acabar con todos los gérmenes y patógenos causantes de las numerosas y crecientes infecciones hospitalarias. Igualmente (...) tiene constancia de que existen informes en tal sentido, emitidos incluso por un antiguo gerente del (Hospital .....) y por universidades extranjeras”. Entienden que “ello evidencia el anormal funcionamiento de los servicios públicos (...). Acotamos a los efectos probatorios oportunos los archivos de esa Consejería de Sanidad, especialmente los del Servicio de Medicina Preventiva del (Hospital .....), así como los pliegos de prescripciones técnicas de la contrata de limpieza del (Hospital .....), tanto de la actual como de anteriores contratas, así como los archivos de las empresas (contratistas)”.

Por otra parte, y “tras examinar” la documentación incorporada al expediente, no albergan “duda alguna de que el fatal resultado (...) obedeció a que la paciente fue infectada en el centro hospitalario, a un retraso inexcusable en el diagnóstico de la infección y a una tardía respuesta y tratamiento médico a la misma”, y afirman que del examen de las anotaciones obrantes en aquel a propósito de las mediciones de temperatura los días 13, 14, 15 y 16 de mayo se colige que “el día 14 de mayo la paciente ya presentaba febrícula, que continuó por la noche y mañana del día siguiente, 15 de mayo, y por la tarde de este día 15 ya presentaba fiebre de 38 que fue aumentando”, y que “a pesar de que ya presentaba febrícula desde el día 14 no se piden hemocultivos hasta el día siguiente por la noche, día 15 a las 23:41 h”, y que “no es hasta el día 16 de mayo al mediodía, a las 12:17 h, que aparece en el curso clínico que es examinada por el médico de guardia”. Señalan que el shock séptico que se evidencia el día 16 de mayo “no se presentó sin más, no fue algo inmediato o instantáneo. La infección que lo provocó ya existía, y avanzó porque no se

detectó adecuadamente, ni se le pautó a tiempo el tratamiento adecuado para combatirla (...). Se perdieron días enteros sin prestar una adecuada respuesta médica cuando la rapidez tendría que haber sido fundamental para atajar la infección”.

Ponen de relieve la contradicción en que, a su juicio, incurren el especialista que informa a instancia de la compañía aseguradora y el Jefe del Servicio responsable al indicar el primero que “el diagnóstico precoz es fundamental y que la extracción de hemocultivos es crucial para diagnosticar la mediastinitis, pues pueden resultar hasta un 50 % positivos”, y el segundo “que los hemocultivos no habrían servido para detectarla a tiempo”, lo que consideran es indicativo de la intención de este último de “descargarse” de responsabilidad por el fallecimiento.

Solicitan la práctica de prueba documental consistente en el examen de la “oferta presentada por la empresa (adjudicataria) en la licitación para el contrato administrativo de la limpieza del (Hospital .....) (...), incluyendo las técnicas y medios materiales de limpieza propuestos en la misma”, y los “informes emitidos por el Servicio de Medicina Preventiva del (Hospital .....) relativos a problemas de limpieza y desinfección en dicho centro hospitalario”.

**9.** Mediante oficio de 28 de febrero de 2017, el Coordinador de Responsabilidad y Registro de Instrucciones Previas traslada a la correduría de seguros una copia de las alegaciones presentadas.

**10.** Con fecha 7 de marzo de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas acuerda “denegar la realización de la primera prueba documental solicitada, ya que no se justifica esta petición genérica que no guarda relación con el fondo del asunto”, y “acceder parcialmente a la realización de la segunda (...) y proceder a solicitar a la Gerencia del Área Sanitaria IV los informes que hayan sido realizados por el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital ..... durante los meses de abril de 2015 (mes previo a la intervención quirúrgica) y mayo de 2015 (mes de la

intervención quirúrgica) `relativos a problemas de limpieza y desinfección´ en el hospital”.

La solicitud se reitera el 29 de mayo de 2017.

**11.** El día 22 de mayo de 2017, la Jefa del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del Hospital ..... informa que las “pantallas y comentarios recogidos en la historia clínica (...) no concuerdan en modo alguno con el relato” de la reclamación, pues “la paciente tiene anotaciones en su historia clínica durante los días 13, 14 y 15” -días en los que se afirma que “no se prestó la asistencia debida”- e “interconsultas a los Servicios de Hematología y Rehabilitación (...). Y las anotaciones de enfermería reflejan la asistencia prestada, y no coinciden con la percepción” que se recoge en aquella; en concreto, el 15-05-2015, a las 07:24, se indica que “pasó buena noche, durmió. Palidez cutánea, tª 38,1; el 15-05-2015, a las 00:23, “mejor. Refiere encontrarse bien, ta 117/79, fc 96, tª 37,3; el 14-05-2015, a las 23:17, “sudorosa y palidez cutánea, ta 103/80, fc 94, refiere la familia encontrarla muy dormida, comenzó a tomar tratamiento psiquiátrico que le habían suspendido previo a la intervención”; el 14-05-2015, a las 07:32, “pasa buena noche./ El día 13-05-2015 no hay anotaciones en el curso de enfermería, pero sí en el curso médico y en las dos interconsultas realizadas: en una de ellas se refleja que la paciente está afebril y además en el registro de enfermería se pueden ver las anotaciones respecto a la fiebre (...). Respecto a los análisis de laboratorio (...), los días 8, 9, 10, 11, 12 y 13 se realiza análisis de sangre y los días 15 y 16 bacteriológicos; se realizan un total de 59 peticiones (cada una de ellas se integra por una serie de baterías de pruebas; se adjunta listado) (...). El día 13 se puede comprobar que se realiza analítica y se piden asimismo cultivos el día 15 -día en el que mantiene febrícula, como indica la gráfica de enfermería (...)- a Microbiología de diferentes localizaciones: orina, sangre, etc./ Es necesario considerar que la paciente tiene una clasificación de riesgo anestésico III, y que durante la intervención se constata que sus tejidos son friables, que se desgarran, lo que imposibilita utilizarlos en la técnica quirúrgica, siendo

necesario una tira de pericardio heterólogo porque sus tejidos no pueden utilizarse./ El riesgo anestésico ASA III significa paciente con enfermedad sistémica grave, pero no incapacitante. Por ejemplo: cardiopatía severa o descompensada, diabetes mellitus no compensada acompañada de alteraciones orgánicas vasculares sistémicas (micro y macroangiopatía diabética), insuficiencia respiratoria de moderada a severa, angor pectoris, infarto al miocardio antiguo, etc./ Este riesgo anestésico no contraindica de forma directa la intervención pero alerta de que la paciente presenta de base -en origen y, por tanto, independiente de la asistencia prestada- una enfermedad sistémica grave que puede complicar la propia intervención”.

Explica, por lo que se refiere a “los protocolos de limpieza durante los meses de abril y mayo de 2015”, que “los resultados de bioseguridad ambiental se monitorizan de forma rutinaria y fueron correctos. Igualmente el instrumental quirúrgico se somete a los procesos de limpieza y esterilización conforme a normativa y no hubo ninguna incidencia al respecto en la central de esterilización./ La preparación de la piel se realiza conforme al protocolo del hospital que se adjunta, y el quirófano se limpia conforme a los protocolos de limpieza de la empresa adjudicataria (...). Se adjuntan los controles correspondientes a los meses de abril y mayo de 2015./ Asimismo, se adjunta el protocolo intraoperatorio de verificación quirúrgica de la intervención de la paciente. Se pautó profilaxis antibiótica con Cefazolina 2 gr (...), como se recoge en la gráfica de anestesia y en el curso clínico”.

Subraya que “a pesar de la diligencia de la asistencia prestada, la paciente muestra hemocultivos positivos para *Staphylococcus aureus* meticilin sensible, es decir, se trata de un microorganismo que no es típicamente hospitalario, dado que el esperable derivado de una infección hospitalaria objeto de vigilancia sería *Staphylococcus aureus* meticilin resistente (...); la agresividad de este microorganismo, ya sea de origen comunitario u hospitalario, es conocida y puede originar cuadros de infección de rápida y fatal progresión./ Sin embargo, la aparición de este microorganismo y el inicio de la antibioterapia fue muy rápida; al producirse un pico febril se obtienen

hemocultivos y se avisa por parte de Microbiología de modo que se pudiera orientar de forma correcta la pauta antibiótica incluso antes de tener el resultado de confirmación -se avisa del crecimiento de `cocos Gram positivos´-, y, por tanto, antes aún de disponer del resultado se inicia el tratamiento con piperaciclina-tazobactan y vancomicina; ambos antibióticos de amplio espectro y dirigidos según la información disponible./ La patología de base de la paciente, sus tejidos friables (...), además de la susceptibilidad individual (...), que ya había tenido un ingreso por sepsis cuyo origen no se consiguió determinar, pueden contribuir a explicar la evolución (...). Por parte del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, con los datos revisados de la historia clínica, que se resumen en el presente informe, en ningún caso se puede afirmar", como señalan los reclamantes, que "se produjera una `dilación en el diagnóstico y en la respuesta a la infección´. Del mismo modo, consideramos que no se puede afirmar que la infección contraída fuera consecuencia de la `deficiente o inadecuada preparación previa o protección durante la intervención a la que fue sometida´./ La causa del fallecimiento de la paciente, a la vista del informe de autopsia, es multifactorial".

Adjunta los siguientes documentos: a) Hoja en la que se anotan las peticiones de análisis bacteriológicos, micológicos, bioquímicos, de coagulación, hematológicos, de aspirado traqueal, sondado de orina, hemocultivos, líquido pericárdico (anaerobio y sólidos), drenaje de mediastino, punta de catéter venoso central, exudado faríngeo, nasal y cutáneo de bacterias multirresistente y orina realizadas entre los días 10 y 27 de mayo de 2015. b) Historial de "esterilizaciones" del material de Cirugía Cardíaca en el periodo comprendido entre el 1 de abril y el 5 de junio de 2017 (*sic*). c) Resultados de los cultivos epidemiológicos de aire ambiental realizados los días 10, 17, 24 y 27 de abril de 2015 y los días 8, 15, 16, 22 y 27 de mayo de 2015. En todos ellos se anota "no se aíslan hongos". d) Mapas epidemiológicos de aislamientos de hospitalización y críticos de los que resulta que el día 27 de abril de 2015 había 34 pacientes aislados en hospitalización y 6 en críticos, y el día 19 del mes siguiente 32 pacientes aislados en hospitalización y 5 en críticos. e) Listado de verificación

quirúrgica del que se desprende que el quirófano está limpio, que la paciente ha prestado su consentimiento para la cirugía, que el equipo de enfermería ha revisado la esterilidad del material y que se ha administrado profilaxis antibiótica según protocolo definido por el hospital. f) Hojas de "indicaciones básicas para limpieza de quirófanos al final del día o entre intervenciones contaminadas-(Hospital .....)" y de "procedimientos operativos para la limpieza de quirófanos-(Hospital .....)", elaboradas por la adjudicataria del servicio de limpieza. g) Guía práctica de antisépticos y productos para la higiene y descolonización del paciente, elaborada por el Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del hospital en el mes de octubre de 2014 y revisada en enero de 2016.

**12.** Mediante escrito notificado a los reclamantes el 29 de junio 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas les da traslado de los "nuevos documentos incorporados al expediente" y les comunica la apertura de un nuevo trámite de audiencia por un plazo de quince días.

**13.** Con fecha 13 de julio de 2017, se recibe en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones que suscribe el viudo de la paciente en el que se ratifica "íntegramente en la totalidad de las alegaciones efectuadas en nuestro escrito de reclamación inicial", pues entiende que "se confirma que la infección debe reputarse nosocomial, y por tanto el resultado del fallecimiento de la paciente fue directa consecuencia de la tardía detección y tratamiento de dicha infección".

Añade que "de los informes del Servicio de Medicina Preventiva aportados al expediente se comprueba que se produjeron numerosos casos de infecciones en el (Hospital Universitario Central de Asturias) en los dos meses anteriores al fallecimiento".

**14.** El día 11 de agosto de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella señala que la asistencia prestada “fue acorde a la *lex artis*. La paciente presentaba varios factores de riesgo que propiciaban la aparición de infecciones (...). Fue valorada por los médicos responsables todos los días del ingreso. Aunque la infección se produjo durante su ingreso -tras la cirugía-, el germen aislado (*Staphylococcus aureus* meticilín sensible) no es un germen hospitalario, por lo que lo más probable es que la contaminación proceda de la propia flora de la paciente. El tratamiento antibiótico se inició antes de tener la confirmación microbiológica. La infección posquirúrgica que ocasionó el fatal desenlace constituyó la materialización de un riesgo típico de este tipo de procedimientos que la paciente conocía y asumió al suscribir el documento de consentimiento informado, donde se señala este tipo de riesgo”.

**15.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 4 de septiembre 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 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.

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 ya 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 de los interesados registrada en la Administración del Principado de Asturias el día 18 de mayo 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 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 -esposo e hijas de la paciente- 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 18 de mayo de 2016, habiendo tenido lugar el hecho del que trae origen (el fallecimiento de la familiar de los reclamantes) el día 27 de mayo de 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.

Sin embargo, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.3, letra b), de la referida LRJPAC.

**QUINTA.-** El artículo 106.2 de la Constitución dispone que "Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los

casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

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

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

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

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

normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

**SEXTA.-** Se somete a nuestra consideración una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños derivados del fallecimiento de una paciente que sus familiares relacionan con el funcionamiento del servicio público sanitario.

Del examen del expediente resulta acreditada la defunción, que sucede en el posoperatorio de una cirugía coronaria de recambio de la válvula mitral. Dada la constancia del óbito, debemos presumir que su producción ha ocasionado en sus familiares un daño moral cierto.

Ahora bien, la existencia de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica 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 aquel se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio público y que es antijurídico.

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*.

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.

Los interesados atribuyen el fallecimiento de la paciente, debido al fracaso multiorgánico originado por un shock séptico, al deficiente funcionamiento del servicio público sanitario. Afirman que la infección se desarrolló "a consecuencia de la deficiente o inadecuada preparación previa o protección durante la operación", y que cuando la enferma empezó a mostrar los primeros síntomas de la enfermedad se la desatendió, por lo que el diagnóstico y tratamiento de la misma se abordaron tardíamente frustrándose con ello sus posibilidades de recuperación. Denuncian, por otra parte, que "en ningún momento se informó a la paciente de que la intervención podría conllevar tal desenlace, y además ningún consentimiento informado puede llevar parejo que un usuario (...) deba consentir un desenlace de muerte por una infección nosocomial". Remiten, en prueba de sus imputaciones, a la información obrante en su historia clínica y a ciertas noticias de prensa en las que se da cuenta de supuestas carencias en los sistemas de esterilización del hospital denunciados por los trabajadores y la presidenta del comité de empresa de la adjudicataria del servicio de limpieza, afirmando asimismo tener "constancia" de la existencia de informes en el mismo sentido librados por el

Servicio de Medicina Preventiva del hospital, por un antiguo gerente y por universidades extranjeras que, sin embargo, no aportan.

Frente a las imputaciones de los reclamantes, tanto los datos obrantes en la historia clínica como los informes médicos librados durante la instrucción del procedimiento -los cuales tienen como presupuesto la información clínica relativa al proceso asistencial- vienen a evidenciar que los reproches de falta de adopción de las medidas de asepsia exigibles, desatención de la paciente, retraso diagnóstico y terapéutico de la infección y falta de consentimiento por parte de esta a los riesgos de infección de la herida quirúrgica y de fallecimiento no corresponden a la realidad de los hechos.

En lo que a las medidas preventivas se refiere, se destaca en el informe de la Jefa del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública -que los interesados han tenido oportunidad de conocer y rebatir durante la sustanciación del trámite de audiencia- que se aplicó a la paciente profilaxis antibiótica en el curso de la intervención y que se preparó la piel y se limpió el quirófano conforme a los protocolos incorporados al expediente. Asimismo, el instrumental quirúrgico se sometió a los procesos de esterilización normativamente establecidos, sin que se haya producido incidencia alguna en la central de esterilización, y los resultados de las pruebas de bioseguridad ambiental efectuadas en los quirófanos durante los meses de abril y mayo de 2015 fueron correctos. Pese a ello, la infección -que en este caso tenía origen en un patógeno presente no solo en el ámbito hospitalario sino también en el comunitario, pues está presente en la propia flora de muchos pacientes- se materializó. Este no es un hecho insólito, ya que, como señala el especialista que informa a instancias de la compañía aseguradora, "es imposible con los medios actuales evitar al 100 % las infecciones ocurridas durante el ingreso hospitalario (...), a pesar de que se pongan en marcha todas las medidas conocidas de asepsia e higiene y se cumplan de manera estricta"; sobre todo en pacientes que presentan factores de riesgo, como -según señala la Jefa del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública- sucedía en este caso. Por tanto, dado que se siguieron los protocolos de seguridad establecidos, y

considerando que aun actuando con la máxima diligencia las infecciones no pueden erradicarse, ha de rechazarse que la materialización de la mediastinitis constituya la evidencia de que se produjo una "vulneración de la exigencia de perfecta limpieza y profilaxis que debe existir en las instalaciones sanitarias", según pretenden los reclamantes. En este punto hemos de recordar, partiendo de lo señalado en el artículo 141.1 de la LRJPAC -a cuyo tenor "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 la producción de aquéllos"- , que en supuestos como el que analizamos venimos sosteniendo la misma postura que mantiene el Consejo de Estado cuando afirma que, "en el actual estado de la ciencia y de la técnica médicas, es imposible erradicar por completo el riesgo de que se produzcan infecciones nosocomiales, cualesquiera que sean las medidas profilácticas y preventivas adoptadas. Por el contrario, su incidencia es relativamente alta adoptando todas las medidas disponibles en el actual estado de la técnica. Siendo la obligación de la Administración sanitaria a este respecto una obligación de medios y no de resultado, lo que resulta exigible a aquella es proporcionar información cumplida al paciente y cumplir estrictamente los protocolos de prevención y profilaxis, incluyendo obviamente la aplicación de las debidas medidas de asepsia" (entre otros, Dictamen 890/2008, de 24 de julio). Y así lo sentaba recientemente el Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias al declarar que "en materia de asepsia hospitalaria hemos de recordar que ha de acreditarse el estándar de cuidado y limpieza para evitar en lo técnica y humanamente posible las rebeldes infecciones hospitalarias, y que corresponde a la Administración sanitaria, bajo el principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC) o por aplicación de la doctrina del daño desproporcionado en su caso, justificar que ha cumplido con los protocolos de asepsia en el caso. Por lo expuesto ha de estarse al criterio del Tribunal Supremo que sintetiza" la Sentencia de 5 de octubre de 2010 cuando señala que "es claro que el mero hecho de haber contraído una infección en un hospital no puede dar derecho a indemnización, ni siquiera

cuando la infección tiene resultados tan graves como en este caso. Hay que destacar que, en el estado actual de la ciencia y la técnica, el riesgo de infecciones es frecuente en los hospitales, sin que a menudo sea posible adoptar medidas eficaces para eliminarlo o paliarlo. Ello significa que contraer una infección en un hospital puede muy bien deberse a fuerza mayor en el sentido del art. 139.1" de la LRJPAC "y, por tanto, constituir una circunstancia excluyente de la responsabilidad patrimonial de la Administración" - ECLI:ES:TSJAS:2017:3028-.

Por ello en la Memoria de este Consejo correspondiente al año 2012 ya nos mostrábamos favorables a entender que este tipo de daños, inevitables conforme al actual estado de la ciencia médica, no pueden ser indemnizados con arreglo al título de la responsabilidad patrimonial, y que podrían serlo, previa modificación legal que así lo estableciera, con cargo al de "solidaridad nacional", como ocurre -citábamos allí- en Francia.

En lo relativo al reproche de desatención y demora en el diagnóstico y tratamiento de la infección, todos los informes médicos obrantes en el expediente coinciden en destacar que se prestó a la enferma la asistencia debida durante la hospitalización. La historia clínica da cuenta del seguimiento médico y de enfermería realizado durante los días 13, 14 y 15 de mayo de 2015, y atendiendo a dicha información podemos afirmar que no es cierto que no se haya hecho "nada" en estos días, como afirman los reclamantes. Durante su hospitalización a cargo del Servicio de Cirugía Cardíaca se efectuó un seguimiento diario de la paciente. Los días 12 y 13 de mayo la enferma estaba con constantes estables, afebril y paseaba por la planta, se le curó la herida que estaba limpia y se le hicieron análisis que mostraron una cifra de leucocitos similar a la de los días previos. El día 14 comenzó con febrícula por la tarde, aunque la herida quirúrgica no presentaba alteraciones que hicieran sospechar la mediastinitis. El día 15 ya tenía fiebre (38,1 °C a las 7:00 horas), por lo que se pidieron hemocultivos. Es cierto que ese día 15 estaba muy aletargada, como refieren los reclamantes, pero ello se achacó a la reintroducción posquirugía de la medicación que venía tomando para el tratamiento de su

síndrome depresivo crónico, que se reajustó tras formular interconsulta ese mismo día al Servicio de Salud Mental. Los resultados de los hemocultivos obtenidos el día 16 fueron positivos e inmediatamente se pautó el oportuno tratamiento antibiótico, aunque el foco de la infección no pudo evidenciarse ante la ausencia de alteraciones en la herida quirúrgica hasta que el día 19 se practicó un TC torácico que evidenció el absceso, siendo intervenida de urgencia al día siguiente. Como viene señalando este Consejo reiteradamente, no es exigible al servicio público sanitario identificar una enfermedad antes de que se manifiesten sus signos clínicos típicos, y por ello en el caso de que se trata, teniendo en cuenta que el de la mediastinitis no es fácil de realizar a falta de eritema, celulitis o secreción purulenta en la esternotomía, como indica el especialista que informa a instancias de la compañía aseguradora, ha de concluirse que no hubo una dilación indebida en el diagnóstico.

Instaurada la infección, el curso de la enfermedad fue muy tórpido y, pese que se pautó de manera inmediata al diagnóstico el oportuno tratamiento antibiótico y se adoptaron las medidas de soporte pertinentes, no pudo evitarse el fracaso multiorgánico derivado del shock séptico que acabaría con la vida de la paciente. Por ello, el fallecimiento -que no permite su encaje en los parámetros definitorios del concepto de daño desproporcionado en cuanto resultado médicamente inexplicable ante la tasa de mortalidad de este tipo de infecciones a la que se refiere el especialista en Medicina Interna y Enfermedades Infecciosas- no puede considerarse causalmente conectado con el funcionamiento del servicio público.

Finalmente, debemos referirnos al reproche que efectúan los interesados sobre la ausencia de prestación de consentimiento por parte de la paciente en lo relativo al riesgo de infección. Como punto de partida hemos de recordar que, tal y como viene señalando este Consejo (Dictamen Núm. 26/2017, entre otros), "el consentimiento informado, como ha puesto de relieve la Sentencia del Tribunal Constitucional 37/2011, de 28 de marzo, constituye una manifestación de la facultad de autodeterminación del paciente -facultad inherente a su derecho fundamental a la integridad física (artículo 15 de la

Constitución)-, de modo que el daño moral que se anudaría a la insuficiencia de la información suministrada al paciente y la antijuridicidad de las lesiones producidas cuando falta el consentimiento informado originan un derecho que solo este puede invocar". En el supuesto que nos ocupa, es evidente que la ausencia de consentimiento informado que se denuncia no guarda relación con el perjuicio alegado por los reclamantes, ceñido al daño moral derivado de la pérdida de su familiar; pero, además, no es cierto que la paciente ignorara que la intervención presentaba riesgos que podrían tener consecuencias graves, incluido el propio fallecimiento por complicaciones surgidas en el curso de la cirugía o en el posoperatorio. Así, en el documento de consentimiento informado que obra en la historia clínica se señala 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. Una infección también muy grave es la endocarditis (infección de la o las válvulas). Son muy raras en el periodo posoperatorio inmediato, son siempre graves y requieren una nueva operación de riesgo elevado (...). Una complicación grave, que aun siendo infrecuente no es excepcional, es la presentación de un infarto de miocardio severo, que se puede presentar en cualquier momento, desde el comienzo de la anestesia hasta el final de la cirugía, e incluso cuando ya el paciente esté en la Unidad de Cuidados Posoperatorios. Generalmente hay que recurrir a la implantación de una asistencia ventricular (...). Estas medidas pueden resultar insuficientes, pudiendo llevar incluso a la muerte en quirófano./ La hemorragia por trastorno de la coagulación puede, excepcionalmente, causar la muerte".

En definitiva, dado que no se ha acreditado la existencia de nexo causal entre el fallecimiento de la paciente y la asistencia que se le dispensó, procede desestimar la reclamación formulada.

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.