

Expediente Núm. 33/2017
Dictamen Núm. 61/2017

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 9 de marzo 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 18 de enero de 2017 -registrada de entrada el día 30 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por la falta de adopción de medidas antiinfecciosas en un hospital público, lo que provocó el fallecimiento de su esposo.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 18 de enero de 2016, la interesada -viuda del fallecido- presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por la negligente actuación del personal médico que atendió a su familiar en el Hospital “X”, a la que atribuye su fallecimiento.

Expone que su esposo ingresó el 16 de noviembre de 2014 en el Servicio de Urgencias del Hospital “X”, derivado del Hospital “Y”, “para completar estudios y valoración de tratamiento por sospecha de una leucemia aguda mieloblástica que posteriormente se le diagnostica./ Tras su estancia en el

Hospital "X" (...) supera la neumonía que padecía y comienza con el tratamiento quimioterápico de inducción, siendo muy favorable el resultado", precisando que recibe el alta médica el 12 de diciembre de 2014.

Señala que el día 22 de ese mes acude a la consulta de Hematología "para valoración y realización de aspirado de médula ósea de valoración de respuesta, teniendo respuesta completa morfológica, con rasgos displásicos marcados (micromegas)".

Indica que el 29 de diciembre ingresa de nuevo "para tratamiento de consolidación de leucemia mieloide (remisión completa), con buena tolerancia inicial. Durante su ingreso se pauta Tazocel el día 01-01-15 y Vancomicina el día 02-01-15 por picos febriles. El paciente comienza con aplasia y posteriormente nuevos picos febriles, por lo que se inicia tratamiento con Meropenem. El día 14-01-15 presenta pico febril acompañado de desaturación, se aísla (virus respiratorio sincitial) en lavado nasal profundo, por lo que se inicia tratamiento con Ribavirina nebulizada (...). El cuadro respiratorio empeora, precisando altos flujos de oxígeno suplementario hasta la madrugada del 17-01-15, (en) que el paciente comienza con taquipnea, gran desasosiego y trabajo respiratorio. Solicitan valoración e ingresa en UCI por insuficiencia respiratoria con infiltrados bilaterales en Rx tórax en relación con neumonía vírica que evoluciona a (síndrome de distrés respiratorio agudo), por lo que el día del ingreso es intubado y conectado a (ventilación mecánica). Al ingreso el paciente está en situación de aplasia medular y con fallo respiratorio, sin otros fallos orgánicos sobreañadidos, evolucionando desfavorablemente con deterioro respiratorio progresivo, motivo por el cual el día 21-01-15 se le realiza decúbito prono, con lo que mejora ligeramente, pero solo de forma temporal, y posteriormente continúa deteriorándose. El día 23-01-15 la situación (...) se complica, continuando la evolución desfavorable al día 24-01-15. Debido a la precariedad de la situación respiratoria, durante el procedimiento de recambio urgente del TET a través de Frova tiene desaturación severa y entra en DEM por hipoxia que se reanima y recupera. Posteriormente continúa deteriorándose con presiones en aumento e hipoxia refractaria en relación con (síndrome de distrés respiratorio agudo) y sangrado en vía aérea, por lo que fallece finalmente el 25-01-15, autorizando la familia la necropsia".

Considera que la muerte de su esposo "se ha producido como consecuencia de una negligente actuación de los servicios médicos y sanitarios del centro hospitalario donde fue atendido". Manifiesta que posteriormente acude a la consulta de un perito médico cuyo parecer es que el fallecimiento "se debió a una mala praxis médica, ya que ante la existencia de una epidemia de gripe como la que colapsó el centro hospitalario en esas fechas no se adoptaron las medidas antiinfecciosas necesarias en un paciente de estas características, debiéndose haber acordado medidas de aislamiento que evitasen (...) estar en contacto con personas u objetos que le pudieran transmitir cualquier microorganismo y producirle una infección como la que se le produjo y que le provocó la muerte".

Solicita una indemnización por los daños morales ocasionados que cuantifica en ciento quince mil treinta y cinco euros con veintidós céntimos (115.035,21 €), tomando como referencia la Resolución de 5 de marzo de 2014 de la Dirección General de Seguros y Fondos de pensiones.

Propone como medios de prueba, además de la documental aportada con el escrito de reclamación, una copia íntegra de la historia clínica del paciente, que deberá requerirse al Hospital "X" con la finalidad de que "la compareciente pueda aportar al procedimiento informe médico pericial relativo a las causas y circunstancias del fallecimiento", y que debe incluir: "Documentación clínica./ Exploraciones complementarias./ Informes de ingreso./ Informes de asistencia urgente./ Solicitudes y resultados de pruebas analíticas y complementarias./ Hojas de evolución de medicina y enfermería, constantes./ Diario de dietas solicitadas a cocina y menús servidos./ Copias de las hojas de constantes./ Notas evolutivas de medicina y enfermería./ Hojas de órdenes médicas ordenadas cronológicamente./ Informe del departamento de informática de los diferentes accesos que se hayan producido en los mencionados documentos, haciendo especial mención en caso de haberse eliminado o modificado algún registro previamente recogido en un acceso posterior al de la fecha del día vigente en la historia./ Emisión de todos los datos que puedan extraerse del sistema informático, incluido prescripción de medicamentos por fecha, diagnósticos realizados, etc./ Solicitudes de

consentimiento informado firmados por mi o por mi representante legal debidamente autorizado o derivado de la ley”.

Adjunta a su escrito una copia de los siguientes documentos: a) Informe de ecocardiografía del Hospital “X”, de 25 de noviembre de 2014. b) Informe de ecografía de abdomen, de 4 de diciembre de 2014. c) Informe de alta del Servicio de Hematología, de 12 de diciembre de 2014, en el que consta que se trata de un paciente trasladado desde el Hospital “Y” con la sospecha de leucemia aguda para completar estudios y valoración de tratamiento. En el apartado relativo a evolución y comentarios se indica que “presenta concomitantemente neumonía derecha, por lo que se inicia sueroterapia y antibioterapia con Piperacilina-Tazobactam (...) con buena evolución clínica. En hemocultivos se aísla Strep. B-hemolítico del grupo C, con persistencia de fiebre, motivos por lo que se realiza ecocardiograma que descarta endocarditis, y se retrasa el inicio de la inducción (...) hasta el día 21 de noviembre (...). Recibe el esquema de inducción con buena tolerancia al tratamiento, salvo la aparición de un rash medicamentoso. Durante la fase de aplasia presentó un pico febril sin documentación microbiológica y en los últimos días de aplasia presentó dolor abdominal sin que pudiera demostrarse otra causa más que una probable mucositis, y precisó analgesia con opiáceos y se resolvió con medidas de soporte tras la salida de la aplasia./ Recibió profilaxis con Aciclovir y posaconazol y posteriormente se suspendió este último fármaco por Voriconazol ante la ingesta oral nula./ A lo largo de todo el periodo de aplasia pudo mantener nutrición VO a excepción de unos pocos días, constatándose una desnutrición calórico proteica que se está resolviendo al momento del alta./ En el día +16 se constata el inicio de salida de la aplasia”. Como diagnóstico principal se establece “leucemia aguda mieloblástica (...) con 10% población linfocítica B por citometría”, y como diagnósticos secundarios “Neumonía basal derecha./ Tratamiento quimioterápico de inducción./ Rash medicamentoso./ Aplasia posquimioterapia./ Mucositis grado 2./ (Síndrome) febril sin documentación microbiológica./ Bacteriemia por *Streptococcus* Beta hemolítico./ Desnutrición calórico proteica”. Se cita el 22 de diciembre de 2014 “para valoración y realización de aspirado de médula ósea de valoración de respuesta”. d) TC de cerebro, de 9 de enero de 2015. e) Informe de ingreso de

17 de enero de 2015. f) Informe de Rx de tórax portátil, de 14 de enero de 2015. g) Informe de otras exploraciones con portátil, de 15 de enero de 2015. h) Hoja de interconsulta de Endocrinología y Nutrición, de 15 de enero de 2015. i) Informe de Rx de tórax portátil, de los días 19, 20 y 22 de enero de 2015. j) Resultados del laboratorio, de 25 de enero de 2015. k) Informe de la Unidad de Cuidados Intensivos, de 26 de enero de 2015. l) Informe de alta del Servicio de Medicina Intensiva, de 25 de febrero de 2015, en el que se refleja que “el día 22 de diciembre se hizo estudio de médula ósea para valoración de respuesta. Tiene respuesta completa morfológica, con rasgos displásicos marcados (micromegas). La enfermedad residual está pendiente de determinar”. Se trata de un paciente “ingresado el día 29-12-2014 para tratamiento de consolidación de leucemia mieloide (en remisión completa), con buena tolerancia inicial. Durante su ingreso se pauta Tazocel el día 1-01-2015 y Vancomicina día 2-01 por picos febriles. En hemocultivos se aislaron SCN meticilinresistentes. Paciente comienza con aplasia y posteriormente nuevos picos febriles, por lo que se inicia tratamiento con Meropenem. El día 14-01-2015 pico febril acompañado de desaturación, se aísla (virus respiratorio sincitial) en lavado nasal profundo por lo que se inicia tratamiento con Ribavirina nebulizada. El cuadro respiratorio empeora precisando altos flujos de oxígeno suplementario hasta madrugada 17-01, que (...) comienza con taquipnea, gran desasosiego y trabajo respiratorio. Solicitan valoración e ingresa en UCI”. En el apartado de “evolución y comentarios” se indica que “ingresa en UCI el 17-01-2015 por insuficiencia respiratoria con infiltrados bilaterales en Rx tórax en relación con neumonía vírica que evoluciona a (síndrome de distrés respiratorio agudo), por lo que el día del ingreso es intubado y conectado a (ventilación mecánica). Al ingreso está en situación de aplasia medular y con fallo respiratorio, sin otros fallos orgánicos sobreañadidos, que se trata con cobertura amplia antibiótica, antifúngica y antivírica. Evolución desfavorable desde el punto de vista respiratorio (...), por lo que es ventilado con PEEP alta y volúmenes bajos (ventilación protectora) bajo sedación, analgesia y posteriormente relajación continua. Secreciones endotraqueales muy escasas. Enviado cultivo de aspirado traqueal el día 21 que resulta negativo para bacterias. La evolución desde el ingreso es hacia deterioro respiratorio progresivo, por lo que el mismo día 21 se

realiza decúbito prono con lo que mejora ligeramente, pero solo de forma temporal, y posteriormente continúa deteriorándose. El día 23-01-2015 se complica con hemorragia alveolar en relación con aplasia y trombopenia severa a pesar de transfusiones, con alto riesgo de impactación del TET, por lo que se cambia de nuevo a supino en previsión de problemas con la vía aérea. Continúa con evolución desfavorable en forma de elevación de presiones en vía aérea. El día 24-01-2015 se complica con fuga aérea (...), por lo que se realiza recambio urgente del TET a través de Frova. Dada la precariedad de la situación respiratoria, durante el procedimiento tiene desaturación severa y entra en DEM por hipoxia que se reanima y recupera. Posteriormente continúa deteriorándose con presiones en aumento de hipoxia refractaria en relación con (síndrome de distrés respiratorio agudo) y sangrado en vía aérea, por lo que fallece finalmente el día 25-01-2015". Como diagnóstico principal se establece "neumonía vírica (virus respiratorio sincitial), con (síndrome de distrés respiratorio agudo) secundario en paciente inmunodeprimido./ Hemorragia alveolar./ Exitus". El informe de la necropsia confirma "las sospechas clínicas establecidas durante la evolución del paciente sin hallazgos adicionales de interés". Los diagnósticos por necropsia son:/ "Neumonía aguda hemorrágica bilateral con focos de fibrosis joven (...). No se identifican microorganismos concretos (...). Situación de aplasia medular (...). Hemangioma cavernoso hepático (quistes simples). Patología benigna sin repercusión clínica, hallazgo casual (...). Quistes renales simples. Patología benigna sin repercusión clínica, hallazgo casual (...). Arresto madurativo testicular. Consecuencia de situación hematológica sin repercusión clínica, hallazgo casual". m) Informe de necropsia, recibido el 30 de abril de 2015. n) Petición de copia de la historia clínica del fallecido al Servicio de Salud del Principado de Asturias formulada el 20 de marzo y el 10 de noviembre de 2015.

2. Mediante oficio de 22 de enero de 2016, la Jefa del Servicio de Asuntos Generales de la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias traslada la reclamación de responsabilidad patrimonial al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios, donde se registra de entrada el 26 de ese mes.

3. El día 1 de marzo de 2016, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica a la interesada la fecha de recepción de su reclamación en el referido Servicio, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

4. Previa petición formulada por el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios actuante, con fecha 7 de marzo de 2016 el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV le envía una copia de la historia clínica del paciente en formato electrónico, que incluye, entre otra documentación, un informe complementario realizado a petición de la familia, en el que se consigna que el paciente ingresa "de forma programada" el 29 de diciembre de 2014 "para recibir el primer ciclo de inducción con Idarrubicina + Citarabina (...) con las medidas adecuadas de hidratación, antieméticos y profilaxis antifúngica y antiviral. Presenta un primer pico febril durante el tratamiento quimioterápico, se extraen cultivos y se inicia tratamiento empírico con Piperacilina-Tazobactam. Se añade Vancomicina ante la notificación de Microbiología de un aislamiento de *Staphylococcus* coagulasa negativo (confirmado posteriormente *Staphylococcus hominis*)./ Se solicita lavado nasal profundo por clínica de rinorrea mucosa en el que se aísla virus sincitial respiratorio./ Como complicaciones presenta dolor abdominal y diarrea sin aislamiento microbiológico de microorganismos patológicos, que se atribuye a mucositis. Ante la persistencia del intenso dolor abdominal, se deja a dieta absoluta. Se planea iniciar nutrición parenteral, pero el PICC que porta no está situado en vena cava y además tiene solo una luz funcionando, por lo que se solicita colocación de vía central a Medicina Intensiva./ Presenta un episodio de cefalea brusca el 9 de enero y, dada la trombopenia del paciente, se decide realizar TC craneal para descartar hemorragias intracraneales. El TC es normal, sin patología intracraneal aguda. En un nuevo pico febril el 11 de enero se auscultan crepitantes en base izquierda, por lo que se solicita una radiografía de tórax, en la cual se constata una condensación compatible con neumonía./ El 14 de enero presenta una desaturación coincidiendo con un pico febril de >39 °C. El paciente se encontraba taquipneico y con ligera sensación de

disnea, con llamativa discordancia entre la saturación (78% basal) y la clínica. Remonta con Ventimask al 50%. Presenta, asimismo, expectoración hemoptoica. Se confirma en el lavado nasal profundo aumento de las copias de virus respiratorio sincitial, así que, ante la afectación clínica, se decide pautar nebulizaciones con Ribavirina. La evolución no es buena, persiste febril y con saturaciones bajas, incluso recibiendo oxígeno por cámara con reservorio. El día 17 de enero comienza con intenso trabajo respiratorio, así que se solicita consulta a Medicina Intensiva para soporte respiratorio y aceptan traslado a su cargo". Asimismo, figura en ella el consentimiento informado para tratamiento quimioterápico, firmado por el paciente el 16 de noviembre de 2014.

5. Con fecha 10 de marzo de 2015, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV envía al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios el informe emitido, el 9 de marzo de 2016, por el Médico Adjunto del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital "X". En él se indica que "durante todo el ingreso en la UCI el paciente estuvo en situación de aislamiento aéreo y de contacto preventivo, a lo que hay que añadir que permaneció intubado y conectado a ventilación mecánica (...), con lo que la vía aérea estaba ya de por sí aislada al estar conectada al circuito cerrado del respirador. Durante dicho ingreso no sufrió ninguna colonización ni nueva infección nosocomial según consta en historia clínica, siendo la causa de su fallecimiento la mala evolución de sus lesiones iniciales: neumonía por (virus respiratorio sincitial) que evoluciona a (síndrome de distrés respiratorio agudo) severo y progresivo y posteriormente complicado con hemorragia alveolar en relación con su situación de aplasia". Para detalles más específicos se remite al informe de exitus y de necropsia.

6. Mediante oficio de 18 de marzo de 2016, el referido Jefe de Sección remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios el informe elaborado, el 16 de marzo de 2016, por la Médica Adjunta del Servicio de Hematología y Hemoterapia del Hospital "X". Tras reseñar que el fallecimiento se produjo "como consecuencia de una insuficiencia respiratoria y (síndrome de distrés respiratorio agudo), siendo la causa etiológica un virus respiratorio sincitial y no

virus de la gripe”, indica que el paciente ingresa en el Servicio de Hematología “para recibir el primer ciclo de consolidación para su leucemia aguda mieloide”, permaneciendo en una “habitación individual a lo largo de toda su hospitalización” en la Unidad (del 29-12-2014 al 14-01-2015) hasta su traslado a la UCI. Manifiesta desconocer “si esas fechas de 2015 coincidieron con el pico de gripe anual en Asturias”, pero en cualquier caso “la causa del fallecimiento (...) no fue un virus de la gripe”.

Afirma que “durante la fase de aplasia las medidas de soporte habituales recomiendan el tratamiento de estos pacientes en habitaciones individuales, tal y como se realizó (...), con una restricción absoluta de visitas (...). Estas medidas, que siguen las recomendaciones nacionales e internacionales para el manejo de pacientes hematológicos, están instauradas (de) manera sistemática en nuestra Unidad de hospitalización (...) y con toda seguridad habrán sido estrictamente cumplimentadas por sus familiares”.

Explica que “las complicaciones infecciosas durante la fase de aplasia en los pacientes tratados de leucemia aguda mieloide son la principal causa de muerte debido a la neutropenia severa en el contexto de una situación de profunda inmunosupresión”, por lo que “complicaciones de este tipo son habituales e implican una elevada mortalidad en este tipo de pacientes, a pesar de que se instauren todas las medidas terapéuticas de las que disponemos, tal y como ocurrió” en este caso.

Por último, hace constar que “su familia fue debidamente informada desde el primer momento de los riesgos de muerte que conllevan este tipo de tratamientos y que se asumen porque constituyen la única opción curativa para esta grave enfermedad”.

7. Con fecha 4 de mayo de 2016, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones remite al Servicio instructor el informe suscrito, el 28 de abril de 2016, por la Jefa del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del Hospital “X”. En él, tras reproducir el curso clínico del paciente, informa que “la semana 1 del año epidemiológico que se corresponde con los días 29-12-2014 a 04-01-2015 se iniciaba la onda epidémica de la gripe”, esperándose alcanzar, según el informe del Servicio de Vigilancia Epidemiológica de la Dirección General de Salud

Pública, “un máximo a finales de enero o principios de febrero, antes de comenzar a descender”.

Aclara que “antes del inicio de la gripe circulan intensamente en la comunidad los virus respiratorios sincitiales y otros virus respiratorios que descienden conforme aumenta la circulación de los virus gripales (...). La gripe y el resto de los virus respiratorios circulan de forma mayoritaria en el ámbito comunitario, de modo que la proporción de casos que ingresan respecto a los casos diagnosticados es muy pequeña y se hace necesaria -fundamentalmente- en pacientes ancianos, niños, enfermos inmunodeprimidos, etc./ La principal medida de control de infección respecto a las infecciones respiratorias es la higiene de manos y lo que desde 2007 el (...) (centro de control de enfermedades de Atlanta y referente internacional en estas medidas) denomina ‘Protocolo de higiene respiratoria y tos’, que de forma resumida consiste en contener las secreciones con pañuelos de papel desechables”.

Señala que en el momento del ingreso del paciente “existe una circulación importante de (virus respiratorio sincitial) en el ámbito comunitario, por lo que resulta perfectamente compatible la presencia de (estos virus) en el paciente con una transmisión en el núcleo familiar, en el hogar o en el entorno del paciente./ De hecho (...), ingresa el 29 de diciembre y 48 horas más tarde (31 de diciembre) -según refiere el curso clínico de enfermería- (...) tiene un pico febril y a las 72 horas manifiesta molestias en la garganta (1 enero)./ El primer cultivo positivo para (virus respiratorio sincitial) es el recogido mediante lavado nasal profundo el día 7 de enero, y persiste positivo en el recogido por igual método el día 11 de enero; es negativo (en) el recogido el día 13 en una muestra de esputo y también son negativos los realizados de las muestras pulmonares en la autopsia, lo que permite relacionar la presencia de (virus respiratorio sincitial) con una infección comunitaria (comienzo de síntomas en las primeras 48 horas) probablemente facilitada por el componente de sinupatía crónica que el paciente presenta, como refleja el TAC del 09-01-2015 (...). Unido a lo anterior cabe destacar que el paciente en el primer episodio (14 de noviembre de 2014 a 12 de diciembre de 2014) en el que es diagnosticado de leucemia aguda mieloblástica ingresa con una neumonía que al alta se considera resuelta, pero solo 17 días más tarde vuelve a ingresar para el primer

tratamiento de consolidación, episodio en el que (...) lamentablemente fallece./ En su primer ingreso el paciente en esputo presenta tanto *Cándida albicans* como *Streptococcus* del grupo C, causante de su patología respiratoria catalogada como neumonía basal derecha de origen comunitario”.

Entiende que “la identificación de (virus respiratorio sincitial) en lavado nasal profundo no puede ser relacionada de forma directa con una transmisión hospitalaria, puesto que el hospital establece las medidas adecuadas para evitar esta transmisión, siendo una de las más importantes la higiene de manos: el hospital pone a disposición de profesionales, familias y visitas preparados de solución alcohólica (...), forma a sus trabajadores (...) en las técnicas de higiene de manos y facilita todos los medios necesarios para la higiene y desinfección del medio hospitalario, por lo que no cabe atribuir el fallecimiento del paciente a un déficit en las medidas de control de infección, además de por lo señalado (...) por otros dos motivos:/ la infección del paciente no cumple los criterios para ser catalogada como infección hospitalaria” y “la situación del hospital en la primera semana del año no era de ‘colapso por la gripe’, puesto que aún no estábamos en pico de gripe, y por tanto las medidas de control eran llevadas a cabo con total normalidad”.

Sostiene que “de no haberse cumplido las medidas preventivas habituales se hubiera podido producir transmisión en este paciente de otros microorganismos intrahospitalarios y, sin embargo, de los 41 cultivos que se le practicaron desde el día 19 de noviembre (...) todos resultaron negativos (85,3%) a excepción de 6, 2 de los cuales son las muestras referidas a (virus respiratorio sincitial) y los otros 4 son *Staphylococcus* coagulasa negativos, contaminantes habituales de la piel”.

Por tanto, “según el criterio de Medicina Preventiva y Salud Pública, no es atribuible el fallecimiento del paciente a una mala praxis en la asistencia prestada, sino a la aplasia medular y a la intensa trombopenia que justifican y explican la neumonía aguda hemorrágica bilateral constatada por la necropsia”.

8. El día 23 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.

Obra incorporado al expediente, a continuación, el informe elaborado a instancias de la compañía aseguradora, el 7 de septiembre de 2016, por una especialista en Hematología y Hemoterapia. En él señala, respecto a la leucemia aguda mieloblástica diagnosticada al paciente, que “se trata de una neoplasia de muy mal pronóstico por tener una citogenética adversa, cariotipo complejo e hiperdiploidia, y por las características morfológicas de la leucemia, que presenta gran displasia medular y una población linfoide inmadura anormal”. Precisa que el paciente fue tratado con quimioterapia de inducción, que resultó eficaz, pero que la respuesta no fue del todo completa porque persistía “displasia e infiltración por las células linfoides inmaduras que ya tenía al diagnóstico”, lo que significa que “se trata de una leucemia de mal pronóstico”.

Indica que “al ingresar el paciente no tenía datos clínicos de infección respiratoria, pero empezó con fiebre a las 48 h y con datos clínicos de infección de vías respiratorias altas unos días después”. La infección respiratoria fue detectada por primera vez mediante el lavado nasal realizado el 7 de enero, detectándose en el exudado “un título bajo de virus respiratorio sincitial (<500 copias...) que, como es correcto, no se considera significativo en ese momento, dado que el título es bajo, y el paciente tiene datos de un proceso posible de vías respiratorias altas (catarro), pero no de vías respiratorias bajas (neumonía)./ El 11 de enero se realiza nueva Rx de tórax en la que el enfermo (...) sí que tiene una consolidación en la base pulmonar izquierda compatible con neumonía. Se repite el estudio del lavado nasal y sale positivo para (virus respiratorio sincitial) a un título superior (11.995 copias) (...) y se inicia tratamiento con Ribavirina inhalada”.

Este informe ofrece una serie de datos generales sobre la infección y la neumonía por virus respiratorio sincitial. Así, pone de manifiesto que se trata de un virus que pertenece a la familia de los “virus respiratorios de adquisición en la comunidad”, los cuales “son muy prevalentes entre la población general, suelen ser estacionales y se transmiten de persona a persona por vía respiratoria con mucha facilidad” mediante “las gotitas que expelen con la tos o los estornudos las personas infectadas, bien directamente (...) o a través de las manos (...), pañuelos (...), picaportes”, etc. Apunta que “la transmisión ocurre en todos los ambientes donde haya gente, comunidad, casa, trabajo u

hospital". En personas sanas "la infección es bastante asintomática o banal, pero puede ser significativamente grave (...) en inmunocomprometidos, especialmente en pacientes con leucemia y trasplante de médula ósea". En pacientes con leucemia en tratamiento "la incidencia de infección es del 1-12%, pero el riesgo radica en que en estos casos la habitual infección respiratoria alta puede evolucionar a neumonía en un 38% de los casos (...), con una mortalidad estimada del 32%". El tratamiento del virus respiratorio sincitial "es subóptimo", y el "único antiviral efectivo es la Ribavirina (...), no muy eficaz y algo tóxico (...). Por ese motivo el tratamiento solo se recomienda en las guías internacionales (...) para pacientes con enfermedades hematológicas si tienen neumonía, no en infecciones respiratorias altas, ni asintomáticos".

Aclara que las medidas preventivas para pacientes hematológicos se limitan a que tanto los pacientes como las personas en contacto con ellos mantengan un "frecuente lavado de manos y cubrirse la boca cuando tosen o estornudan (...). En los pacientes hospitalizados, todos los visitantes y personal sanitario con infecciones respiratorias altas no deben acercarse a los pacientes", y concreta las medidas hospitalarias aplicables para pacientes hematológicos, que consisten en "aislamiento invertido simple, en habitación individual./ Visitantes y personal sanitario con mascarilla facial y estricto lavado de manos pre y poscontacto con el paciente./ Solo se aplican medidas de aislamiento respiratorio (bata y guantes) a los visitantes y personal sanitario cuando el propio paciente ya está infectado para no transmitírselo a otros pacientes de la planta".

Respecto al virus de la gripe, informa que "es otro virus, virus influenza, y pertenece a otra familia", reseñando que su incidencia es estacional y suele ser posterior a la de los virus respiratorios de adquisición en la comunidad, "ya que cuando empieza la temporada de gripe, disminuye la incidencia" de aquellos.

Por lo que se refiere al supuesto examinado, considera que, dada "la alta prevalencia del (virus respiratorio sincitial) y de su transmisión tan fácil entre personas es imposible saber si adquirió la infección en la comunidad; es decir, en su casa antes del ingreso o si la adquirió en el propio hospital./ De cualquier forma, el dato es irrelevante, dada la alta prevalencia de esta infección, su fácil

transmisión interpersonal y lo simple y generalmente poco eficaz de las únicas medidas preventivas reconocidas, que se han detallado (...). Leyéndolas se comprende lo imposible de una prevención absoluta de esta infección". Afirma que "el problema de esta infección, habitualmente banal y corriente, es que su gravedad aumenta en pacientes con leucemia, que la eficacia del tratamiento es parcial y que, por desgracia, tiene una alta mortalidad (38%)".

Concluye que "el paciente fue diagnosticado de modo adecuado en tiempo y forma, se trató inmediatamente para el virus cuando se detectó neumonía, como mandan las guías, y se añadió la inmunoglobulina unos días después cuando estaba en la UVI. Además, se trató adecuadamente con todas las medidas de soporte necesarias para la situación de aplasia posquimioterapia", por lo que "no hay ningún dato de negligencia o mala práctica en este caso".

9. Mediante oficio notificado a la reclamante el 2 de noviembre de 2016, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándole una relación de los documentos obrantes en el expediente.

El 7 de noviembre de 2016 se persona esta en las dependencias administrativas y obtiene una copia, en soporte digital, de los documentos obrantes en aquel.

10. Con fecha 14 de noviembre de 2016, la interesada presenta un escrito de alegaciones en el que se limita a afirmar que "la responsabilidad de esta Administración se ha acreditado debidamente en el expediente mediante (...) la historia clínica (...) e informes médicos que obran" en él, solicitando "que se tengan por formuladas alegaciones y se estime la reclamación".

11. Mediante escrito de 16 de noviembre de 2016, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios remite a la correduría de seguros una copia de las alegaciones presentadas.

12. Con fecha 16 de diciembre de 2016, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella razona que “en el presente caso el fallecimiento del paciente no es atribuible a una mala praxis en la asistencia prestada, sino a la aplasia medular y a la intensa trombopenia que justifican y explican la neumonía aguda hemorrágica bilateral constatada por la necropsia. Ha quedado acreditada indubitadamente la correcta asistencia del paciente y la total ausencia de nexo causal entre su fallecimiento y la conducta seguida por la Administración; hecho que la propia reclamante no discute, limitándose en fase de alegaciones a afirmar que se ha acreditado la responsabilidad de la Administración pero sin dar apoyo argumental ni razonamiento alguno, no discutiendo o rebatiendo ninguno de los múltiples informes aportados al expediente”.

13. En este estado de tramitación, mediante escrito de 18 de enero 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 la interesada registrada en la Administración del Principado de Asturias con fecha 18 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.- Por lo que se refiere a la legitimación, la interesada podría considerarse activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial si hubiera acreditado fehacientemente su condición de esposa del fallecido; extremo este que, en atención a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la LRJPAC, resulta fundamental para determinar si su esfera jurídica se ha podido ver afectada por los hechos que originan aquella. Tal acreditación, sin embargo, no consta en el expediente, y esta circunstancia por sí sola constituiría causa suficiente para desestimar la reclamación. No obstante, puesto que la Administración no ha cuestionado en ningún momento su condición de interesada, ni le ha solicitado la necesaria acreditación formal del vínculo alegado, en aplicación del principio de eficacia, reconocido en el artículo 103.1 de la Constitución, y recogido en el artículo 3 de la LRJPAC, procede analizar el fondo de la cuestión controvertida, no sin antes advertir de

que si en el pronunciamiento se apreciara la concurrencia de los requisitos que permiten declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración no cabría una estimación de la reclamación sin que esta, por el procedimiento legal oportuno, verifique dicha legitimación.

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 enero de 2016, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -el fallecimiento del perjudicado- el día 25 de enero 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.

Ahora bien, en relación con el registro en la Administración del Principado de Asturias, advertimos los mismos problemas que ya pusimos de manifiesto en los Dictámenes Núm. 160/2015 y 136/2016, entre otros, por lo que nos remitimos a las consideraciones allí realizadas. Sin embargo, en este

supuesto la Administración se cuida, en la práctica del trámite previsto en el artículo 42.4 de la LRJPAC, de comunicar a la interesada la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios -en su calidad de órgano competente para resolver- y no, de forma genérica, en la Administración del Principado de Asturias, como venía haciendo habitualmente.

En cuanto a los medios de prueba propuestos por la reclamante, observamos que esta solicitaba en su escrito inicial, entre otros, una copia íntegra de la historia clínica del finado. Pues bien, habiéndose incorporado esta al expediente, lo cierto es que faltan algunos documentos a los que aquella aludía expresamente, tales como las “notas evolutivas de medicina y enfermería” o el informe del departamento de informática sobre los accesos a los archivos integrantes de la historia. En cualquier caso, si tenemos en cuenta que, con ocasión del trámite de audiencia, tuvo conocimiento de este hecho sin formular objeción alguna al respecto, y habida cuenta del contenido de los informes médicos obrantes en el expediente, este Consejo, en virtud de los principios de economía y eficacia, considera que no procede la retroacción del procedimiento, al disponer de datos suficientes para emitir su parecer sobre el fondo del asunto.

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

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

A su vez, el artículo 139 de la LRJPAC establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones

Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos”. Y, en su apartado 2, que “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

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

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

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

SEXTA.- La reclamante solicita una indemnización por los daños derivados del fallecimiento de su esposo, que atribuye a una negligente actuación de los servicios médicos y sanitarios del Hospital “X”.

Acreditado el óbito, hemos de reconocer que tal pérdida ha originado en la interesada un daño real y efectivo de naturaleza moral.

Ahora bien, la mera constatación 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, debiendo analizarse si el mismo se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio público sanitario y si ha de reputarse antijurídico, en el sentido de que se trate de un daño que la perjudicada no tuviera el deber jurídico de soportar.

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.

Así, y sin perjuicio de que con posterioridad analicemos la concurrencia del necesario nexo causal, es preciso examinar previamente las circunstancias fácticas que envuelven el caso que nos ocupa. Según la historia clínica y los informes de los servicios intervinientes, estamos ante un paciente de 53 años que el 16 de noviembre de 2014 ingresa en el Servicio de Hematología del Hospital "X" -procedente del Hospital "Y"- "para completar estudios y valoración del tratamiento" ante la sospecha de leucemia aguda. Se retrasa la inducción hasta el día 21 de noviembre de 2014 por infección respiratoria, probablemente causada por *Streptococcus* grupo C, aislado en hemocultivo. En el momento del ingreso presentaba neumonía basal derecha para la que se prescribe sueroterapia y Piperacilina -Tazobactam. Recibe el alta médica el 12 de diciembre de 2014 con el diagnóstico principal de "leucemia aguda mieloblástica (...) con 10% población linfocítica B por citometría", y diagnósticos secundarios de "Neumonía basal derecha./ Tratamiento quimioterápico de inducción./ Rash medicamentoso./ Aplasia posquimioterápica./ mucositis grado 2./ (Síndrome) febril sin documentación microbiológica./ Bacteriemia por *Streptococcus* Beta hemolítico./ Desnutrición calórico proteica". El día 22 de diciembre de 2014 se

hace un estudio de médula ósea para valoración de respuesta y el 29 de ese mismo mes ingresa en el Servicio de Hematología para realizar el primer ciclo de consolidación para su leucemia aguda mieloide. Según informa el facultativo del Servicio de Hematología, este tipo de tratamientos conlleva una serie de "riesgos de muerte" pero "se asumen porque constituyen la única opción curativa para esta grave enfermedad" -obra incorporado al expediente el consentimiento informado para tratamiento quimioterápico firmado por el paciente-. Tras el ingreso tuvo picos febriles que se cubrieron con distintos antibióticos sin resolverse, y a partir del 14 de enero de 2015 el cuadro respiratorio empeora, desencadenando un síndrome de distrés respiratorio agudo. El día 17 de enero de 2015 ingresa en la UCI, donde fallece el día 25 de ese mes. Los diagnósticos por necropsia son de "neumonía aguda hemorrágica bilateral con focos de fibrosis joven (indicativo de evolución a síndrome de distrés respiratorio agudo) y "situación de aplasia medular".

La reclamante considera que la muerte de su esposo "se ha producido como consecuencia de una negligente actuación de los servicios médicos y sanitarios del centro hospitalario donde fue atendido", y alude a la opinión de un perito médico según el cual el fallecimiento "se debió a una mala praxis médica, ya que ante la existencia de una epidemia de gripe como la que colapsó el centro hospitalario en esas fechas, no se adoptaron las medidas antiinfecciosas necesarias en un paciente de estas características, debiéndose haber acordado medidas de aislamiento que evitasen (...) estar en contacto con personas u objetos que le pudieran transmitir cualquier microorganismo y producirle una infección como la que se le produjo y que le provocó la muerte". No obstante, la interesada no ha aportado al expediente el informe al que se refiere, de manera que todos los informes y documentos clínicos que completan el mismo han sido emitidos por el Servicio de Salud del Principado de Asturias, a excepción del informe pericial elaborado a instancias de la compañía aseguradora de la Administración.

En relación con la epidemia de gripe, debemos tener en cuenta que, tal y como se desprende del informe del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del Hospital "X", la onda epidémica se iniciaba la primera semana del año epidemiológico (desde el 29 de diciembre de 2014 al 1 de enero de 2015),

esperándose alcanzar un máximo a finales de enero o principios de febrero. Al respecto, la facultativa que suscribe el informe del Servicio de Hematología y Hemoterapia el 16 de marzo de 2016 dice desconocer “si esas fechas de 2015 coincidieron con el pico de gripe anual en Asturias”, pero en cualquier caso “la causa del fallecimiento (...) no fue un virus de la gripe”, sino “un virus respiratorio sincitial”. El virus respiratorio sincitial pertenece a la familia de los “virus respiratorios de adquisición en la comunidad”, los cuales “son muy prevalentes entre la población general, suelen ser estacionales y se transmiten de persona a persona por vía respiratoria con mucha facilidad”. Por tanto, antes del inicio de la gripe circulan intensamente en la comunidad los virus respiratorios sincitiales y otros virus respiratorios, tal y como exponen en sus informes tanto este Servicio como el emitido a instancias de la compañía aseguradora. El Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública señala que en el momento del ingreso del paciente “existe una circulación importante de (virus respiratorio sincitial) en el ámbito comunitario, por lo que resulta perfectamente compatible la presencia de (estos virus) en el paciente con una transmisión en el núcleo familiar, en el hogar o en el entorno de paciente./ De hecho (...), ingresa el 29 de diciembre y 48 horas más tarde (31 de diciembre) - según refiere el curso clínico de enfermería- (...) tiene un pico febril y a las 72 horas manifiesta molestias en la garganta (1 enero)”. También debemos tener en cuenta que los resultados de los cultivos realizados fueron positivos para virus respiratorio sincitial los días 7 y 11 de enero, y negativos el día 13 y en la autopsia, lo cual, según la Jefa del Servicio de Medicina Preventiva, permite “relacionar la presencia de (virus respiratorio sincitial) con una infección comunitaria (comienzo de síntomas en las primeras 48 horas) probablemente facilitada por el componente de sinupatía crónica que el paciente presenta, como refleja el TAC del 09-01-2015”. En cualquier caso, el especialista que informa a instancias de la compañía aseguradora mantiene que, dondequiera que se haya producido el contagio, “el dato es irrelevante, dada la alta prevalencia de esta infección, su fácil transmisión interpersonal y lo simple y generalmente poco eficaz de las únicas medidas preventivas reconocidas, que se han detallado (...). Leyéndolas se comprende lo imposible de una prevención absoluta de esta infección”.

La principal medida de control respecto a las infecciones respiratorias, como se indica en el informe de Medicina Preventiva y Salud Pública, es “la higiene de manos” y el “Protocolo de higiene respiratoria y tos”, que de forma resumida “consiste en contener las secreciones con pañuelos de papel desechables”. El Servicio de Hematología y Hemoterapia del Hospital “X” suma a estas medidas, para los pacientes “durante la fase de aplasia”, la estancia en “habitaciones individuales, tal y como se realizó (...), con una restricción absoluta de visitas (...). Estas medidas, que siguen las recomendaciones nacionales e internacionales para el manejo de pacientes hematológicos, “están instauradas (de) manera sistemática en nuestra Unidad de hospitalización (...) y con toda seguridad habrán sido estrictamente cumplimentadas por sus familiares”. El informe pericial obrante en el expediente enumera las mismas medidas preventivas para este tipo de casos. La Médica Adjunta del Servicio de Hematología Y Hemoterapia asegura, en su informe de 16 de marzo de 2016, que el paciente permaneció en una “habitación individual a lo largo de toda su hospitalización” en la Unidad hasta su traslado a la UCI (el día 17 de enero de 2015). Asimismo, debe resaltarse que obra incorporado al expediente un informe complementario realizado por el hospital a petición de la familia que indica expresamente, en relación con el segundo ingreso (el del día 29 de diciembre de 2014), que se adoptaron “las medidas adecuadas de hidratación, antieméticos y profilaxis antifúngica y antiviral”. También el Servicio de Medicina Intensiva asevera en su informe de 9 de marzo de 2016 que “durante todo el ingreso en la UCI el paciente estuvo en situación de aislamiento aéreo y de contacto preventivo, a lo que hay que añadir que permaneció intubado y conectado a ventilación mecánica (...), con lo que la vía aérea estaba ya de por sí aislada al estar conectada al circuito cerrado del respirador”, y añade que “durante dicho ingreso no sufrió ninguna colonización ni nueva infección nosocomial según consta en historia clínica”.

En definitiva, la Jefa del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del Hospital “X” concluye que “la identificación de (virus respiratorio sincitial) en lavado nasal profundo no puede ser relacionada de forma directa con una transmisión hospitalaria, puesto que el hospital establece las medidas adecuadas para evitar esta transmisión, siendo una de las más importantes la

higiene de manos: el hospital pone a disposición de profesionales, familias y visitas preparados de solución alcohólica (...), forma a sus trabajadores (...) en las técnicas de higiene de manos y facilita todos los medios necesarios para la higiene y desinfección del medio hospitalario, por lo que no cabe atribuir el fallecimiento del paciente a un déficit en las medidas de control de infección". A ello añade que "la infección del paciente no cumple los criterios para ser catalogada como infección hospitalaria", y que "la situación del hospital en la primera semana del año no era de 'colapso por la gripe', puesto que aún no estábamos en pico de gripe, y por tanto las medidas de control eran llevadas a cabo con total normalidad". Es más, este Servicio incluso se plantea que de no haberse cumplido las medidas preventivas habituales se hubiera podido producir transmisión en este paciente de otros microorganismos intrahospitalarios y, sin embargo, "de los 41 cultivos que se le practicaron desde el día 19 de noviembre (...) todos resultaron negativos (85,3%) a excepción de 6, 2 de los cuales son las muestras referidas a (virus respiratorio sincitial) y los otros 4 son *Staphylococcus coagulasa* negativos, contaminantes habituales de la piel".

Como ya adelantamos al inicio de esta consideración, la causa del fallecimiento del paciente fue la mala evolución de sus lesiones iniciales, una "neumonía por (virus respiratorio sincitial) que evoluciona a (síndrome de distrés respiratorio agudo) severo y progresivo y posteriormente complicado con hemorragia alveolar en relación con su situación de aplasia". El perjudicado presentó varios picos febriles en los días siguientes al ingreso, frente a lo cual se inicia tratamiento empírico con antibióticos. A pesar de las medidas adoptadas su evolución fue desfavorable, lo cual parece ser usual en este tipo de casos, pues "las complicaciones infecciosas durante la fase de aplasia en los pacientes tratados de leucemia aguda mieloide son la principal causa de muerte debido a la neutropenia severa en el contexto de una situación de profunda inmunosupresión", por lo que "complicaciones de este tipo son habituales e implican una elevada mortalidad en este tipo de pacientes, a pesar de que se instauren todas las medidas terapéuticas de las que disponemos, tal y como ocurrió" en este caso (informe del Servicio de Hematología y Hemoterapia del Hospital "X" de 16 de marzo de 2016).

Explica el informe pericial emitido a instancias de la compañía aseguradora que aunque en personas sanas “la infección es bastante asintomática o banal”, puede ser “significativamente grave (...) en inmunocomprometidos, especialmente en pacientes con leucemia y trasplante de médula ósea”. Así, en pacientes con leucemia en tratamiento “la incidencia de infección es del 1-12%, pero el riesgo radica en que en estos casos la habitual infección respiratoria alta puede evolucionar a neumonía en un 38% de los casos (...), con una mortalidad estimada del 32%”. El tratamiento del virus respiratorio sincitial “es subóptimo”, y el “único antiviral efectivo es la Ribavirina (...), no muy eficaz y algo tóxico”. Por ese motivo el tratamiento solo se recomienda “para pacientes con enfermedades hematológicas si tienen neumonía, no en infecciones respiratorias altas, ni asintomáticos”, lo cual explica que no se iniciara el tratamiento con Ribavirina inhalada hasta confirmar el diagnóstico de neumonía, puesto que hasta entonces sus síntomas eran sugestivos de un proceso posible de vías respiratorias altas (catarro), pero no de vías respiratorias bajas (neumonía).

En síntesis, nos encontramos con un paciente que fallece el 25 de enero de 2015 como consecuencia de una neumonía, con mal pronóstico en pacientes con leucemia, en los que la eficacia del tratamiento es parcial y que tiene una alta mortalidad (superior al 30%). Los facultativos que suscriben los informes de los Servicios intervinientes aseguran que se cumplieron las medidas preventivas que deben observarse en este tipo de casos, así como la aplicación de profilaxis antifúngica y antiviral. Una vez detectada la neumonía el paciente fue tratado con los fármacos recomendados por las guías, a la vez que recibía las medidas de soporte necesarias para la situación de aplasia posquimioterapia.

Por tanto, la Administración sanitaria prueba suficientemente la adopción de las medidas necesarias para evitar que el paciente contrajera una infección nosocomial, acomodándose en cada momento a los protocolos establecidos a tal fin, sin que, por otra parte, la reclamante aporte informes técnicos que contradigan tales afirmaciones. Así las cosas, este Consejo comparte la conclusión alcanzada en la propuesta de resolución de no dar por acreditado el necesario nexo causal entre el fallecimiento del paciente y el funcionamiento

del servicio público sanitario, siendo la asistencia dispensada acorde con la *lex artis ad hoc*.

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,