

Expediente Núm. 118/2017
Dictamen Núm. 154/2017

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 25 de mayo 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 23 de marzo de 2017 -registrada de entrada el día 29 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños sufridos como consecuencia del fallecimiento de su madre que atribuyen a una infección nosocomial.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 12 de noviembre de 2015, un letrado, en nombre y representación de los interesados -hijos de la fallecida-, presenta en el registro de la Oficina del Servicio Público de Empleo de Valladolid (IV) - San Pablo una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos como consecuencia del fallecimiento de su madre en un centro hospitalario.

Exponen que el 16 de noviembre de 2014 la perjudicada “sufrió una caída casual al levantarse del sofá en su domicilio” y que acudió a los Servicios de Urgencias del Hospital ‘X’, donde se le diagnostica una “fractura pertrocantérea de fémur izquierdo”, precisando que el 25 de noviembre es intervenida “realizándosele osteosíntesis endomedular con clavo PFN”, siendo la evolución clínica “favorable”.

Manifiestan que dos días después de la intervención la paciente “fue aislada” debido a que “se detecta colonización rectal por *Klebsiella pneumoniae* productora de carbapenemasa”, y que, “según puede objetivar la familia, existen varios pacientes aislados en el hospital por ese mismo motivo”. Indican que el 5 de diciembre se informa a los hijos de que “van a darle el alta por la bacteria”, reseñando que en el hospital les dicen que “si no tuviera dicha bacteria sería trasladada a un hospital para recuperación, pero que dada la infección no es posible”. Así las cosas, consiguen “retrasar unos días el alta hospitalaria” tras hablar con el Servicio de Atención al Paciente.

Refieren que el 15 de diciembre de 2014 es dada de alta y que la familia la ingresa “para recuperación” en una institución privada. Con fecha 28 de diciembre es remitida desde la residencia al hospital “por deposiciones diarreicas”, y ponen de relieve que durante el ingreso “apenas se realizan cambios posturales, lo que provoca que las escaras que aparecieron durante el primer ingreso se agraven”, subrayando que la infección “no ha desaparecido, como se indicó primeramente a la familia; al contrario, la situación de la paciente es cada vez más grave”.

Aclaran que el 27 de enero de 2015 la paciente requiere un nuevo ingreso hospitalario “por persistencia de la fiebre (...), con clínica de cuadro catarral de días de evolución y descompensaciones de su DM”. De nuevo presentan una queja en el Servicio de Atención al Paciente consiguiendo “alargar la estancia hospitalaria (...), dado que se pretendía dar de alta el 29 de enero de 2015”, y entienden que “así se reconoce el déficit asistencial y la complejidad del tratamiento de la enferma”. Añaden que el 30 de marzo ingresa de nuevo en el hospital siendo diagnosticada de “isquemia crónica en grado IV. Infección de úlcera sacra. Bacteriemia por *Klebsiella* productora de

carbapenemasas". En el Hospital "X" se decide "la sedación paliativa para evitar más sufrimiento y, finalmente, fallece el día 2 de abril de 2015".

Afirman que su familiar "sufrió una infección por *Klebsiella* que llevó a su fallecimiento./ Es obvio, por tanto, que el ambiente hospitalario era absolutamente deficiente./ Existió una grave disfunción del servicio, una de cuyas funciones es precisamente la de velar eficazmente por la asepsia (...). El hecho de que existieran varios pacientes contagiados advierte que el nivel de limpieza y salubridad del centro no era el adecuado. Demuestra que no existió una correcta prevención de la infección ni un control adecuado de las infecciones nosocomiales que existían en el centro, ni tampoco medidas de control una vez ocurrido el brote infeccioso". A lo anterior añaden que una vez detectada la infección "existió una mala praxis en el manejo de la enferma".

Concluyen que "es evidente la relación causal entre la deficiente asistencia sanitaria y el fallecimiento de la paciente", ya que "ni se adoptaron las adecuadas medidas de prevención para evitar el brote infeccioso ni la asistencia sanitaria prestada a la enferma fue diligente".

Solicitan una indemnización por importe de ciento veintiocho mil ochocientos cinco euros con sesenta y nueve céntimos (128.805,69 €), de los cuales 80.000 € -a razón de 20.000 € para cada hijo- serían en concepto de perjuicio personal básico, incrementado en un 25% por "fallecimiento de progenitor único". Entienden que ha de aplicarse también "un incremento del 25% como perjuicio excepcional, teniendo en cuenta las circunstancias personales y familiares de la finada, así como las que han rodeado su fallecimiento por una negligencia asistencial, a lo que añaden una cuantía de 1.600 € como "perjuicio patrimonial". Finalmente, solicitan que el Servicio de Salud del Principado de Asturias sufrague "los gastos en que ha incurrido" la paciente por "el tratamiento recibido en la residencia" privada, "dada la necesidad del mismo y el grave déficit asistencial", que ascienden a 7.205,69 €.

Interesan la incorporación al expediente de los protocolos de actuación y normas de control de las infecciones y las guías de prevención de las infecciones nosocomiales que tiene el hospital (vigilancia epidemiológica, gestión de pacientes y evaluación y seguimiento de las medidas de prevención

implantadas), así como la documentación relativa a la aplicación de “las normas de prevención de infecciones en el primer semestre de 2015”. Añaden que “la Administración debe indicar qué medidas concretas de profilaxis, de prevención, adoptó y aplicó antes y durante el brote infeccioso en sus instalaciones”.

Asimismo, requieren que se incorpore al expediente la historia clínica completa de la paciente obrante en el Hospital “X” y en el Hospital “Y”, y que se llame al procedimiento a la entidad aseguradora del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Adjuntan a su escrito copia de los siguientes documentos: a) Poder general para pleitos otorgado ante notario por los cuatro interesados. b) Documento nacional de identidad de la fallecida y de los cuatro reclamantes. c) Libro de Familia. d) Testamento abierto de la fallecida en el que se instituyen herederos “únicos y universales” a sus hijos. e) Certificado de defunción. f) Informe del Servicio de Traumatología del Hospital “X”, de 15 de diciembre de 2014, en el que se recoge que la paciente acude a Urgencias el 16 de noviembre “tras referir caída casual, con posterior impotencia funcional de MII”, diagnosticándosele una “fractura pertrocantérea de fémur izquierdo”. El 25 de noviembre, “previo estudio preoperatorio favorable, se interviene quirúrgicamente realizándose osteosíntesis endomedular con clavo PFN”. Se señala que “durante el ingreso se detecta colonización rectal por *Klebsiella pneumoniae* productora de carbapenemasa, por lo que se procedió a aislamiento de contacto y medidas higiénico-sanitarias adecuadas./ La paciente es curada de lesiones de decúbito que presenta en región sacra y talones”. Al alta -15 de diciembre- “se autoriza deambulación con apoyo de la extremidad intervenida con ayuda de dos bastones o andador” y se indican “curas locales de lesiones de decúbito según informe de enfermería en su centro de salud”. g) Informe epidemiológico, suscrito el 11 de diciembre de 2014, por un facultativo del Hospital “X”, en el que se refleja que a la paciente se le detecta “una colonización rectal por *Klebsiella pneumoniae* productora de carbapenemasa en el curso del estudio de un brote hospitalario por este germen. El mecanismo de transmisión es el contacto y el reservorio principal es el paciente portador (infectado/colonizado). Esta enterobacteria coloniza el tracto digestivo,

especialmente el recto, y allí se transfiere a la piel formando parte de la flora más superficial de la misma. Además se contamina el entorno donde se presta atención sanitaria, ropa de cama, mobiliario y otros objetos próximos al paciente. La transmisión por contacto se produce por las manos del personal que actúan de vehículo al no realizarse una correcta higiene de manos después de atender al paciente". Entre las recomendaciones figuran la adopción de "medidas de aislamiento de contacto (...), extremar las medidas de limpieza" y tomar "muestras de control de exudado rectal una vez a la semana poniéndose en contacto con su médico de Atención Primaria". h) Informe clínico de alta, de 7 de enero de 2015, en el que se consigna que la paciente es remitida el 28 de diciembre de 2014 desde su residencia "por deposiciones diarreicas desde hace 4-5 días, sin productos patológicos asociado a náuseas, sin vómitos ni fiebre. Refieren también hipoglucemias y mal control de la diabetes desde el inicio del episodio". En cuando a su evolución, se indica que "inicialmente se dejó en dieta absoluta con sueros sin iniciar antibioterapia a la espera de los resultados de los diversos cultivos, suspendiéndose también el tratamiento con hierro oral por si estuviese en relación con la clínica digestiva que presentaba (...). Tras el resultado del urinocultivo se pautó fluconazol. La paciente evolucionó de manera favorable, con buena tolerancia al reintroducir la dieta, con buen control de su diabetes (...), desapareciendo la diarrea y manteniéndose afebril y hemodinámicamente estable durante todo el ingreso sin recibir antibioterapia (asumiéndose por tanto el papel colonizador de la *Klebsiella*), motivo por el que se decide finalmente alta a su domicilio". Como diagnósticos figuran "infección del tracto urinario por *Cándida albicans*./ Síndrome diarreico autolimitado. Posible intolerancia a hierro oral./ Colonización rectal, urinaria y de escara sacra por *Klebsiella pneumoniae* productora de carbapenemasas". i) Informe clínico de alta del Hospital "X" en el que se señala que es remitida el 27 de enero "por fiebre de posible etiología múltiple (respiratoria, urinaria y úlceras de presión) en el contexto de un paciente con deterioro cognitivo evolucionado y colonizado por gérmenes con resistencia a antibióticos. Se pauta oxigenoterapia, sueroterapia diabética, broncodilatadores, mucolíticos y antibioterapia empírica con Ciprofloxacino. Evoluciona favorablemente, manteniéndose afebril, con

tolerancia oral aceptable, sin otras incidencias salvo por glucemias altas, por lo que se decide el alta dado que no se beneficiaría de prologar su estancia hospitalaria, recomendando cuidados por parte de su médico de Atención Primaria. Recibe el alta médica el 2 de febrero de 2015. j) Informe del Jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital "X", de 10 de febrero de 2015, en relación con la reclamación presentada ante el Servicio de Atención al Paciente sobre la asistencia prestada a la perjudicada. En él manifiesta que "la paciente desarrolló, durante el ingreso en el S.º de Traumatología como consecuencia de una fractura de cadera, una colonización por *Klebsiella pneumoniae* productora de carbapenemasa en el contexto de un brote de infección hospitalaria por dicho germen./ Posteriormente (...) ingresó en dos ocasiones en el S.º de Medicina Interna, la primera por una infección urinaria por *Cándida albicans* y síndrome diarreico autolimitado y la segunda por un síndrome febril que evolucionó favorablemente con tratamiento antibiótico. Durante los ingresos se constató la persistencia de la colonización por la *Klebsiella* anteriormente citada que había sido adquirida durante su anterior ingreso". Respecto a la solicitud de que se instaure un tratamiento a la paciente contra la citada bacteria, comenta "que se trata de un problema extraordinariamente complejo, puesto que es muy difícil de eliminar dada su elevada resistencia a los antibióticos e incluso se corre el riesgo de que los antibióticos empleados produzcan aún mayor toxicidad y no consigan eliminar la bacteria, especialmente en pacientes como (la perjudicada), de muy avanzada edad, con múltiples patologías y un deterioro funcional importante". k) Informe clínico de alta del Hospital "Y" en el que consta que se trata de una "mujer de 90 años, encamada, DABVD, HTA, DM tipo II, ACV cerebeloso derecho en 2006 (desde entonces dependiente), hernia de hiato, degeneración macular". El 30 de marzo de 2015 "acude derivada del H. `X` para valoración por parte del Servicio de Cirugía Vasular. Refieren que, pese a la realización de cambios posturales cada dos horas y cuidados locales de las úlceras, la evolución de estas no es buena, con notable empeoramiento del talón derecho con signos más evidentes de necrosis y sobreinfección. Además, desde hace 3 días (...) ha comenzado con fiebre de hasta 39 °C, taquicardia, descompensación de su estado general, disnea,

temblor y agitación". Se indica que, "dado el estado basal de la paciente, las pruebas que aporta del H. `X` (...) y el origen multifactorial de su proceso infeccioso, se habla con la familia y se plantea la opción de ingresar para amputación mayor vs. cuidados paliativos de la mujer. Se decide (junto) al Servicio de Medicina Interna y con la familia que la mejor opción es el traslado al H. `X` para cuidados paliativos de la paciente, descartando amputación". El 31 de marzo se traslada al Servicio de Medicina Interna del Hospital "X" con el diagnóstico de "isquemia crónica grado IV. Infección urinaria. Infección úlcera sacra. Bacteriemia por *Klebsiella* productora de carbapenemasa". l) Informe del Servicio de Medicina Interna del Hospital "X", firmado el 19 de mayo de 2015, en el que se recoge que la paciente es "remitida desde la residencia geriátrica por fiebre de 3 días de evolución a pesar de toma de antipiréticos y Ciprofloxacino oral. Deterioro general importante, mal control glucémico y taquiarritmia. En el ingreso previo ya presentaba úlceras por presión con escaras necróticas a nivel sacro y ambos talones que han empeorado. Desde Urgencias se deriva (al Hospital `Y`) para valoración por C. Vascular de las úlceras talaras y la isquemia crónica que ha empeorado, desestimándose amputación mayor y decidiéndose conjuntamente con la familia cuidados paliativos". El 31 de marzo ingresa en el Servicio de Medicina Interna del Hospital "X", presentando a la exploración física "escaras a nivel sacro (...). Isquemia crónica que ha empeorado, con mala perfusión distal, sobre todo en pie derecho, con gran úlcera con pérdida de sustancia en talón, extendiéndose hacia arriba y por antepie, maloliente y con gran exposición de tendones y hueso. Úlcera talar izquierda y en antepie". Ante la "sepsis" que presenta se decide cubrir "empíricamente con antibioterapia según cultivos previos (amikacina), siendo la situación clínica al ingreso muy mala, presentando además signos de deshidratación con hipernatremia y anemia. Se decide sedación paliativa, siendo exitus el día 2-4-2015". Como diagnóstico principal se establece el de "bacteriemia por *Bacteroides* del grupo *fragilis*./ Úlceras por presión talaras sobreinfectadas./ Isquemia crónica en miembros inferiores grado IV", y como diagnósticos secundarios los de "hipernatremia. Deshidratación./ Infección del tracto urinario/colonización por *Klebsiella*

pneumoniae (...). Úlcera sacra sobreinfectada./ Anemia microcítica hipocrómica./ Demencia degenerativa tipo Alzheimer evolucionada". m) Reclamación presentada en el Servicio de Atención al Usuario el 29 de enero de 2015. n) Hoja de episodios obrante en el EAP Corvera. ñ) Escrito en el que se explica el "perjuicio excepcional" y "las circunstancias" que justifican el incremento de la indemnización. o) Certificación del Director Provincial del Instituto Nacional de la seguridad Social acreditativa de las pensiones que percibía la fallecida. p) Fotografías familiares. q) Facturas correspondientes a la estancia en la residencia privada donde estuvo ingresada la finada entre el 15 de diciembre de 2014 y el 30 de abril de 2015, por importe de 6.774,19 €. r) Factura de la residencia privada por "suministro de batas desechables", por importe de 431,50 €.

2. Mediante oficio de 20 de noviembre de 2015, la Jefa del Servicio de Asuntos Generales de la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias traslada la reclamación al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios, donde se registra de entrada el 24 de ese mes.

3. Con fecha 24 de noviembre de 2015, el Director Económico y de Profesionales del Área Sanitaria III remite una copia del parte de reclamación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

4. El día 15 de diciembre de 2015, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica al representante de los interesados la fecha de recepción de su reclamación en el referido Servicio -24 de noviembre de 2015-, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

5. Mediante oficio de 11 de diciembre de 2015, el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios designado al efecto solicita a la Gerencia del Área Sanitaria III una copia de la historia clínica de la paciente relativa al proceso de

referencia, así como un informe de los Servicios de Traumatología, de Medicina Interna y de Medicina Preventiva.

6. Con fecha 3 de febrero de 2016, el Director Económico y de Profesionales del Área Sanitaria III remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios un CD que contiene una copia de la historia clínica de la perjudicada y los informes de los Servicios de Traumatología, de Medicina Interna y de Microbiología, acompañado este último "de diversos protocolos y guías relativos a la prevención y control de las infecciones nosocomiales vigentes en este centro y realizados por este Servicio al no existir el de Medicina Preventiva".

La historia clínica contiene, entre otros, los siguientes documentos: a) Documentos de consentimiento informado para "procedimientos anestésicos" y para "osteosíntesis de fracturas articulares" -ambos firmados por una hija de la paciente-, figurando en este último riesgos tales como la "infección a nivel de herida operatoria (...). Necrosis cutáneas (...). Complicaciones del estado general como consecuencia de la edad y que pueden originar la muerte". b) Informe de la intervención quirúrgica (osteosíntesis endomedular con clavo PFN), realizada el 25 de noviembre de 2014. Consta la aplicación de profilaxis tromboembólica y antibiótica a la paciente (Vancomicina 1gr IV + Ceftriaxona 1 gr IV (folio 92 de la historia clínica). c) Informe de cuidados de enfermería de 15 de diciembre de 2014 y 7 de enero y 2 de febrero de 2015, en los que constan los relativos a las úlceras de la paciente. d) Informe de la residencia privada donde estaba ingresada la paciente en el que se detallan los signos y/o síntomas que motivan su derivación al Hospital "X" el 30 de marzo de 2015, reseñándose en él que presentaba "úlceras por presión con escaras, algunas de ellas necróticas, a nivel de sacro y ambos talones desde el alta hospitalaria. Pese a la realización de cambios posturales cada 2 h y cuidados locales de úlceras, la evolución de estas no es buena, empeorando notablemente la del talón dcho. con signos más evidentes de necrosis y sobreinfección".

En el informe del Jefe del Servicio de Traumatología del Hospital "X" de 12 de enero de 2016 se indica que "la atención a dicha paciente durante su ingreso en el Servicio de Traumatología fue en todo momento correcta. La

intervención quirúrgica por su fractura de cadera se realizó en el momento en que se consideró tenía menos riesgo para la paciente, tanto en cuanto a la medicación previa como a la infección urinaria./ Se procedió a aislamiento de contacto y medidas higiénico sanitarias debido a la presencia de colonización rectal por *Klebsiella*. En el cultivo de la herida no se objetivó dicho germen". Adjunta el informe emitido por una especialista del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología el día anterior en el que se recoge que la paciente acude a Urgencias el día 16 de noviembre de 2014 por "caída casual", iniciándose tratamiento con "Augmentine 1 gr IV hasta la llegada de urinocultivo". El 18 de noviembre el resultado del urinocultivo es "flora bacteriana abundante", y el 20 de noviembre el segundo cultivo es "estéril", por lo que se decide mantener Augmentine "hasta cumplir la semana de tratamiento" y se solicita "analítica completa incluyendo hemograma de control". El 24 de noviembre "se pauta profilaxis antibiótica prequirúrgica recomendada por el S.º de Microbiología ajustada a función renal./ Se programa para cirugía el día 25-11-14, siendo apta por el S.º de Anestesiología". El 27 de noviembre "se procede a aislamiento de contacto y medidas higiénicas-sanitarias adecuadas por colonización rectal por *Klebsiella pneumoniae* productora de carbapenemasa./ La evolución del proceso traumatológico fue favorable". El 28 de noviembre se solicita cultivo exudado de la herida quirúrgica "para descartar *Kb. pn.* carbapenemasa, que es negativo para *Klebsiella*". El 15 de diciembre es alta hospitalaria por parte del Servicio de Traumatología y en la revisión del 21 de enero se visualiza en estudio radiológico "inicio de callo óseo".

En el informe suscrito por el Jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital "X" el 14 de enero de 2016 se expone que "durante el ingreso en el S.º de Traumatología como consecuencia de una fractura pertrocantérea del fémur izdo. que requirió tratamiento quirúrgico la paciente adquirió una colonización rectal por *Klebsiella pneumoniae* productora de carbapenemasas. Dicha colonización se detectó en el estudio de un brote hospitalario por dicho germen que se desarrolló en el hospital, y debo incidir en el hecho de que la paciente no estaba infectada sino colonizada por dicho germen". Por lo que se refiere al

segundo ingreso, el 27 de enero de 2015, se debe a que la paciente presenta “un episodio febril que evoluciona favorablemente con Ciprofloxacino”, señalando que “el origen de la fiebre es incierto, dado los múltiples potenciales focos que (...) presenta (urinario, respiratorio, úlceras por presión), pero evoluciona favorablemente tratada con Ciprofloxacino (este fármaco no es efectivo frente a las *Klebsiellas* productoras de carbapenemasas, lo que hace poco probable que el origen de la fiebre esté en relación con la presencia de dicho germen)”. Comenta que tras el fallecimiento “se establece la presencia de *Klebsiella pneumoniae* productora de betalactamasas en orina pero no en los hemocultivos, por lo que no puede descartarse que siga tratándose de una bacteriuria asintomática como en el anterior ingreso. La causa de la muerte es indudablemente la bacteriemia por *Bacteroides* del grupo *fragilis*”. Finalmente, resalta que “se demostró colonización por *Klebsiella pneumoniae* productora de carbapenemasa pero no infección por dicho germen y (...) en ese momento no está indicado tratar de erradicar dichos gérmenes, dado que por su elevada resistencia a los antibióticos existen pocas posibilidades de éxito y además (...) un elevado riesgo de toxicidad por el tratamiento”. Añade que en la paciente, “de muy avanzada edad, con múltiples patologías, con un deterioro funcional importante, presentaba más riesgos que beneficios tratar de eliminar dicha bacteria cuando no se le atribuía claramente la clínica de la paciente; de hecho revisada la historia, el fallecimiento (...) se debe a la bacteriemia-sepsis por *Bacteroides fragilis* y no como erróneamente se expresa en la reclamación a una bacteriemia por *Klebsiella* productora de betalactamasas, es decir, la paciente se muere con la *Klebsiella pneumoniae* multirresistente pero no a causa de la infección por dicho germen sino de infección por *Bacteroides fragilis*, probablemente originado en las úlceras que (...) presenta como consecuencia de su isquemia crónica de miembros inferiores resultado de su avanzada edad y de su elevado riesgo cardiovascular por la diabetes e hipertensión arterial”.

La documentación remitida por el Servicio de Microbiología incluye, entre otros, los siguientes documentos: a) Sistema de vigilancia, prevención y control de la infección relacionada con la asistencia sanitaria en el que constan los

resultados microbiológicos de la paciente, anotándose, el “26-11-2014, *K. pneumoniae* carbapenemasa en ex. rectal. Persiste positivo 9-12, 23-12, 28-12”; el “28-11-2014, herida quirúrgica: negativa para *K. pneumoniae* carbapenemasa (...). Cultivo de orina: 10⁶ de *Candida albicans* 10² de *K. pneumoniae* carbapenemasa (...). Heces: flora normal. *Clostridium difficile* negativo (...). Escara sacra: positivo: *K. pneumoniae* carbapenemasa”; el “27-1-2015, orina: 10⁶ *K. pneumoniae* carbapenemasa”; el “12-2-2015, escara (centro de salud): negativo para *K. pneumoniae* carbapenemasa”; el “30-3-2015, hemocultivos: *Bacteroides thetaiotaomicron* (bacteria anaerobia del grupo *fragilis*) (...). Orina: 10⁶ *K. pneumoniae* Blee (no carbapenemasa)”. Se indica que, “revisados los resultados de Microbiología de la paciente -incluso en el (Hospital ‘Y’)-, no tuvo en ningún momento hemocultivos positivos para *K. pneumoniae*./ Los informes relativos a la paciente por otros Servicio hacer referencia a colonización por la *K. pneumoniae* carbapenemasa, por lo que no recibió tratamiento específico. b) Base de datos de los pacientes con gérmenes multirresistentes (anexo 1) en la que consta que se detecta, a la paciente en cuestión, “*Kl. carbap.*” en muestra rectal, iniciándose el aislamiento el 27 de noviembre de 2014, y se reseña que la adquisición es “nosocomial”. c) Informe del Hospital “X”, de 6 de febrero de 2015, sobre el brote de *Klebsiella* carbapenemasa en la planta de hospitalización de Traumatología (6.ª centro). En él se señala que “una infección se considera nosocomial si no hay indicios de que el paciente la tuviera ni en fase clínica ni en periodo de incubación en el momento del ingreso”, y que existe un “brote de infección nosocomial por *Klebsiella pneumoniae* carbapenemasa” cuando hay “presencia de dos o más casos de pacientes infectados/colonizados que aparecen en las 48 h posteriores a su ingreso en el centro y que tienen vínculo epidemiológico”. En cuanto a la *Klebsiella pneumoniae* productora de carbapenemasa, indica que “son las que generan resistencia a todos los antibióticos β-lactámicos, incluyendo los antibióticos carbapenémicos”. Aclara que “el 24 de noviembre de 2014 el Servicio de Microbiología detecta dos casos de pacientes con cultivos positivos para *Klebsiella pneumoniae* carbapenemasa en la unidad de hospitalización de Traumatología 6.ª centro. El día 24 se reúne información científica y técnica

sobre dicha bacteria estructurándose un plan de investigación epidemiológico y pautas de actuación para el personal implicado”. Tras comunicar el brote al Director del hospital, al Jefe del Servicio de Traumatología y al Supervisor de la Unidad de Hospitalización, “se toman muestras de exudado rectal de los pacientes desde la habitación 629-A a 635-B (...). El 27-11-2014 se toman las muestras del resto de los pacientes ingresados”. Se implementa la limpieza de esa unidad “con triple limpieza de altas del día de hoy y limpieza de carros de curas”. Asimismo, los pacientes en aislamiento son reubicados en la parte final de la unidad, poniendo personal de enfermería exclusivo para la atención de estos pacientes. Se acuerdan otras medidas, como “limpieza extraordinaria de carros de curas y medicación (...). Limpieza de camas antes de bajar a quirófanos (...). Aseo con clorhexidina jabonosa de pacientes que van a quirófano (...). Asignar a personal celador exclusivo para la planta de Traumatología y que este esté formado en higiene de manos y aislamientos (...). Realizar tres limpiezas después de un alta de aislamiento (...). Mandan personal exclusivo de limpieza para estos aislamientos (...). Talleres de formación en higiene de manos y manejo de aislamientos por gérmenes resistentes en todas la unidades de hospitalización”. Se realizan cultivos de control en la planta de hospitalización, el último de ellos el 14 de enero de 2015, y al ser negativos se da por finalizado el brote. d) Protocolos de actuación, normas y guías relativos a las infecciones nosocomiales. e) Documentos de información al paciente (aislamiento, higiene de manos y cuidado de la sonda vesical).

7. Mediante oficio de 15 de marzo de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas 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 30 de agosto de 2016, por una especialista en Medicina Interna y en Neumología. En él analiza la praxis médica e indica, en relación con la institucionalización de la paciente en una

residencia privada, que “dada su situación basal desarrolló (úlceras por presión) en ambos talones y sacro grado I y II correctamente diagnosticadas y tratadas”. Concluye que, “aun cuando la familia reclama por el hecho de que fuera colonizada por una *Klebsiella* resistente a carbapenemasas, la realidad es que este hecho no guarda relación alguna con su evolución. Es la historia natural de los pacientes ancianos frágiles que sufren una fractura de cadera y son intervenidos, iniciando un deterioro progresivo ligado a su condición basal de arteriosclerosis avanzada y falta de recuperación de movilidad en relación a demencia avanzada”.

También figura incorporado al expediente un informe jurídico elaborado a instancias de la compañía aseguradora el 4 de octubre de 2016 en el que se afirma que “la actuación del Servicio de Salud del Principado de Asturias ha sido diligente, pues la asistencia sanitaria ha sido conforme a la *lex artis*”. Tras analizar los informes médicos obrantes en el expediente, se concluye que “no ha quedado acreditado el nexo causal entre el fallecimiento y el funcionamiento del servicio sanitario público, correspondiendo a los reclamantes la carga de la prueba de tal circunstancia”.

8. Mediante oficio notificado al representante de los interesados el 25 de octubre 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 26 de octubre de 2016 se persona un representante de los reclamantes en las dependencias administrativas y obtiene una copia, en soporte digital, de los documentos obrantes en aquel.

9. Con fecha 2 de noviembre de 2016, los interesados presentan un escrito de alegaciones en el que señalan que el “expediente no se encuentra completo, por cuanto falta la documentación solicitada (...) relativa al Hospital ‘X’ (...): Protocolos de actuación y normas de control de las infecciones y las guías de prevención de las infecciones nosocomiales que tiene el hospital (vigilancia

epidemiológica, gestión, de pacientes y evaluación y seguimiento de las medidas de prevención implantadas) (...). Aplicación de las normas de prevención de infecciones en el primer semestre de 2015 referentes a la vigilancia epidemiológica, a la gestión de pacientes y a la evaluación y seguimiento de las medidas de prevención implantadas”.

Asimismo, solicitan la suspensión del plazo para realizar el trámite de audiencia en tanto se incorpora al expediente dicha documentación.

10. Mediante oficio de 18 de noviembre de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas solicita a la Gerencia del Área Sanitaria III la documentación que, habiendo sido solicitada, aún no se ha incorporado al expediente.

Tras reiterarse la petición, el 9 de enero de 2017 el Director Económico y de Profesionales del Área Sanitaria III envía al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios un CD que contiene los protocolos de actuación de las infecciones nosocomiales, los documentos de información al paciente (aislamiento, higiene de manos y cuidado de la sonda vesical) y las actuaciones llevadas a cabo con la paciente.

11. El día 26 de enero de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica al representante de los interesados la apertura de un segundo trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándole una copia de los documentos incorporados al expediente.

El 15 de febrero de 2017, los perjudicados presentan un escrito de alegaciones en el que reiteran las manifestaciones formuladas en su reclamación inicial. En cuanto a los informes médicos que obran en el expediente, señalan que “el contagio y propagación de una enfermedad nosocomial como la *Klebsiella pneumoniae* refleja directamente la calidad de los cuidados y el control de infecciones del hospital en cuestión. El contagio de esta bacteria (...) debería ser investigado de manera exhaustiva”.

En segundo lugar, reprochan que “la familia solo tuvo conocimiento del aislamiento al visitar a la paciente durante la tarde del mismo día en que empezó el aislamiento (...) Tampoco se informó a la familia de cuál era la bacteria por la que (...) requería aislamiento”, y recriminan al hospital que no les dejasen participar en “las decisiones que se estaban tomando”, especialmente en relación al alta médica.

En tercer lugar, afirman que “de no haberse producido el contagio habría podido acudir al Hospital ‘Z’ para una rehabilitación física”, por lo que al no poder hacerlo se dejó a la paciente “en una condición de movilidad e independencia nula”.

En cuanto a las úlceras por presión, comentan que su madre “nunca padeció” ninguna “hasta que fue ingresada por la fractura de cadera en noviembre de 2014./ Sus problemas (...) situaban a la perjudicada como paciente de alto riesgo (...), y ello obligaba al personal asistencial a extremar la precaución y los cuidados./ El índice de úlceras por presión en un hospital es un reflejo directo de la calidad de los cuidados de la piel llevados a cabo por el personal clínico. Las úlceras por presión son evitables si se disponen los medios y cuidados adecuados, en este caso, no se dispusieron nunca (...). La infección de una de las úlceras por presión (...) fue la causa de la muerte”.

Tras analizar el informe elaborado a instancias de la compañía aseguradora, subrayan que resta importancia al contagio de la bacteria cuando la misma “fue la causa real del deterioro físico, mental y social de la paciente”.

Por lo que se refiere a las patologías previas de la perjudicada, insisten en que “no limitaban en absoluto el día a día de la paciente antes de entrar en el hospital”.

Finalizan reiterando que “el contagio por la bacteria *Klebsiella pneumoniae* y la falta de los cuidados adecuados (...) fue la causa directa que originó su grave deterioro y que provocó su muerte por bacteriemia por *Klebsiella* e infección generalizada, sola y aislada”. Y añaden que “el brote infeccioso fue determinante y que por parte del hospital la prevención del brote, el control y gestión de los pacientes, una vez declarado, fue ineficaz”.

12. Mediante escrito de 20 de febrero de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas remite a la correduría de seguros una copia de las alegaciones presentadas.

13. Con fecha 28 de febrero de 2017, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella expone que la tras la intervención quirúrgica a la que fue sometida la paciente “se detectó la colonización por una *Klebsiella* productora de carbapenemasa en el contexto de una epidemia registrada en el hospital. Por ello fue sometida a aislamiento y a controles periódicos mediante realización de cultivos periódicos, situación de la que se dio información a la familia incluso por escrito./ Se demostró una colonización por *Klebsiella pneumoniae* productora de carbapenemasa pero no infección por dicho germen, y en caso de colonización no está indicado tratar de erradicar dichos gérmenes, dado que por su elevada resistencia a los antibióticos existen pocas posibilidades de éxito y además (...) un elevado riesgo de toxicidad por el tratamiento. En el caso de (la finada), de muy avanzada edad, con múltiples patologías y con un deterioro funcional importante presentaba más riesgos que beneficios tratar de eliminar dicha bacteria cuando no se le atribuía claramente la clínica de la paciente”.

Aclara que “el fallecimiento de la paciente se debe a la bacteriemia-sepsis por *Bacteroides fragilis* y no como erróneamente se expresa en la reclamación a una bacteriemia por *Klebsiella* productora de betalactamasas”, esgrimiendo los razonamientos expuestos por el Jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital “X” en su informe de 14 de enero de 2016. Por último, destaca que “en los hemocultivos nunca hubo presencia de *Klebsiella*, por lo que la sepsis que produjo su muerte no puede ser ocasionada por este germen sino por los *Bacteroides* grupo *fragilis* que sí fueron detectados”.

14. En este estado de tramitación, mediante escrito de 23 de marzo 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 Oficina del Servicio Público de Empleo de Valladolid (IV) - San Pablo con fecha 12 de noviembre de 2015, lo que nos remite a la redacción entonces vigente de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), y al Reglamento de

los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la LRJPAC, están los interesados -hijos de la fallecida- activamente legitimados para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron, pudiendo actuar por medio de representante con poder bastante al efecto, a tenor de lo establecido en el artículo 32 de la Ley citada.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 142.5 de la LRJPAC dispone que "En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas". En el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 12 de noviembre de 2015, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -el fallecimiento de la perjudicada- el día 2 de abril 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.- Los reclamantes solicitan una indemnización por los daños derivados del fallecimiento de su madre, que atribuyen a una infección “nosocomial” contraída en el Hospital “X” donde aquella fue intervenida quirúrgicamente el 25 de noviembre de 2014.

Consta en el expediente que la madre de los interesados falleció en el citado centro hospitalario el día 2 de abril de 2015, por lo que es evidente que esta pérdida ha originado en ellos un daño real y efectivo de naturaleza moral.

Ahora bien, la mera 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 este Consejo Consultivo en anteriores dictámenes, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios

y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que eventualmente pueda sufrir el paciente con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados concretos.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por los reclamantes es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*.

Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico, ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica-, que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

También hemos de señalar que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

En el caso que nos ocupa, nos encontramos con una paciente de 90 años que acude al Servicio de Urgencias del Hospital "X" el 16 de noviembre de 2014 "tras referir caída casual, con posterior impotencia funcional de MII", siendo diagnosticada de "fractura pertrocantérea de fémur izquierdo". El 25 de noviembre, "previo estudio preoperatorio favorable, se interviene quirúrgicamente realizándose osteosíntesis endomedular con clavo PFN". En el curso del estudio de un brote hospitalario por *Klebsiella pneumoniae* productora

de carbapenemasa se le detecta “una colonización rectal” por este germen en el exudado realizado al día siguiente de la intervención. Como se explica en el informe del Hospital “X” de 6 de febrero de 2015, la *Klebsiella pneumoniae* productora de carbapenemasa “son las que generan resistencia a todos los antibióticos β -lactámicos, incluyendo los antibióticos carbapenémicos”.

Planteada la cuestión en los términos expuestos, debemos tener presente que en casos similares al que nos ocupa venimos señalando que “la mera aparición de una infección nosocomial no permite deducir una infracción de la *lex artis ad hoc* en la prestación sanitaria. No obstante, hemos de recordar que, aun admitiendo que de acuerdo con el estado actual de la medicina es imposible erradicar por completo el riesgo de que se produzcan infecciones hospitalarias en un ámbito singular en el que la exposición a los agentes causantes resulta inevitable, cualesquiera que sean las medidas profilácticas y preventivas adoptadas, también ha manifestado este Consejo que en caso de apreciarse la existencia de un daño desproporcionado o extraordinario, aunque típico de esta índole, la Administración ha de extremar la justificación de que toda su actividad se ajustó a los dictados de la *lex artis*, es decir, ha de demostrar que actuó con la debida diligencia para prevenir la aparición de una infección hospitalaria. En definitiva, no resulta exigible al servicio público sanitario que garantice la no aparición de tales infecciones, pero lo que sí ha de demandarse de la Administración sanitaria es que acredite que ha utilizado todos los instrumentos disponibles para reducir al mínimo el riesgo de una infección nosocomial, justificando de forma detallada y exhaustiva el cumplimiento de las reglas internas para su prevención” (por todos, Dictamen Núm. 379/2011).

A la vista de ello, en el presente supuesto conviene retener las siguientes cuestiones que aparecen recogidas en el informe emitido por el Servicio de Microbiología del Hospital “X”. En primer lugar, y por lo que ahora interesa, se indica en él que “el 24 de noviembre de 2014 el Servicio de Microbiología detecta dos casos de pacientes con cultivos positivos para *Klebsiella pneumoniae* carbapenemasa en la unidad de hospitalización de Traumatología 6.^a centro. El día 24 se reúne información científica y técnica sobre dicha

bacteria estructurándose un plan de investigación epidemiológico y pautas de actuación para el personal implicado”. Tras comunicar el brote al Director del hospital, al Jefe del Servicio de Traumatología y al Supervisor de la Unidad de Hospitalización, “se toman muestras de exudado rectal de los pacientes desde la habitación 629-A a 635-B” -entre los que se encontraba la paciente cuyos hijos ahora reclaman-. Se implementan medidas de limpieza de esa unidad “con triple limpieza de altas del día de hoy y limpieza de carros de curas”. Asimismo, los pacientes en aislamiento son reubicados en la parte final de la unidad, poniendo personal de enfermería exclusivo para su atención; concretamente, la paciente fue puesta en aislamiento de contacto el día 27 de noviembre. También se acuerdan otras medidas, como “limpieza extraordinaria de carros de curas y medicación (...). Limpieza de camas antes de bajar a quirófanos (...). Aseo con clorhexidina jabonosa de pacientes que van a quirófano (...). Asignar a personal celador exclusivo para la planta de Traumatología y que este esté formado en higiene de manos y aislamientos (...). Realizar tres limpiezas después de un alta de aislamiento (...). Mandan personal exclusivo de limpieza para estos aislamientos (...). Talleres de formación en higiene de manos y manejo de aislamientos por gérmenes resistentes en todas la unidades de hospitalización”. Se realizan cultivos de control en la planta de hospitalización, el último de ellos el día 14 de enero de 2015, y al ser negativos se da por finalizado el brote. Como ha quedado reflejado, una vez detectada la presencia de varios pacientes infectados/colonizados por esta enterobacteria, todas las medidas adoptadas por el hospital estuvieron dirigidas a la contención y control del brote, de conformidad con los protocolos y guías de aislamiento para pacientes con enfermedades transmisibles -documentos que obran incorporados al expediente-.

Por tanto, las manifestaciones formuladas en el escrito de reclamación -que “el ambiente hospitalario era absolutamente deficiente./ Existió una grave disfunción del servicio, una de cuyas funciones es precisamente la de velar eficazmente por la asepsia (...). El hecho de que existieran varios pacientes contagiados adviera que el nivel de limpieza y salubridad del centro no era el adecuado”- no pueden darse por acreditadas, ya que los interesados no

aportan ninguna prueba que las sostenga; máxime cuando ya hemos aludido a la imposibilidad de erradicar por completo el riesgo de que se produzcan infecciones hospitalarias en un ámbito singular en el que la exposición a los agentes causantes resulta inevitable.

Una vez determinada la correcta actuación del hospital en el control y manejo del brote de infección nosocomial por *Klebsiella pneumoniae* carbapenemasa, debemos analizar si el personal sanitario actuó con la diligencia debida para prevenir la aparición de una infección en la paciente cuyo fallecimiento es objeto de esta reclamación. Al respecto, obra en la historia clínica un informe de la intervención llevada a cabo el 25 de noviembre de 2014 (osteosíntesis endomedular con clavo PFN), constanding la aplicación de profilaxis tromboembólica y antibiótica a la paciente (concretamente, se le administró Vancomicina 1gr IV + Ceftriaxona 1 gr IV -folio 92 de la historia clínica-). Asimismo, una de las hijas de la paciente firmó el consentimiento informado para osteosíntesis de fracturas articulares en el que figuran como riesgos la "infección a nivel de herida operatoria (...). Necrosis cutáneas (...). Complicaciones del estado general como consecuencia de la edad y que pueden originar la muerte". Por tanto, la familia era conocedora de que podrían presentarse complicaciones posteriores a la operación como consecuencia del estado basal de su madre (avanzada edad -90 años-, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, dependiente) que eventualmente podrían dilatar o dificultar su recuperación, e incluso llegar a producirle la muerte. Así, aunque los interesados mantengan que las patologías previas de la perjudicada "no limitaban en absoluto el día a día de la paciente antes de entrar en el hospital", no podemos obviar la influencia negativa que estos factores de riesgo pueden ejercer en su evolución tras una intervención quirúrgica.

Los reclamantes también imputan al Hospital "X" "una mala praxis en el manejo de la enferma". Al respecto, debe señalarse que una vez detectado el contagio se procedió a aislar a la paciente (el día 27 de noviembre de 2014) y se adoptaron "medidas higiénico-sanitarias adecuadas", realizándole controles periódicos a través de diferentes cultivos.

Resulta de especial relevancia el hecho de que el fallecimiento de la paciente se deba a "la bacteriemia-sepsis por *Bacteroides fragilis* y no como erróneamente se expresa en la reclamación a una bacteriemia por *Klebsiella* productora de betalactamasas", tal y como explica el Jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital "X" y como se desprende de todos los informes médicos que obran en el expediente. En efecto, tras revisar los resultados de Microbiología de la paciente se observa que no tuvo en ningún momento hemocultivos positivos para *Klebsiella pneumoniae*. El Jefe del Servicio de Medicina Interna precisa en su informe que "la paciente se muere con la *Klebsiella pneumoniae* multirresistente pero no a causa de la infección por dicho germen sino de infección por *Bacteroides fragilis*, probablemente originado en las úlceras que (...) presenta como consecuencia de su isquemia crónica de miembros inferiores resultado de su avanzada edad y de su elevado riesgo cardiovascular por la diabetes e hipertensión arterial". Por su parte, la especialista que suscribe el informe emitido a instancias de la compañía aseguradora incluso asevera que, a pesar de que la paciente "fuera colonizada por una *Klebsiella* resistente a carbapenemasas, la realidad es que este hecho no guarda relación alguna con su evolución".

Respecto a la instauración de un tratamiento a la enferma contra la citada bacteria, como pretendían sus familiares, son varios los especialistas que alertan de su elevada resistencia a los antibióticos, por lo que es muy difícil de eliminar, e incluso alertan -como el Jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital "X"- de que "se corre el riesgo de que los antibióticos empleados produzcan aún mayor toxicidad y no consigan eliminar la bacteria, especialmente en pacientes como (la perjudicada), de muy avanzada edad, con múltiples patologías y un deterioro funcional importante". Por tanto, el no haber administrado antibióticos contra la *Klebsiella pneumoniae* productora de carbapenemasa es una decisión médica adoptada con base en los signos que manifestaba la paciente, que no eran sugestivos de infección, constatándose durante los ingresos posteriores que no estaba infectada, sino colonizada, por la bacteria. Los reclamantes no aportan ninguna prueba o dato objetivo que demuestre que la administración de antibióticos contra la *Klebsiella* le hubiese

reportado a su madre un mayor beneficio que perjuicio, o que hubiese erradicado la bacteria de su organismo.

Por lo que se refiere a la asistencia sanitaria dispensada a la perjudicada, a la luz de los diferentes informes clínicos incorporados al expediente parece que la misma fue adecuada a la patología de la enferma y correcta en todo momento. Así, en relación al primer ingreso, aunque se aisló la *Klebsiella pneumoniae* carbapenemasa en el exudado rectal realizado el 26 de noviembre de 2014, la paciente no mostraba signos de infección. Además, la evolución del proceso traumatológico "fue favorable", no objetivándose la presencia de dicho germen en el cultivo de la herida quirúrgica, por lo que, entendiendo el equipo médico que su actuación estaba completada, la paciente cursa alta el 15 de diciembre de 2014.

En relación con el segundo ingreso, tal y como consta en el informe clínico de alta de 7 de enero de 2015, "evolucionó de manera favorable, con buena tolerancia al reintroducir la dieta, con buen control de su diabetes (...), desapareciendo la diarrea y manteniéndose afebril y hemodinámicamente estable durante todo el ingreso sin recibir antibioterapia (asumiéndose por tanto el papel colonizador de la *Klebsiella*), motivo por el que se decide finalmente alta a su domicilio".

El 27 de enero de 2015 ingresa nuevamente en el Hospital "X" "por fiebre de posible etiología múltiple (respiratoria, urinaria y úlceras de presión) en el contexto de un paciente con deterioro cognitivo evolucionado y colonizado por gérmenes con resistencias a antibióticos". Se pauta oxigenoterapia, sueroterapia diabética, broncodilatadores, mucolíticos y antibioterapia empírica con Ciprofloxacino. La paciente evoluciona favorablemente, "manteniéndose afebril, con tolerancia oral aceptable, sin otras incidencias salvo por glucemias altas", por lo que se decide el alta, dado que, tal y como expresamente se recoge en el informe clínico de alta de 2 de febrero de 2015, "no se beneficiaría de prologar su estancia hospitalaria, recomendando cuidados por parte de su médico de Atención Primaria".

Al alta retorna a la residencia geriátrica donde había sido ingresada el 15 de diciembre de 2014, permaneciendo allí hasta el 30 de marzo de 2015,

momento en el que es remitida al Hospital "X" "por fiebre de 3 días de evolución (...), deterioro general importante, mal control glucémico y taquiarritmia". Desde Urgencias se deriva al Hospital "Y" "para valoración por C. Vascular de las úlceras talaes y la isquemia crónica que ha empeorado, desestimándose amputación mayor y decidiéndose conjuntamente con la familia cuidados paliativos", falleciendo finalmente el 2 de abril de 2015.

En cuanto a las úlceras por presión, afirman los interesados que "son evitables si se disponen los medios y cuidados adecuados, en este caso, no se dispusieron nunca". Es cierto que con ocasión del primer ingreso la paciente presenta úlceras en ambos talones y en la región sacra de las que es curada con carácter previo a recibir el alta médica (15 de diciembre de 2014), con la indicación de realizar "curas locales de lesiones de decúbito según informe de enfermería en su centro de salud". Tal y como expone el Jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital "X" en su informe de 14 de enero de 2016, las úlceras que presentaba la paciente son "consecuencia de su isquemia crónica de miembros inferiores resultado de su avanzada edad y de su elevado riesgo cardiovascular por la diabetes e hipertensión arterial". Al respecto, en el informe elaborado por la residencia geriátrica donde permaneció ingresada desde noviembre de 2014 hasta marzo de 2015 se pone de manifiesto que, "pese a la realización de cambios posturales cada 2 h y cuidados locales de úlceras, la evolución de estas no es buena, empeorando notablemente la del talón derecho con signos más evidentes de necrosis y sobreinfección". Por tanto, parece que la evolución de estas úlceras no fue favorable no por falta de cuidado, sino por la situación basal de la paciente.

En definitiva, de todos los informes incorporados al expediente se desprende que la asistencia prestada a la paciente resultó acorde en todo momento con los postulados de la *lex artis ad hoc*, y que el daño moral alegado por los reclamantes que deriva del fallecimiento de su familiar no guarda relación con una infección por *Klebsiella pneumoniae*, sino que se debió a la bacteriemia-sepsis por *Bacteroides fragilis*, por lo que no se aprecia la existencia de nexo causal entre el fallecimiento de la enferma y la asistencia prestada por el servicio público sanitario. Por ello, no podemos más que

concluir -como hace la Administración en la propuesta de resolución que somete a nuestra consideración- que la reclamación ha de ser desestimada.

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,