

Expediente Núm. 135/2017
Dictamen Núm. 157/2017

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 31 de marzo de 2017 -registrada de entrada el día 5 del mes siguiente-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por la muerte de su hijo que atribuyen a una infección nosocomial adquirida en un hospital público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 11 de mayo de 2016, un procurador, en nombre y representación de los padres del perjudicado, presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos como consecuencia del fallecimiento de su hijo en un hospital de la red pública.

Señalan que el 29 de noviembre de 1996 el paciente "fue diagnosticado, (...) a los dos años de edad, de anemia hemolítica autoinmune IgG de especificidad dentro del sistema RH al antígeno e'". Tras detallar las atenciones prestadas por el servicio público sanitario por esta o cualquier otra patología, afirman que en el informe realizado por el Servicio de Inmunología del Hospital "X" el día 27 de octubre de 2005 se concluye que "la historia clínica de este niño y los resultados inmunológicos obtenidos indican una inmunodeficiencia muy severa, que precisa ser diagnosticada con otras pruebas en el Servicio de Inmunología, así como de utilizar profilaxis frente a las infecciones y tratamiento con γ -globulina IV".

Aluden a los informes de 2005 del Servicio de Hematología y de 2006 de la UCI del Servicio de Pediatría del Hospital "X", en los que se refleja como diagnóstico principal del menor el "síndrome de Evans" o la "enfermedad de Evans", y precisan que en 2005 se le realiza una "esplenectomía (extirpación del bazo)" y que el 16 de diciembre de 2009 el Servicio de Hematología del Hospital "X" informa que "fue valorado por el Servicio de Inmunología del Hospital 'Y', de Madrid, que lo etiqueta de inmunodeficiencia no clasificable", y que "acude de manera programada para tratamiento con gammaglobulina intravenosa' (...) durante todo el año 2010".

Reseñan que el 27 de diciembre de 2011 el Servicio de Hematología del Hospital "X" pone de manifiesto que "mantuvo cifras de plaquetas en torno a 30.000 hasta junio de 2009, desde entonces repetidamente cifras menores a 20.000 sin presentar en ningún momento clínica hemorrágica. Hipogammaglobulinemia severa", y que "ante la persistencia de trombopenia severa, refractaria a dos líneas de tratamiento y esplenectomía, se decide iniciar tratamiento con Eltrombopag". En el año 2013 "su diagnóstico principal (...) es aplasia medular y su tratamiento un amplio surtido de antibióticos (...). Durante todo el año 2014 continuó con el seguimiento de sus enfermedades inmunológicas en consultas externas, teniendo un solo ingreso por astenia y taquicardia". Tras los tratamientos que mencionan, refieren una "solicitud de fecha 17 de abril de 2015 de inicio de búsqueda de donante no emparentado,

ya que a esa fecha no ha habido respuesta al tratamiento efectuado el día 6 de marzo de 2015, en el que recibe el 2.º bloque de tratamiento inmunosupresor”.

Afirman que en el informe de alta del Servicio de Hematología del Hospital “X” de 4 de junio de 2015 consta que el 12 de mayo de 2015 ingresa por “neutropenia febril de probable foco respiratorio”, además de “neumonía en (lóbulo inferior derecho)”, que “es candidato a trasplante (...) y que tiene un donante compatible 10/10”. Manifiestan que, tras los tratamientos antibióticos que detallan, “presenta buen control del dolor con analgesia pautada. Ha recibido tratamiento consecutivamente con Meropenem, Levofloxacino y Tazocel por nuevos picos febriles, sin nueva documentación microbiológica”, consignándose “que si acude a Urgencias recomendamos uso de mascarilla quirúrgica y aislamiento en box individual. Avisar cuanto antes a hematólogo de guardia y extraer hemograma para valorar necesidades transfusionales”.

Sostienen que “a esta fecha, 04 de junio de 2015, el paciente (...) estaba libre de virus, por eso se le dio el alta (...). Tenía programado para el día 2 de julio de 2015 el trasplante de médula./ Durante su estancia en el (Hospital `X´) entre el día 12 de mayo de 2015 y 04 de junio 2015 en que es alta, 23 días, estuvo en la habitación (...) justo debajo de la salida del aire acondicionado, motivo que ocasionó varias reclamaciones de la madre (...), nunca tuvo mascarilla, nunca estuvo aislado, todo tipo de personas, médicos, enfermeros, limpiadores, ayudantes, familiares, visitantes, etc., entraban y salían libremente de la habitación, sin ningún tipo de restricción, prevención ni mascarilla./ Cuando coincidió con otro paciente en la habitación, este, entre sus dolencias, estaba la diabetes”, y la puerta de la habitación “estaba continuamente abriéndose y cerrándose y dependiendo del resto de puertas y ventanas de la planta había corriente de aire o no”.

Hacen referencia, a continuación, a una serie de radiografías entre las que destaca la del 18 de mayo de 2015, que “se compara con radiografía previa del 12-05-2015 y se observa una mejoría radiológica de la condensación neumónica basal derecha, aunque persiste”. También subrayan que como consecuencia de las quejas de la madre del paciente “se hicieron análisis por

parte del hospital en cuanto a las condiciones de la habitación” y que “la consecuencia de los mismos fue el traslado (del paciente) a otra habitación y la clausura” de aquella en la que se encontraba.

Tras relatar toda una serie de pruebas diagnósticas, indican que el 22 de junio de 2015 ingresa en la UCI por una “insuficiencia respiratoria aguda” y que fallece el 28 de ese mismo mes, destacando que en el informe correspondiente consta “que el 16-06-2015 se aíslan en hemocultivos *Corynebacterium jeikeium*./ En evolución y comentarios: `insuficiencia respiratoria severa que cumple criterios de distrés respiratorio agudo en paciente con aplasia medular severa y bacteriemia por *Corynebacterium jeikeium* sin respuesta a (...) (ventilación mecánica no invasiva), siendo precisa la (...) (intubación orotraqueal) y la conexión a (...) (ventilación mecánica). Se realiza broncoscopia y lavado broncoalveolar sin hallazgos bacteriológicos. Galactomanano negativo./ La evolución es desfavorable sin respuesta a decúbito prono ni a CRRT (acrónimo de *continuous renal replacement therapies*) realizando fracaso multiorgánico, manteniendo aplasia medular./ Se propone a la familia autopsia clínica que no aceptan ´”.

Indican que es “absolutamente falso que se haya propuesto a la familia la realización de autopsia clínica y que no hayan aceptado”, por lo que manifiestan no entender “cuál es el sentido que tiene esta falsedad en este informe./ En cuanto al diagnóstico principal, se establece: distrés respiratorio agudo./ En cuanto a otros diagnósticos:/ Bacteriemia por *Corynebacterium jeikeium*./ Shock séptico./ Disfunción multiorgánica./ Pancitopenia./ Exitus./ En este informe se ha establecido como causa de la muerte la insuficiencia respiratoria, pero es obvio que la causa de esta es la bacteriemia que adquirió (el perjudicado) en su ingreso en el hospital y el determinante ha sido el *Corynebacterium jeikeium*; la pancitopenia ya la tenía con anterioridad, que su médula no generaba suficientes glóbulos blancos, rojos y plaquetas ya se sabía, por eso se buscó y se encontró un donante (...). El hospital no ha actuado como debiera (...), teniendo el diagnóstico claro y el donante encontrado y establecida la fecha de 2 de julio de 2015 para hacer el trasplante cuando (el

perjudicado) ingresó el día 12 de mayo (...) debía de haber tomado todas las medias necesarias de tipo profiláctico frente a las infecciones” y “haber extremado las medidas de asepsia./ Debiera de haberle tenido totalmente aislado desde el primer momento, 12 de mayo de 2015 (...). Que el Servicio de Hematología estaba convencido de que (el perjudicado) iba a superar la neutropenia y de que de hecho la superó y fue alta el día 4 de junio se evidencia con sus informes y con la actitud demostrada hacia la familia hasta el último momento”.

Sobre la cuantificación del daño, y de conformidad con lo dispuesto en la “Resolución de 5 de marzo de 2014 de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones”, solicitan ciento cuarenta y un mil setecientos diecisiete euros con treinta céntimos (141.717,30 €).

Proponen, como medios de prueba, la documental, consistente en que se “tenga por reproducida” la que acompañan y que se aporte al expediente una “copia adverada de la historia clínica” del perjudicado, la pericial, que -anuncian- aportarán al expediente “en cuanto se obtengan” los dos informes sobre el funcionamiento de los hospitales que han solicitado, y la testifical de las personas que cita que acompañaron al paciente en su habitación, así como de los “doctores y médicos que atendieron (al perjudicado) hasta su fallecimiento para acreditar las circunstancias del mismo y la falta de las medidas de profilaxis y asepsia necesarias para impedir el contagio de bacteriemia de que fue objeto el fallecido y que fue la causa de su muerte”.

Adjuntan los siguientes documentos: a) Poder para pleitos, de 15 de febrero de 2016, otorgado a favor del procurador actuante. b) Certificación literal del Registro Civil de Oviedo. c) Libro de Familia. d) Diversos informes clínicos del perjudicado, el primero del Servicio de Hematología del Hospital “X” de 4 de noviembre de 1996 y el último relativo a una “solicitud de extracción de progenitores hematopoyéticos de sangre periférica para su hijo” programada para el 2 de julio de 2015. e) Cuatro fotografías. f) Esquela del fallecido. g) Cálculo de variaciones del Índice de Precios de Consumo” del Instituto Nacional de Estadística.

2. Mediante oficio notificado a los interesados el 3 de junio de 2016, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios les comunica 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 del silencio administrativo.

3. El día 7 de junio de 2016, 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 una copia de la historia clínica del perjudicado, y el 22 del mismo mes le remite el informe del Jefe del Servicio de Hematología-Hemoterapia en el que se indica que ha sido elaborado por dos "facultativas especialistas del Servicio (...) que en su día prestaron (...) atención al paciente". En él señalan que en febrero de 2015 presenta "pancitopenia (...). Ante la mala evolución del caso en abril de 2015 se inicia búsqueda de donante no emparentado, con aparición de donante compatible el 21-05-15./ El 12-05-15 ingresa (día +37 del segundo bloque inmunosupresor sin respuesta) por neutropenia febril de foco respiratorio (neumonía en lóbulo inferior derecho, como documentación *Staphylococcus epidermidis* oxacillin sensible y coronavirus y picornavirus en lavado nasal profundo. Recibió tratamiento con Meropenem, Levofloxacino, Tazocel y Azitromicina con control de la fiebre. Desde el momento que inicia neutropenia de menos de 500 neutrófilos se inicia profilaxis ambulatoria con Posaconazol, Aciclovir y Trimetopim/Sulfametoxazol diario. El 04-06-16 (*sic*) es dado de alta, teniendo los padres información de la situación de gravedad en relación con su enfermedad de base y la afectación pulmonar del paciente./ El 15-05-15 (*sic*) ingresa de nuevo por neutropenia febril con foco respiratorio, en Rx tórax aparición de condensación en pulmón izquierdo, al tratarse de un paciente con elevado riesgo de infección fúngica invasiva se inicia tratamiento empírico con amfotericina B liposomal./ El 15-06-15 se realiza TAC tórax alta resolución sugerente de patología infecciosa atípica (aspergilosis como primera posibilidad), por lo que se inicia tratamiento

antifúngico combinado; en ese momento se plantea la posibilidad de realizar broncoscopia que se pospone por insuficiencia respiratoria y trombopenia severa./ El 22-06-15 se traslada a UCI, precisando ventilación mecánica, se realiza (...) lavado broncoalveolar (...) sin obtenerse documentación microbiológica (bacterias, hongos, virus, *Pneumocystis*) que permita establecer causalidad del cuadro respiratorio; tanto las imágenes radiológicas como el hecho de tener una neutropenia severa mantenida hacen sospechar como primera posibilidad infección fúngica, que se trata empíricamente con varias combinaciones de antifúngicos sin respuesta. El paciente presenta fallo multiorgánico y fallece”.

Manifiestan, respecto a la alegación de que el paciente estaba libre de virus, que “no se puede afirmar, solo consta la mejoría clínica que permite el alta. El aclaramiento de los virus es un proceso lento, mucho más en pacientes inmunodeprimidos, y en cualquier caso tanto el picornavirus como el coronavirus aislados en lavado nasal no tienen tratamiento específico./ Ninguna ventana hospitalaria se puede abrir, por tanto no pudiendo alterar el flujo del aire. El hospital tiene un sistema de climatización con aire filtrado a tres niveles de ventilación que renueva y purifica el aire, en ningún caso existe aire acondicionado en ninguna habitación./ Los análisis de control epidemiológico son una práctica habitual del Servicio de Medicina Preventiva, no a petición de la madre del paciente, como consta en la reclamación. Estos controles van dirigidos a gérmenes multirresistentes, y el hecho que se menciona como clausura de la habitación (...) se debe al aislamiento de *Pseudomonas aeruginosa* para la limpieza con hipoclorito sódico. Dicho germen no fue ninguno de los documentados (en el perjudicado) (...). Las medidas de profilaxis infecciosa se mantuvieron estrictamente durante todo el periodo de neutropenia, tanto ambulatorio como durante la hospitalización. Respecto al tratamiento infeccioso, fue precoz e intenso, con combinación de varias terapias antibióticas y antifúngicas y con adecuada cobertura de los gérmenes documentados”.

Finalmente, en un apartado sobre las “infecciones en inmunodeprimidos”, indican que el *Corynebacterium jeikeium* “se considera parte de la flora normal de la piel, particularmente en pacientes hospitalizados. También puede aislarse en el medio hospitalario inanimado. Las infecciones por dicho microorganismo ocurren más frecuentemente, aunque no exclusivamente, en pacientes inmunodeprimidos (...). A pesar de las medidas de asepsia y cuidados estandarizados de los catéteres intravenosos, las complicaciones infecciosas son comunes (...). Se estima que se producen 10,3 infecciones y 5,3 bacteriemias por 1.000 días de inserción del catéter./ Las neutropenias severas mantenidas constituyen un riesgo muy elevado de infección pese a las distintas profilaxis recibidas (...). En una médula con aplasia sin respuesta al tratamiento inmunosupresor la única posibilidad de recuperar definitivamente neutrófilos sería mediante un trasplante alogénico que permitiese eliminar la médula enferma y sustituirla por una sana; todos los trámites, tanto de búsqueda de donante como de solicitud de donación se realizan a la mayor brevedad posible, presentando el paciente un cuadro infeccioso con deterioro progresivo que imposibilita dicho procedimiento. Aun a sabiendas del elevado riesgo se plantea realizar un trasplante haploidéntico de su padre para conseguir recuperación de neutrófilos, que no se puede llevar a cabo por fallecimiento del paciente”.

4. Con fecha 22 de julio de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas acuerda “denegar la práctica de las pruebas testificales solicitadas, ya que en la documentación obrante en el expediente constan las circunstancias del fallecimiento del paciente y las medidas adoptadas”.

El acuerdo se notifica, el 1 de agosto de 2016, a la representante de los interesados.

5. El día 24 de enero de 2017, a instancias de la compañía aseguradora, emite informe pericial una especialista en Hematología y Hemoterapia. En él, tras relatar los antecedentes patológicos del perjudicado desde los dos años, refiere

que a partir de 2013, y tras el fracaso del segundo bloque de "tratamiento inmunosupresor (...), se inicia la búsqueda de donante no emparentado para trasplante. Se encuentra un donante compatible. El trasplante estaba programado para el 2 de julio de 2015./ El 12 de mayo de 2015 ingresa por cuadro de infección respiratoria con neumonía, con neutropenia importante. Se trata con antibióticos y transfusiones, se va de alta el 4 de junio de 2015./ La reclamación aduce que durante este ingreso estaba en una habitación doble y que no hubo medidas de aislamiento. La madre se quejó repetidamente, a resultas de lo cual se trasladó a otra habitación y se hicieron controles ambientales de la habitación previa, que se cerró. El 5 de junio el paciente vuelve a ingresar por fiebre. El 22 de junio de 2015 (...) es trasladado a la UCI del mismo centro por insuficiencia respiratoria aguda (...). En las muestras respiratorias no se aísla ningún germen, en los hemocultivos *Corynebacterium jeikeium*. Según los informes médicos se solicitó autopsia que la familia no concedió. Según la reclamación es falso que se solicitara la autopsia. Los diagnósticos del informe de exitus son distrés respiratorio agudo, bacteriemia por *Corynebacterium (jeikium)*, shock séptico, disfunción multiorgánica, pancitopenia y exitus./ La reclamación aduce que el hospital no actuó como debía, dice que la causa de muerte no es la insuficiencia respiratoria, sino la bacteriemia por *Corynebacterium (jeikium)*, que según ellos adquirió en el hospital, ya que la pancitopenia ya la tenía. Aducen que en el ingreso anterior deberían haberse tomado todas las medidas necesarias de tipo profiláctico frente a las infecciones y (...) haberse extremado las medidas de asepsia. Deberían haberle tenido completamente aislado, y así se hubiera curado la neutropenia febril de foco respiratorio y hubiera podido efectuarse el trasplante proyectado".

Afirma que el paciente manifiesta desde los 2 años "una inmunodeficiencia congénita severa", y que desarrolla las "manifestaciones propias de esta enfermedad (...). Comienzan en la infancia con infecciones de la zona ORL frecuentes y severas (...). También son muy frecuentes las enfermedades autoinmunes, en este caso la anemia hemolítica autoinmune y la

trombopenia autoinmune (...). La trombopenia y anemia autoinmunes pueden suceder juntas, y se llama síndrome de Evans (...). El estudio realizado en 'Y' corroboró esta sospecha diagnóstica y el paciente fue manejado correctamente (...) con tratamiento inmunosupresor, infusiones de inmunoglobulinas, etc./ A partir del año 2012 las citopenias son cada vez más refractarias, y al hacer una biopsia medular se encuentra que está vacía y se diagnostica de aplasia medular (...), y por ello es correcto el tratamiento" al que se somete "en enero de 2013. De hecho, aunque de forma parcial, respondió (...). Sin embargo, volvió a empeorar (...) y tuvo que volver a recibir otro curso de tratamiento inmunosupresor combinado en marzo de 2015 (...). Según las guías internacionales, antes de proceder al trasplante alogénico de donante no emparentado se deben administrar dos cursos y demostrarse fracaso de los mismos./ Así se hizo en este enfermo de forma correcta (...). Sin embargo, por entonces el paciente estaba muy frágil. Mantenía una aplasia severísima, con anemia completamente dependiente de transfusión, trombopenia severa con sangrado, incluso con refractariedad a las transfusiones (...). El ingreso del 12 de mayo de 2015 al 4 de junio es completamente esperable dado lo reciente del tratamiento inmunosupresor y la falta de respuesta (...). La respuesta lenta de este proceso es también esperable, dado que no hay documentación microbiológica, salvo los dos virus (habitualmente banales) en el lavado nasal, que no tienen tratamiento y el aislamiento del *Staphylococcus*, que no es el causante de la neumonía y se trató sin problemas. Las quejas de la madre respecto al aislamiento son infundadas./ Los pacientes neutropénicos suelen ingresarse en habitaciones individuales con aislamiento invertido simple (lavado de manos y mascarilla del personal sanitario), con restricción de visitas, pero estas medidas nunca son extremas y son solo parcialmente eficaces, por lo que no son obligatorias, ya que el problema principal es que el paciente tiene una alta vulnerabilidad a cualquier infección y habitualmente se infecta con sus propios gérmenes (...). El alta que se dio el día 4 de junio, parece que sin haberse curado del todo la neumonía previa, se debió dar por el agobio psicológico del paciente y por necesidad de esperar a poder organizar el

trasplante de donante no emparentado (...). El 4 de junio el paciente seguía severamente neutropénico e inmunosuprimido, sin poder hacer nada para remediarlo hasta que ingresara para el trasplante (...). El reingreso el día 5 de junio era esperable (...). Un alta de menos de 24 h como esta es absolutamente irrelevante para el desarrollo posterior. La neumonía siguió empeorando, se añadieron nuevos infiltrados, probablemente la adquisición de una sobreinfección fúngica, a pesar de la profilaxis ininterrumpida con el mejor fármaco de profilaxis de que disponemos (...). Durante este segundo ingreso se hizo absolutamente todo lo posible por diagnosticar y tratar adecuadamente la infección (...), sin escatimar medios de ningún tipo, hemoterapia, antibióticos, pruebas, cultivos, asistencia médica, ingreso en UVI, intubación, diálisis, todo./ No se obtuvo ninguna documentación de la infección pulmonar, que es lo que al final mata al paciente a pesar de los más de 6 antibióticos potentes y adecuados que estuvo recibiendo tanto en el primer como en el segundo ingreso./ La bacteria *Corynebacterium jeikeium* que se obtiene en el hemocultivo del día 19-6 es un germen poco patógeno, oportunista y sensible a varios de los antibióticos que recibía el enfermo, y por tanto absolutamente irrelevante para su desenlace, y con toda seguridad no es la causante del fallecimiento ni de la neumonía./ La causa principal de la muerte es una aplasia medular severa y refractaria a tratamiento inmunosupresor de larga duración, y como causa inmediata de fallecimiento una neumonía bilateral severa, progresiva y refractaria a tratamiento antibiótico de amplísimo espectro, con cobertura antibacteriana y antifúngica de probable etiología fúngica, antes de haber podido realizarse un trasplante alogénico (...). La autopsia hubiera podido identificar tal vez el germen causal de la neumonía, pero no cambiaría nada de nuestra valoración”, dado que, como directora de un “equipo que ha realizado más de 1.900 trasplantes”, con “30 años de experiencia en estos procesos”, asegura que “este paciente ha estado perfectamente manejado durante todos sus años de evolución. Las consideraciones de la reclamación son completamente infundadas e irrelevantes”, por lo que no encuentra “ningún indicio de mala praxis en este caso. El paciente ha fallecido por su enfermedad

de base a pesar de emplear todos los medios disponibles al alcance del sistema sanitario”.

6. Mediante escrito notificado a los reclamantes el 14 de febrero de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas les comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y les adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente.

7. El día 22 de febrero de 2017, toma vista del expediente y obtiene una copia del mismo una representante de los interesados que aporta poder general para pleitos otorgado a su favor.

Con fecha 7 de marzo siguiente, esta presenta en una oficina de Correos y Telégrafos un escrito de alegaciones. Sobre la base de una “Guía práctica de la prevención de las enfermedades nosocomiales”, publicada en 2002 por la Organización Mundial de la Salud, sostiene que el perjudicado “era un paciente absolutamente inmunodeprimido sin defensas contra las infecciones”, por lo que “el hospital debiera de haber extremado las medidas de precaución para evitar que (...) se infectase (...); de nada sirve transfundirle bolsas y bolsas y ponerle todo tipo de antibióticos sino está aislado contra las infecciones, no estuvo solo en una habitación desde el día 12 de mayo hasta el día 4 de junio de 2015 (...), nunca tuvo mascarilla, tampoco la tenían las personas que entraban en la habitación (...), nunca estuvo aislado”. Tampoco tenía “circulación restringida”, dado que “abandonaba la habitación y recorría pasillos y pisos hasta la unidad de rayos (...). Por supuesto, ninguna de las habitaciones que ocupó hasta su ingreso en la UCI (...) tenía presión positiva./ En cuanto a los familiares que le visitaban en el hospital, no solo nadie les informó de la gravedad de la situación (...) sino que el departamento de Hematología del mismo estaba muy satisfecho de haber encontrado un donante 10/10 (...) y las expectativas de la familia eran enormes (...). Por supuesto, nadie les restringió las visitas”.

Afirma que la causa de la insuficiencia respiratoria que ocasiona el fallecimiento "es la bacteriemia que adquirió (el perjudicado) en su ingreso en el hospital y el determinante ha sido el *Corynebacterium jeikeium*".

Por lo que se refiere al informe que el Jefe del Servicio de Hematología atribuye a dos facultativas del mismo, señala que "no tiene comienzo, no está firmado y se desconoce el número de folios que lo integran". Además, pese a no ser "expertos (...) en aire acondicionado", lo que denuncian los padres es que "el flujo del mismo y su temperatura oscilaban de extremo a extremo". Además "las medidas de profilaxis a las que se refiere solo son de tipo antibiótico, ninguna de medicina preventiva, ni de seguridad del paciente".

En relación con el informe aportado por la compañía aseguradora, afirma que "no se tomaron todas las precauciones necesarias, solo (...) las de tipo antibiótico", y que "no es de recibo manifestar que las medidas de aislamiento no son obligatorias". También señala que no se hace referencia a la "Guía BPC, promoción de la calidad, prevención y control de la infección nosocomial, Comunidad de Madrid (...), publicada por primera vez en el año 2006", que "recoge las mismas precauciones para el control de infecciones durante la atención al paciente que (...) la Guía ya citada de la OMS".

Finalmente, refiere que "existe una pérdida de oportunidad, una privación de expectativas", dado que "los ciudadanos deben contar con la garantía de ser tratados con diligencia", y, "aunque las medidas de aislamiento no son obligatorias, para un paciente especial, absolutamente inmunodeprimido, que ingresa (...) con una neutropenia febril de probable foco respiratorio el 12 de mayo (...), el hospital debiera no solo transfundirle glóbulos rojos, blancos y plaquetas y tratarle con todos los antibióticos *ad hoc*, cosa que hizo, sino extremar las medidas de aislamiento que hubieran evitado el contagio de todo tipo de infecciones, aunque no sean obligatorias, cosa que no hizo".

Acompaña una copia del documento denominado "Prevención de las infecciones nosocomiales. Guía práctica. 2.ª edición", de "la Organización Mundial de la Salud", en concreto de su capítulo VII, titulado "Precauciones

para el control de infecciones durante la atención del paciente”, en el que se reseña que “ciertos pacientes pueden exigir precauciones específicas para limitar la transmisión de posibles microorganismos infecciosos a otros pacientes”, y del capítulo VIII, “Medio Ambiente”, que señala que “la discusión del medio ambiente incluirá las características de las instalaciones, el sistema de ventilación, el suministro de agua y alimentos y la evacuación de desechos”.

8. Con fecha 14 de marzo de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas remite a la correduría de seguros las alegaciones presentadas.

9. El día 22 de marzo de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial e Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio sobre la base de los informes elaborados por el Servicio de Hematología del Hospital “X” que prestó la asistencia y por la entidad aseguradora, cuyas conclusiones transcribe.

Señala que en el presente caso “la asistencia prestada al paciente fue acorde a la *lex artis*. El aislamiento inverso no ha demostrado una disminución de la mortalidad en este tipo de pacientes. Se pusieron todos los medios profilácticos y terapéuticos disponibles, con seguimiento y tratamientos diarios tras el alta del 4 de junio. La causa principal de la muerte es la aplasia medular severa y refractaria al tratamiento inmunosupresor de larga duración, y como causa inmediata una neumonía bilateral severa, refractaria al tratamiento antibiótico”. Por ello, concluye que “no queda acreditado el necesario nexo causal entre el funcionamiento del servicio sanitario público y los daños alegados”.

10. En este estado de tramitación, mediante escrito de 31 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 presente procedimiento se inició mediante reclamación de los interesados registrada en la Administración del Principado de Asturias el día 11 de mayo de 2016, lo que nos remite a la redacción entonces vigente de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), y al Reglamento de los

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

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

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

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 142.5 de la LRJPAC dispone que “En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”. En el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 11 de mayo de 2016, habiendo tenido lugar el fallecimiento del perjudicado el día 28 de junio 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, hemos de reparar en que el escrito de reclamación que se dirige al Servicio de Salud del Principado de Asturias (ente dotado de personalidad jurídica propia, distinta a la del Principado de Asturias, tal y como recoge el artículo 5 de la Ley 1/1992, de 2 de julio, del Servicio de Salud del Principado de Asturias) cuenta con un registro de entrada en la Administración del Principado de Asturias de fecha 11 de mayo de 2016; a pesar de ello, el Servicio de Salud del Principado de Asturias lo traslada a la Administración autonómica mediante un oficio de remisión que se registra nuevamente de entrada en la misma Administración del Principado de Asturias, en este caso el día 16 del mismo mes, lo que crea una apariencia, contraria a toda lógica, de que la reclamación cuenta con dos fechas de entrada en la misma Administración. Estos problemas ya fueron puestos de manifiesto en los Dictámenes Núm. 160/2015 y 163/2015, entre otros, y a las consideraciones allí realizadas nos remitimos.

Advertimos también que la reclamación se presenta por un procurador que actúa en nombre y representación de los padres del perjudicado; sin embargo, la Administración obvia ese mandato representativo y notifica algunos escritos del procedimiento no al representante, sino directamente al padre del fallecido, o a la letrada que suscribe también el escrito inicial, cuando lo correcto hubiera sido notificar a quien se presenta, y acredita, actuar en nombre y representación de los padres interesados.

Por último, 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 interesados solicitan una indemnización por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de su hijo en la UCI de un hospital público, que atribuyen a una "bacteriemia que adquirió en su ingreso" en el mismo por omisión de las necesarias medidas de aislamiento.

A la vista de la documentación obrante en el expediente, queda acreditado el fallecimiento del hijo de los interesados en la UCI de un hospital de la red pública del Principado de Asturias, y por ello consideramos igualmente acreditado el daño moral que el óbito ha ocasionado a sus padres.

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 los interesados no tuvieran 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 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 advertir 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 este caso los interesados no aportan pericia alguna en prueba de sus afirmaciones, ni con el escrito inicial ni con ocasión del trámite de audiencia. En consecuencia, este Consejo ha de formar su criterio sobre la base de la documentación clínica y los informes obrantes en el expediente.

Los perjudicados atribuyen a la Administración la prestación de una atención sanitaria con infracción de la *lex artis*, dado que no se habrían adoptado medidas de aislamiento "profiláctico frente a las infecciones" teniendo en cuenta los antecedentes patológicos del paciente. La omisión de tales medidas habría propiciado la adquisición de una "bacteriemia" por *Corynebacterium jeikeium* durante "su ingreso en el hospital" que le ocasionó la muerte. Entre tales desatenciones señalan la existencia de aire acondicionado en la habitación, que se encontraba ingresado en una habitación doble con otro

enfermo y que no tenía restringidas las visitas ni la deambulaci3n por el hospital.

Toda la argumentaci3n de los padres del fallecido parte de considerar que la muerte se produjo como consecuencia de la bacteriemia por *Corynebacterium jeikeium* adquirida durante su estancia en el hospital; afirmaci3n que reiteran a lo largo del escrito de reclamaci3n y en las alegaciones. Sin embargo, los datos e informes que obran en el expediente niegan que esa haya sido la causa de la muerte. En efecto, a tenor del informe que remite el Jefe del Servicio de Hematolog3a-Hemoterapia el d3a 20 de junio de 2016 (y que atribuye a las dos facultativas que atendieron al paciente, aunque no consta su firma) este hab3a ingresado el 12 de mayo de 2015 por neutropenia febril como consecuencia de una "neumon3a en l3bulo inferior derecho", y tras el alta de un d3a (4 de junio) vuelve a ingresar por la misma neumon3a, que en este caso, seg3n la radiograf3a realizada, ya afecta al pulm3n izquierdo. Una vez trasladado a la UCI se le realiza un "lavado broncoalveolar (...) sin obtenerse documentaci3n microbiol3gica (bacterias, hongos, virus, *Pneumocystis*) que permita establecer causalidad del cuadro respiratorio", pero "tanto las im3genes radiol3gicas como el hecho de tener una neutropenia severa mantenida hacen sospechar como primera posibilidad infecci3n f3ngica" que no responde a "varias combinaciones de antif3ngicos"; sospecha diagn3stica que, seg3n el mismo informe, ya se hab3a establecido el d3a 5 de junio, en el que se inici3 el "tratamiento emp3rico" correspondiente.

En el mismo sentido se pronuncia la especialista en Neumolog3a que informa a instancia de la entidad aseguradora cuando se3ala que "la causa principal de la muerte es una aplasia medular severa y refractaria a tratamiento inmunosupresor de larga duraci3n, y como causa inmediata de fallecimiento una neumon3a bilateral severa, progresiva y refractaria a tratamiento antibi3tico de ampl3simo espectro, con cobertura completa antibacteriana y antif3ngica de probable etiolog3a f3ngica (...). La autopsia hubiera podido identificar tal vez el germen causal de la neumon3a, pero no cambiar3a nada de nuestra valoraci3n". Tambi3n afirma que "no se obtuvo ninguna documentaci3n de la infecci3n

pulmonar, que es lo que al final mata al paciente a pesar de los más de 6 antibióticos potentes y adecuados”, y que “la bacteria *Corynebacterium jeikeium* que se obtiene en el hemocultivo del día 19-6 es un germen poco patógeno, oportunista y sensible a varios de los antibióticos que recibía el enfermo, y por tanto absolutamente irrelevante para su desenlace, y con toda seguridad no es la causante del fallecimiento ni de la neumonía”.

Frente a tales razonamientos, que conducen rectamente a desestimar la existencia de un nexo causal entre las infracciones a la *lex artis* que se denuncian y el daño finalmente producido, los reclamantes se limitan a afirmar, sin ningún soporte probatorio, que la muerte fue ocasionada por la bacteria localizada en el hemocultivo; dato que este Consejo, a la vista de lo que ponen de manifiesto los únicos informes médicos que obran en el expediente, no puede considerar acreditado. A nuestro juicio, del análisis de la documentación incorporada a aquel se desprende que el paciente ingresa con una neumonía el día 12 de mayo, que por tanto no adquiere en el hospital, y que pese a los tratamientos dispensados (y que los interesados no cuestionan) le habría causado la muerte. En consecuencia, la omisión de medidas profilácticas y de aislamiento que denuncian los reclamantes, y que en su opinión habrían propiciado la bacteriemia por *Corynebacterium jeikeium*, no guarda relación causal con el fallecimiento. En todo caso, los mismos informes ponen de manifiesto que esa bacteria “se considera parte de la flora normal de la piel, particularmente en pacientes hospitalizados”, aunque también puede “aislarse en el medio hospitalario inanimado” (informe del Servicio de Hematología-Hemoterapia), y que las medidas de aislamiento “nunca son extremas y son solo parcialmente eficaces, por lo que no son obligatorias, ya que el problema principal es que el paciente (...) habitualmente se infecta con sus propios gérmenes”, y en este caso “vino de su casa con la neumonía, no se aisló ningún germen causal” (informe de la especialista en Hematología y Hemoterapia, por lo que concluye que “las consideraciones de la reclamación son completamente infundadas e irrelevantes”.

Frente a tales aseveraciones y conclusiones, propias de la ciencia médica, los interesados no aportan prueba alguna que permita a este Consejo su cuestionamiento y avalar la pretendida relación causal entre el fallecimiento y la bacteria aislada en un hemocultivo; afirmación que solo encuentra justificación en sus propias manifestaciones, sin que sea bastante para tenerlas por ciertas.

En definitiva, debemos concluir que no se ha probado en este caso que la asistencia dispensada al perjudicado haya sido inadecuada, por lo que no cabe vincular a la misma el fallecimiento del paciente.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por

V. E., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.