

Expediente Núm. 274/2017
Dictamen Núm. 315/2017

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 21 de diciembre 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 29 de septiembre 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 los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de su padre y esposo, respectivamente, a causa de una neumonía nosocomial.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 15 de noviembre de 2016, las interesadas presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños derivados del fallecimiento de su padre y esposo, respectivamente, que imputan a una deficiente atención por parte del servicio público sanitario.

Refieren que “la tarde del día 6 de noviembre de 2015” su familiar sufrió un “traumatismo torácico” en su domicilio, “por lo que acudió al Servicio de

Urgencias” del Hospital Señalan que allí se le apreció a la exploración, según refleja el correspondiente informe, “parrilla costal izquierda: dolor a la palpación en región subescapular, con inflamación en la zona del traumatismo, crepitación y movimiento paradójico con la inspiración” y que “se le realizaron radiografías que mostraron la fractura de los arcos costales 7.º y 8.º, permaneciendo ingresado y en observación esa noche. Sin embargo, al día siguiente, pese a los hallazgos exploratorios patológicos y a que en la gasometría presentaba niveles bajos de oxígeno y oxihemoglobina indicativos de hipoxemia (...), fue dado de alta con diagnóstico de ‘fracturas 7.º y 8.º arcos costales izquierdos, paquipleuritis derecha residual, ligera hipoxemia’ y se le pautó la toma de analgésicos (...) y antiinflamatorios”.

Manifiestan que “en los dos días siguientes, pese a los calmantes, el dolor apenas remite, y el día 10 de noviembre (...) se despierta con el cuello severamente hinchado, por lo que acude a su centro de salud, donde es remitido nuevamente al Servicio de Urgencias” del Hospital Indican que una vez en Urgencias a la exploración se le aprecia “edema con crepitación en pared costal izda. que le alcanza hasta el cuello, hipoventilación generalizada y crepitantes, hematoma importante en la zona dorso lumbar izda.”, y que se le hace un TAC urgente, siendo la impresión diagnóstica de “traumatismo torácico complicado, fracturas costales izquierdas múltiples, hemoneumotórax izquierdo”, por lo que “es ingresado en el Servicio de Cirugía Torácica y se pauta la colocación de un drenaje pleural izquierdo con ingreso hospitalario para vigilancia radiológica y control del dolor”.

Señalan que “tras la colocación el día 10 del drenaje pleural” el estado del paciente “se deteriora paulatinamente, presentando un íleo adinámico, tendencia al sueño y desorientación, hasta que el día 13 de noviembre se produce un empeoramiento de la insuficiencia respiratoria e incremento del dolor en hemitórax izquierdo/centrotorácico, por lo que se decide su traslado e ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos”. Subrayan que en el informe de alta por fallecimiento se recoge “paciente que ingresa por insuficiencia respiratoria multifactorial, por un lado secundario al propio traumatismo torácico con la fractura de 7.º-8.º arcos costales izquierdos y por otro lado por

el íleo adinámico secundario a analgesia opiode. La evolución inicial es favorable, con control del dolor adecuado y aceptable función respiratoria con Ventimask al 40 %. A las 24 h de ingreso se diagnosticó de una neumonía nosocomial (no visible en Rx tórax del día del ingreso) con bacteriemia asociada e infección del orificio de entrada del tubo de tórax, con cobertura empírica con Tazocel y Linezolid y posteriormente se desescaló a Cloxacilina, al aislarse un *Staphylococcus aureus* oxacilina sensible tanto en sangre como en el orificio de entrada del tubo (no se dispuso de muestras respiratorias). El paciente no presentó disfunciones orgánicas asociadas, únicamente se asoció un estado de postración, manteniéndose la clínica respiratoria sin variaciones. El día 17-11-15 el paciente sufre un empeoramiento brusco de la insuficiencia respiratoria (...), posteriormente una PCR en asistolia y posteriormente fibrilación ventricular y asistolia. Se inician maniobras de RCP avanzada sin conseguir recuperación de pulso, siendo exitus". Precisan que el diagnóstico principal que consta en dicho informe es el de "bacteriemia secundaria a neumonía nosocomial e infección de partes blandas por *Staphylococcus aureus*".

Significan que "no les cabe la menor duda de que la causa del fallecimiento de su padre y esposo fue la inadecuada asistencia sanitaria recibida" en el Hospital, en primer lugar, por la indebida alta del día 7 de noviembre sin sospecha del neumotórax que (...) padecía, y ello a pesar de la hipoxemia que presentaba y de que el neumotórax es una complicación frecuente en las fracturas costales, habiendo bastado la realización de un simple TAC para su detección y, en segundo lugar, por la infección nosocomial que (...) contrajo y que también se relaciona con una mala praxis, pues la infección se manifestó en el orificio de entrada del tubo de drenaje pleural que se colocó el día 10 de noviembre, y lo cierto es que (el paciente) volvió de la sala donde se le colocó el drenaje pleural sin un simple apósito que cubriera el orificio de inserción, habiendo sido la propia familia la que, extrañada, indicó esta circunstancia al día siguiente a las enfermeras y motivó la cura de la herida que se realizó el día 11, sin que, tal y como consta en el curso clínico de enfermería, se le realizase ninguna cura más de esa zona hasta que, días más tarde, una vez trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos, se descubriese

en dicha Unidad el mal aspecto que presentaba el orificio de inserción y el exudado que rezumaba alrededor del mismo, iniciándose entonces la cura dos veces al día (...) de la zona afectada, pero sin que pudiese atajarse ya la infección por *Staphylococcus aureus* que había contraído y que, detectada el día 14 de noviembre, provocaría tres días después la muerte”.

Por los daños sufridos reclaman ser indemnizadas en ciento noventa y cuatro mil seiscientos setenta y siete euros (194.677 €), calculada conforme al “baremo contenido en el título IV de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor introducido por la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, en lo relativo a las indemnizaciones por causa de muerte”. Dicha indemnización comprende las siguientes partidas: perjuicio personal básico, concepto por el que se solicitan 86.000 € para la viuda, considerando que la víctima tenía más de 80 años y que al momento del fallecimiento “llevaban casados prácticamente 51 años”, y 20.000 € para cada una de las hijas; perjuicio personal particular, lo que conlleva un incremento del 50 % en la indemnización que se solicita para la viuda y una de las hijas, en tanto que la primera tiene una “discapacidad permanente del 49 %” y la segunda “padece una esclerosis múltiple por la que tiene reconocida también una discapacidad del 65 %”; daño emergente, por importe de 3.260 €, que comprende “400 € por perjudicado en concepto de perjuicio patrimonial básico (...), más unos gastos de entierro y funeral de 2.420 €” y lucro cesante, por el que solicitan 12.057 €, teniendo en cuenta “la edad de 69 años que (la viuda) tenía en el momento del fallecimiento de su esposo” y que este disponía de “ingresos anuales netos inferiores a los 9.000 €”.

Adjuntan los siguientes documentos que proponen como prueba: a) Diversos informes médicos y hojas de curso clínico de enfermería referentes al proceso asistencial por el que se reclama. b) Libro de Familia. c) Resoluciones de reconocimiento a la viuda y a una de las hijas del grado de minusvalía. d) Factura en concepto de servicio fúnebre por importe de 2.420 €. e) Comunicación dirigida al padre y esposo de las reclamantes, relativa a la revalorización de su pensión en el año 2015, de la que resulta que la cuantía íntegra de la misma ascendería ese año a 601,90 €.

2. Mediante oficio de 7 de diciembre de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas notifica a las interesadas la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. El día 13 de diciembre de 2016, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto comunica a la Gerencia del Área Sanitaria IV la presentación de la reclamación y solicita un informe “de los servicios intervinientes (Urgencias y Cirugía Torácica) en relación con el contenido de la reclamación, así como una copia de la historia clínica” del paciente.

4. Mediante oficio de 20 de diciembre de 2016, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV envía al Inspector de Prestaciones Sanitarias una copia de la historia clínica.

El día 29 del mismo mes, le remite el informe elaborado por el Jefe del Servicio de Cirugía Torácica del Hospital con fecha 27 de diciembre de 2016. En él se indica que cuando el día 6 de noviembre de 2015 el paciente acude al Servicio de Urgencias está “consciente, orientado, manteniendo tensiones y frecuencias cardíacas. Refiere dolor en hemitórax izquierdo que aumenta con la movilidad y la respiración profunda. En Rx de tórax se visualizan fracturas unifocales a nivel de los arcos costales 7.º y 8.º, no hemo/neumotórax ni signos de contusión pulmonar. Diafragma y mediastino normal. Paquipleuritis derecha. La analítica presenta un hemograma y una bioquímica rigurosamente normal y una discretísima hipoxemia sin retención de carbónico en probable relación con la restricción respiratoria secundaria a la paquipleuritis derecha que presenta (...). El día posterior al ingreso se repiten controles radiológicos donde se demuestran únicamente fracturas costales izdas., sin otra patología aguda acompañante. En este momento el paciente se encuentra eupneico con SaO₂ de 95 %. Siguiendo todos los protocolos

establecidos para los traumas torácicos, se decidió alta a domicilio por parte del Servicio de Urgencias, con tratamiento analgésico y antiinflamatorio adecuados". Cuando acude nuevamente al Servicio de Urgencias el día 10 de noviembre "por persistencia del dolor (...) presenta SaO₂ de 98 % y durante la exploración física se aprecia hematoma en pared torácica, así como enfisema subcutáneo, motivo por el cual avisan a Cirugía Torácica, quien ante la evolución que presenta el enfermo solicita TAC torácico urgente, donde se comprueba la existencia de (las) fracturas costales mencionadas, moderado neumotórax, enfisema subcutáneo y mediastínico asociados, acompañado de pequeño derrame pleural izdo. compatible con hemotorax y atelectasia de lóbulo inferior izdo. Asimismo presenta fracturas costales antiguas derechas y enfisema pulmonar centrolobulillar./ El paciente permanece estable hemodinámicamente con analíticas dentro de la normalidad./ De acuerdo con los hallazgos (...) es ingresado en planta de hospitalización, colocándose drenaje torácico izdo. aspirativo, obteniéndose expansión pulmonar completa posterior. Control del dolor y vigilancia clínico/radiológica./ La evolución inicial es aceptable con un adecuado control del dolor y aceptable función respiratoria con Ventimask al 40 %./ El paciente no presentó en ese momento disfunciones orgánicas asociadas, manteniéndose la clínica respiratoria sin variaciones hasta el día 13 de noviembre de 2015, (en) que presenta cuadro de desaturación que motiva consulta al Servicio de UVI, que decide trasladar al paciente a su cargo./ A las 24 horas del ingreso en UVI al paciente se le diagnostica de neumonía nosocomial (no visible en radiografía de tórax del día del ingreso) con bacteriemia asociada, estableciéndose cobertura empírica con Tazocel y Linezolid./ El día 17 de noviembre se produce empeoramiento brusco de la insuficiencia respiratoria del enfermo, que determinó parada cardiorrespiratoria que no fue posible recuperar pese a las maniobras de reanimación". Concluye que "de todo lo expuesto se desprende que la actuación del Servicio de Cirugía Torácica en todo el proceso fue completamente ajustada a la *lex artis*".

Con fecha 2 de febrero de 2017, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV traslada al Inspector de Prestaciones Sanitarias el informe emitido por el Director de la Unidad de

Gestión Clínica de Urgencias con fecha 28 de noviembre de 2016. En él se señala que “revisadas las imágenes de los estudios radiológicos realizados (...) no se identifican indicios de complicaciones intratorácicas de las fracturas costales, ni al ingreso el día seis, ni en el control previo al alta del día siete./ Por lo expuesto, se puede afirmar que (el paciente) se fue de alta a su domicilio al no presentar ninguna evidencia clínica ni radiológica que hiciera sospechar la aparición de complicaciones de sus fracturas costales”.

5. Con fecha 11 de mayo de 2017, y a instancia de la entidad aseguradora, emiten informe cuatro especialistas en Cirugía General. En él refieren que “los traumatismos torácicos (...) son causa importante de morbilidad y mortalidad, siendo directamente responsables del 20-25 % de las muertes debidas a traumatismos y contribuyen en el fallecimiento de otro 25 %. La mayoría de los fallecimientos por (traumatismos torácicos) ocurren antes de la llegada a un centro sanitario, en los minutos siguientes a la lesión, y son debidos a la disrupción de grandes vasos, corazón o árbol traqueobronquial. Con un diagnóstico precoz y un adecuado manejo terapéutico en el área de Urgencias muchas de estas muertes pueden ser evitadas. La mayoría de estos pacientes con lesiones torácicas podrán ser tratados de manera no quirúrgica, y solo el 10-15 % precisarán de una operación de cirugía torácica”.

Señalan que “las fracturas costales (...) son las lesiones más frecuentes en los traumatismos costales cerrados, sobre todo en los adultos en los que existe una pérdida de elasticidad de las costillas y arcos cartilaginosos (...). Desde el punto de vista clínico, las (fracturas costales) producen intenso dolor que se exagera con los movimientos respiratorios y obliga al paciente a disminuir la amplitud de las excursiones respiratorias. Esto origina una respiración superficial y rápida con la consiguiente hipoventilación alveolar./ Al mismo tiempo, el dolor impide al traumatizado desarrollar una tos eficaz para eliminar las secreciones traqueobronquiales, las cuales se acumulan produciéndose atelectasias. Las (fracturas costales) pueden quedar enmascaradas por las lesiones de órganos intratorácicos y pasar inadvertidas. Cuando son aisladas lo más llamativo es el dolor. Este se desencadena con el

más mínimo movimiento, con la tos y la respiración profunda y sobre todo con la palpación. El diagnóstico se confirmará mediante estudio radiológico./ El hemotórax es una secuela frecuente en los traumatismos torácicos. En gran n.º de ocasiones se asocia a neumotórax. Su mecanismo de evolución es muy variado, pudiendo deberse a las (fracturas costales) que han desgarrado la pleura y el pulmón subyacente, a lesiones de los vasos intercostales o lesiones de los grandes vasos y sus ramas./ Por lo general la hemorragia procedente de los pulmones suele ser pequeña, a menos que se produzca una grave laceración o esté lesionado un vaso importante. Cuando la pérdida hemática es pequeña, menor de 500 cc, puede pasar inadvertida; sin embargo, una hemorragia superior a 1.000 cc producirá un cuadro de shock hipovolémico con todo su cortejo clínico, al que se sumará el de compresión pulmonar con sensación de peso en el hemitórax afectado, disnea y en los casos graves hipoxemia./ El tratamiento de las (fracturas costales) aisladas y del esternón no precisa medidas especiales. Serán de utilidad los analgésicos, las infiltraciones de los nervios intercostales a nivel de las apófisis trasversas. El vendaje compresivo, tan usado antiguamente, está proscrito hoy día, por no inmovilizar bien los focos de fractura y por el contrario dificultar la respiración”.

Seguidamente realizan unas “consideraciones sobre las infecciones nosocomiales”, respecto de las cuales precisan que “son aquellas adquiridas en el hospital o en centros que agrupan enfermos” y “se presentan a partir de las 48-72 horas del ingreso del paciente”. Significan que “siguen siendo un problema relevante en los hospitales españoles, a pesar de los buenos niveles de control conseguidos y de la elevada concienciación del personal sanitario. Este hecho se debe a múltiples factores, entre ellos, la mayor frecuencia de pacientes con alta susceptibilidad a las infecciones, el aumento de la complejidad de las intervenciones realizadas y en la realización de procedimientos invasivos y la aparición de microorganismos resistentes a los antibióticos. Dentro del esfuerzo por el control de la infección nosocomial se encuadra el desarrollo del estudio EPINE, en el que se encuentran implicados todos los hospitales de nuestro país y que supone básicamente un programa de vigilancia de la infección nosocomial, pues existe una base científica

fundamentada de que la vigilancia es un método eficaz para la prevención de las infecciones nosocomiales. Pese a todo esto debemos recordar que la infección nosocomial supone un riesgo inherente a la hospitalización, y por tanto resulta imposible pese a la adopción de todas las medidas para intentar evitarla ofrecer ni asegurar a los pacientes un riesgo de infección cero”.

Finalmente, entienden que “la actuación de los profesionales en la urgencia del hospital es correcta y adecuada a protocolo” y que “el tratamiento en la UVI (...) hay que considerarlo absolutamente correcto y de acuerdo con el estado de la ciencia”, por lo que concluyen que “todos los profesionales que trataron al paciente (...) lo hicieron de manera correcta y de acuerdo con la *lex artis*”.

6. Mediante escrito notificado a las reclamantes el 4 de julio 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. Con fecha 12 de julio de 2017, un letrado que actúa en nombre y representación de las interesadas, según acredita mediante escritura de poder para pleitos, comparece en las dependencias administrativas y obtiene una copia de los documentos que integran el expediente.

El día 25 del mismo mes, las perjudicadas presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que señalan que, pese a que en su reclamación indicaban “dos motivos” por los que consideraban “deficiente” la asistencia prestada, “en primer lugar, por la indebida alta del día 7 de noviembre sin sospecha de las complicaciones que este padecía (a pesar de que un simple TAC habría bastado para su detección) y, en segundo lugar y fundamentalmente, por la infección nosocomial que (su familiar) contrajo y que se relaciona claramente con una mala praxis, pues (...) se manifestó en el orificio de entrada del tubo de drenaje pleural (...), siendo lo cierto que (el paciente) volvió de la sala donde se colocó dicho drenaje sin un simple apósito que cubriera el orificio de inserción (...), resulta que los informes

y el dictamen incorporados al expediente administrativo nada dicen sobre esta cadena de acontecimientos". Consideran "evidente" que los documentos administrativos señalados "no pueden estimarse adecuados para la resolución (...), al omitir y no analizar datos esenciales para valorar la asistencia sanitaria (...). Quizás sería más interesante conocer la opinión del responsable de la Unidad de Cuidados Intensivos (...), donde (el paciente) permaneció ingresado desde el día 13 hasta su fallecimiento (...), por lo que ese Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios debería de solicitar dicho informe a la UCI" del Hospital "antes de concluir la instrucción".

Por otra parte, afirman que "si las fracturas costales son una patología de cierta gravedad" y "frecuentemente se asocia con hemotórax y neumotórax", como se indica en el informe pericial emitido a instancias de la compañía aseguradora, "es evidente que ello debería de obligar a realizar los estudios necesarios para observar dichas frecuentes complicaciones, por lo que la realización de simples radiografías inadecuadas para observar las mismas (...) en vez de un TAC debe ser estimada insuficiente (...). No obstante, esta parte sigue poniendo el foco fundamental de lo ocurrido en la infección nosocomial contraída, y en relación a esta, en la falta de colocación de un apósito que cubriera el punto de inserción del tubo de tórax (...) y cuya ausencia obligó (al paciente) a permanecer una noche entera con una herida quirúrgica abierta al aire en un ambiente hospitalario, y en la ausencia de las preceptivas curas diarias de dicha herida y cambio del apósito, cuya importancia es evidente, tal y como se recoge en el Protocolo de drenaje torácico del Hospital de Donostia (...) y en el Protocolo de atención de enfermería al paciente con drenaje torácico del Hospital Universitario de Albacete" que adjuntan, "e incluso también en la falta de una adecuada profilaxis antibiótica al tratarse de un neumotórax traumático, tal y como se recoge en el citado protocolo del Hospital de Donostia".

8. El día 18 de septiembre de 2017, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios propone desestimar la reclamación al considerar que "la asistencia prestada al paciente fue acorde a la *lex artis*. El alta del día 7-

11-2015 no fue `prematura`, como afirman las reclamantes, sino que se dio tras estar el paciente 24 horas en observación sin que se observasen complicaciones. El paciente no fallece como consecuencia de la `infección del orificio de drenaje`, como alegan, sino por una neumonía que desencadenó una parada cardiorrespiratoria de la que no pudo recuperarse, muy probablemente debido a la acumulación de secreciones bronquiales e infección de las mismas al disminuir los movimientos respiratorios por el dolor”.

9. En este estado de tramitación, mediante escrito de 29 de septiembre de 2017, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm., de la Consejería de Sanidad, adjuntando a tal fin copia autenticada del expediente 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.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), están las interesadas activamente legitimadas para formular reclamación de

responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

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

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC), dispone que “El derecho a reclamar prescribirá 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 15 de noviembre de 2016, habiendo tenido lugar el fallecimiento del que trae origen el día 17 de noviembre 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 rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común recogidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Ahora bien, en cuanto a la instrucción del procedimiento, advertimos que, asumido por la propia Administración en la propuesta de resolución que el fallecimiento por el que se reclama se produjo por una neumonía nosocomial, y pese a que las perjudicadas atribuyen dicha infección principalmente a la falta de aplicación de las medidas profilácticas y de asepsia que requiere la colocación de un tubo de drenaje pleural como el que se implantó a su familiar el día 10 de noviembre de 2015, ninguno de los informes librados en fase

instructora se ha detenido a analizar si en el caso concreto se adoptaron las prevenciones debidas para tratar de evitar que el paciente contrajera la infección; cuestión esta que ha de dilucidarse ineludiblemente para la adecuada resolución del procedimiento.

Como venimos señalando en dictámenes anteriores, este Consejo Consultivo sostiene al respecto la misma postura que el Consejo de Estado cuando afirma que, “en el actual estado de la ciencia y de la técnica médicas, es imposible erradicar por completo el riesgo de que se produzcan infecciones nosocomiales, cualesquiera que sean las medidas profilácticas y preventivas adoptadas. Por el contrario, su incidencia es relativamente alta adoptando todas las medidas disponibles en el actual estado de la técnica. Siendo la obligación de la Administración sanitaria a este respecto una obligación de medios y no de resultado, lo que resulta exigible a aquella es proporcionar información cumplida al paciente y cumplir estrictamente los protocolos de prevención y profilaxis, incluyendo obviamente la aplicación de las debidas medidas de asepsia” (entre otros, Dictamen 890/2008, de 24 de julio). También venimos manifestando, de acuerdo con la doctrina jurisprudencial (por todas, Sentencia del Tribunal Supremo de 22 de noviembre de 2010 -ECLI:ES:TS:2010:6741-, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 6.ª, o la reciente Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 9 de octubre de 2017 -ECLI:ES:TSJAS:2017:3028-, Sala de lo Contencioso-Administrativo), que la carga de la prueba de que se siguieron los protocolos preventivos corresponde a la Administración sanitaria, que ha de acreditar que adoptó las medidas precisas para tratar de evitar las infecciones nosocomiales, pues es ella y no la parte actora la que tiene la disponibilidad y facilidad de probar, de conformidad con las reglas establecidas en el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, que su actuación fue correcta.

La Administración propone desestimar la reclamación aduciendo que “el paciente no fallece como consecuencia de la ‘infección del orificio de drenaje’, como alegan, sino por una neumonía que desencadenó una parada cardiorrespiratoria de la que no pudo recuperarse, muy probablemente debido a la acumulación de secreciones bronquiales e infección de las mismas al

disminuir los movimientos respiratorios por el dolor”; sin embargo, ni los documentos obrantes en la historia clínica ni los informes recabados durante la instrucción del procedimiento permiten descartar que la vía de entrada del agente infeccioso pulmonar haya sido la herida quirúrgica abierta para la colocación del drenaje, aun cuando al desarrollo de la neumonía haya podido contribuir la acumulación de secreciones. En cualquier caso, sea o no el agente patógeno causante de la neumonía el mismo *Staphylococcus aureus* oxacilina sensible que se aisló en el orificio de entrada del tubo pleural, una vez que el servicio público sanitario ha reconocido el origen nosocomial de la infección, la Administración ha de acreditar que se adoptaron las medidas preventivas debidas.

Como viene señalando reiteradamente este órgano consultivo, la finalidad de la instrucción del procedimiento no es otra que la de proporcionar al órgano competente para resolver los elementos de juicio imprescindibles para dictar una resolución acertada. Con tal propósito, la tramitación del procedimiento debe integrar la aportación de elementos de decisión, tanto por el propio órgano instructor -de acuerdo con los principios de impulsión de oficio e inquisitivo- como por otros órganos administrativos mediante la incorporación de informes, y por parte de los interesados en aras de la ineludible preservación del principio de contradicción, de modo que al término de la instrucción estén claros tanto los hechos como los fundamentos con arreglo a los cuales habrá de pronunciarse la resolución. Sin embargo, en el supuesto que analizamos no se han llegado a esclarecer los extremos que anteriormente hemos señalado y que resultan esenciales para alcanzar un pronunciamiento debidamente motivado sobre el fondo del asunto.

Por ello, este Consejo entiende que en el estado actual de tramitación no es posible un pronunciamiento sobre el fondo de la consulta planteada, y que debe retrotraerse el procedimiento al objeto de realizar cuantos actos de instrucción resulten precisos para aclarar si se aplicaron las medidas debidas para la prevención de infecciones, con particular análisis de las señaladas por las interesadas -esto es, la administración de profilaxis antibiótica, la cura de la herida quirúrgica abierta para la colocación del drenaje y su protección con un

apósito-; medidas todas ellas que recogen los protocolos de otros hospitales incorporados al expediente por haberlos aportado las reclamantes en el trámite de audiencia. Practicados los anteriores actos de instrucción, una vez evacuado un nuevo trámite de audiencia y formulada otra propuesta de resolución, habrá de instarse nuevamente el dictamen de este órgano.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no es posible un pronunciamiento sobre el fondo de la consulta solicitada; que debe retrotraerse el procedimiento al objeto de realizar nuevos actos de instrucción en los términos que hemos referido en el cuerpo de este dictamen y, una vez formulada nueva propuesta de resolución, recabar de este Consejo el preceptivo dictamen.”

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.