



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **47/2018**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 26 de febrero de 2018, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 25 de septiembre de 2017, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **283/17**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 16 de julio de 2015 x, letrado del Ilustre Colegio de Abogados de A Coruña, actuando en nombre y representación de x, presenta una solicitud de indemnización fundamentada en la responsabilidad patrimonial que incumbe a la Administración de acuerdo con lo que se establece en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), entonces vigente.

En la reclamación se explica que la interesada es la hermana de x, que falleció el 15 de agosto de 2014 en el Servicio de Cuidados Intensivos del Hospital *Virgen de la Arrixaca*, de Murcia, como consecuencia de un shock séptico derivado de una mediastinitis causada después de una cirugía de revascularización miocárdica.

El letrado considera que se ha producido en el presente caso una infección postoperatoria por gérmenes típicamente hospitalarios (*Proteus Mirabilis* y *Klebsiella Pneumoniae*) que originó una mediastinitis que condujo al fallecimiento del paciente. Dicha infección evidencia necesariamente una rotura de la cadena de asepsia en algún momento, condición *sine qua non* para la aparición de la misma.

También destaca que el paciente jamás fue informado de que una infección nosocomial podría acabar con su vida.

En relación con la cuantificación del daño, se remite a título orientativo al nuevo sistema de valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, y solicita una indemnización de cuarenta mil ciento cincuenta euros (40.150 euros), con arreglo al siguiente desglose:

Tabla I. A. Indemnizaciones por causa de muerte:

- Perjuicio personal básico 15.000euros.

Tabla I. B. Perjuicio personal particular:

- Convivencia con la víctima 5.000euros. - Discapacidad física de la perjudicada 9.000euros.

- Perjudicada única de su categoría 3.750euros.

- Perjudicada única familiar 3.750euros.

TOTAL 36.500euros.

Tabla II. Factores de corrección

-Perjuicio económico 10% 3.650euros.

TOTAL DE LA INDEMNIZACION 40.150euros.

Acerca de los medios de prueba de los que pretende valerse propone la documental consistente en la historia clínica del paciente fallecido que obre en el centro hospitalario mencionado.

Junto con la solicitud de indemnización aporta una copia de un poder de representación procesal otorgado a favor del letrado interviniente, una copia del certificado de defunción del hermano de la reclamante y diversos documentos de carácter clínico.

SEGUNDO.- El Director Gerente del Servicio Murciano de Salud dicta una resolución el 29 de julio de 2015 por la que admite a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial y designa instructora del procedimiento, lo que es debidamente notificado a la interesada junto con un escrito en el que se contiene la información a la que se hace referencia en el artículo 42.4 LPAC.

TERCERO.- Por medio de comunicaciones fechadas el 29 de julio se da cuenta de la presentación de la reclamación de responsabilidad patrimonial a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y a la correduría de seguros -- para que lo comunique a la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud.

CUARTO.- Con fecha 30 de julio de 2015 se solicita a la Dirección Gerencia del Área de Salud I que remita una copia de la historia clínica del hermano de la reclamante, los informes de los profesionales que le atendieron, acerca de los hechos expuestos en la solicitud de indemnización, y un informe del Servicio de Medicina Preventiva sobre los mismos hechos.

Esta solicitud de información se reitera el 27 de octubre siguiente.

QUINTO.- El 18 de noviembre de 2015 se recibe una comunicación del Director Gerente del Área de Salud mencionada con la que se adjunta una copia de la historia clínica del paciente fallecido, un disco compacto (CD) en el que se contienen varias imágenes y dos informes.

En el primero de ellos, realizado el 3 de septiembre de ese mismo año por el Dr. x, Jefe de Servicio de Medicina Intensiva, se expone lo que sigue:

"1. Que el citado paciente, x y su hermana x firmaron con fecha 31 de marzo de 2014 una autorización para la intervención de cirugía de revascularización miocárdica, como consta en el documento de consentimiento informado que está incluido en la historia clínica donde aparece la fecha citada, el sello de 3 de abril de 2014 y la firma del Dr. x, cirujano responsable de aportar la información preoperatoria al paciente.

2. Se trata de un paciente con alto riesgo quirúrgico, ASA IV en la hoja de valoración de preanestesia, pendiente de ser intervenido de tumor vesical (carcinoma papilar urotelial de alto grado); con enfermedad coronaria de tronco común izquierdo, descendente anterior, circunfleja y coronaria derecha; disfunción sistólica ventricular izquierda, clínica de claudicación intermitente, diabetes mellitus, exfumador, enfermedad pulmonar SAHOS con CPAP nocturna.

3. El paciente fue inicialmente intervenido realizándose un bypass de AMI a DA, no siendo posible revascularizar el resto de vasos coronarios, siendo dado de alta de UCI el 25 de mayo sin incidencias.

4. Reingresa en UCI el 27 de mayo por insuficiencia respiratoria evidenciándose una dehiscencia esternal por lo que fue intervenido quirúrgicamente en esa fecha, iniciándose tratamiento antibiótico y realizándose el procedimiento necesario para tratar la causa de su deterioro.

5. Como consta en la notas de historia clínica aportada, se tomaron las medidas precisas ajustadas a lex artis para tratar de controlar y curar la infección esternal y del mediastino, siendo el paciente reintervenido el 27 de mayo (ya citado), el 29 de mayo, el 1 de junio para colocar VAC esternal (dispositivo de aspiración continua para tratar la infección de la herida quirúrgica) y el 11 de agosto para reconstrucción esternal por un equipo multidisciplinar que incluye a Cirugía Torácica.

6. Me remito a las notas de la historia clínica donde constan los esfuerzos de los profesionales y los intentos repetidos de avanzar en el destete de la ventilación mecánica y en el control de la infección.

7. Lamento el sufrimiento padecido por el paciente y sus familiares a lo largo de este proceso. Desconozco la información transmitida verbalmente por los miembros del Servicio de Cirugía Cardiovascular previamente a la

intervención quirúrgica; el riesgo de infección de la herida quirúrgica y de mediastinitis está descrito profusamente en la literatura. En él influye la situación previa del paciente (diabetes, neoplasia, disfunción sistólica ventricular izquierda, SAHOS...). Queda claro que el paciente firmó el consentimiento informado previo a la intervención, donde aparece reflejado que hay "ciertos riesgos y complicaciones inherentes a la cirugía en sí y al procedimiento operatorio específico...". Y "he entendido que no se me dan garantías completas concernientes al resultado final de dicha intervención y de su período postoperatorio intrahospitalario", siendo la infección postoperatoria una de dichas complicaciones posibles".

El segundo de ellos es realizado el 5 de noviembre de 2015 por el Dr. x, facultativo especialista de Cirugía Cardiovascular, y en él se explica lo siguiente:

"El paciente x es intervenido el día 23 de mayo de 2014 de cirugía de revascularización coronaria mediante bypass aorto-coronario de arteria mamaria interna izquierda a descendente anterior, inicialmente sin incidencias, sube a planta al tercer día y comienza con clínica de agitación, desaturación y desorientación, con exudado purulento por herida quirúrgica. En este contexto se diagnostica de mediastinitis y se inician todas las medidas agresivas consideradas oportunas, como su reingreso en Unidad de Cuidados Intensivos y reoperación hasta en 5 ocasiones. La incidencia de mediastinitis en cirugía cardíaca está definida en los pacientes sometidos a cirugía cardíaca, concretamente en cirugía coronaria, en pacientes con disfunción ventricular, patología pulmonar crónica (sea enfermedad pulmonar obstructiva crónica o Síndrome de Apnea Hipoapnea Obstructiva del Sueño) y pacientes diabéticos, donde el riesgo es aún mayor, características que cumplía el paciente anteriormente citado. Se trata de una complicación inherente al procedimiento, a pesar de todas las medidas de asepsia que se tienen en cuenta por rutina y sistema en nuestro servicio (plantas y quirófano) y en la Unidad de Cuidados Intensivos. Respecto a la infección causante, resaltamos que en cultivos extraídos el día 25/05/2015, cuando comienza la fiebre y el malestar general, se aíslan microorganismos del género Staphilococcus sp, apareciendo posteriormente los bacilos gramnegativos con posterioridad (paciente con intubación prolongada y varias re-esternotomías por infección incoercible). Se trata pues de un riesgo inherente al procedimiento, tal y como se indicó anteriormente, así está descrito en las guías de revascularización y práctica clínica y no se asocia a ruptura de la cadena de asepsia como se indica en dicha reclamación. Por último, el paciente es informado de los riesgos y beneficios de la intervención explicándole la posibilidad de sufrir dicha complicación, se pasa un consentimiento que firma, con lo que es sabido por el paciente y la familia de las complicaciones de pueden surgir, algunas de ellas potencialmente letales, como la mediastinitis".

SEXTO.- Con fecha 11 de diciembre de 2015 se recibe un segundo escrito del Director Gerente del Área I de Salud con el que acompaña el informe realizado el 30 de noviembre de ese mismo año por el Dr. D. x, Jefe de Servicio de Medicina Preventiva, en el que pone de manifiesto lo siguiente:

"Paciente que fallece en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Virgen de la Arrixaca el día 15 de agosto de 2014.

Es intervenido previamente el día 23/05/2014 de cirugía coronaria en el mismo hospital.

Es un paciente con múltiples factores de riesgo de infección nosocomial: Diabetes, antecedentes de tabaquismo importante, tumor vesical (2013), síndrome de apnea obstructiva, lesión de coronarias; lesión del 70% del TCI, obstrucción completa de DA, disfunción ventricular, regurgitación mitral y otras dolencias cardíacas.

Además de sus factores de riesgo intrínseco, clasificado con ASA 4, se le somete a una cirugía de riesgo con probabilidad de mediastinitis, y es hospitalizado en la Unidad con mayor riesgo de infección nosocomial: UCI.

Fue informado y firmó el consentimiento correspondiente, reconociendo el paciente la falta de garantía del tratamiento al que iba a ser sometido".

SÉPTIMO.- El 21 de diciembre de 2015 se remite una copia del expediente a la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud y se requiere de la Subdirección General de Atención al Paciente e Inspección Sanitaria que la Inspección Médica emita un informe valorativo de la reclamación de responsabilidad patrimonial.

OCTAVO.- El órgano instructor solicita a la Dirección Gerencia del Área I de Salud el 4 de mayo de 2016 que el Servicio de Medicina Preventiva emita un informe complementario del que ya elaboró en su momento.

Con fecha 1 de agosto de 2016 se recibe una nueva comunicación de la referida Dirección Gerencia con la que se acompañan dos nuevos informes.

En el primero de ellos, realizado el 8 de junio de 2016 por la Dra. x, Supervisora de Unidad de Quirófano Programado General, se pone de manifiesto que *"En relación al tema que hace referencia el asunto, le informo en cuanto a los puntos solicitados:*

- Registro de control de esterilización del utillaje quirúrgico empleado durante la intervención quirúrgica: según confirma el servicio de Esterilización de este Hospital, el material quirúrgico empleado en las diferentes intervenciones mencionadas son correctos. Se adjunta documento.

- Protocolo de Seguridad empleado previamente a la intervención del paciente (Check-list de quirófano): se adjuntan protocolos quirúrgicos".

Junto con el informe se aportan diversas hojas expedidas por la Central de Esterilización del Hospital *Virgen de la Arrixaca*; un documento titulado Verificación de Seguridad Quirúrgica en el que se recogen numerosos datos relativos a las intervenciones realizadas al hermano de la interesada los días 27 de junio y 11 de agosto de 2014, y otro documento en el que se detallan los cuidados de enfermería que se dispensaron al paciente los días señalados.

El segundo informe fue realizado el 22 de julio de 2016 por el Dr. x, Jefe de Medicina Preventiva, y en él se expone lo que sigue:

"1. En la Unidad de Cuidados Intensivos se realiza el Estudio de Prevalencia de Infecciones Nosocomiales en España (EPINE), conjuntamente con más de 200 hospitales en España. También se ha implantado el programa

de Bacteriemia Zero. La UCI tiene un grupo de profesionales dedicados en exclusiva al control de la infección nosocomial en la misma.

2. Los controles de bioseguridad ambiental los realiza en el Hospital HUCVA el servicio de mantenimiento. El servicio de Medicina Preventiva no tiene constancia de ninguna alteración de las condiciones de bioseguridad ambiental en la fecha última anterior a la intervención quirúrgica y estancia del paciente x.

3. El servicio de Medicina Preventiva no tiene constancia de infecciones nosocomiales en las fechas inmediatamente anteriores o posteriores a la intervención del paciente en el quirófano donde ésta tuvo lugar o en la UCI.

4. La hoja del control de esterilización del utillaje quirúrgico empleado durante la intervención quirúrgica del paciente no la tiene el servicio de Medicina Preventiva. Deben dirigirse al servicio de esterilización. El servicio de Medicina Preventiva no tiene constancia de ninguna alteración de las condiciones de esterilidad del material quirúrgico empleado en la intervención.

5. El protocolo de seguridad de la intervención del paciente (Check list de quirófano) no la tiene el servicio de Medicina Preventiva, pues la realiza el servicio de Cirugía. El servicio de Medicina Preventiva no tiene constancia de ninguna alteración del protocolo de seguridad del quirófano".

NOVENO.- Obra en el expediente un informe pericial aportado por la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud y realizado el 29 de abril de 2016 por un médico especialista en Medicina Interna. En él se contiene un resumen de la historia clínica del paciente fallecido, se exponen varias consideraciones médicas relativas al caso y se formulan las siguientes conclusiones médico periciales:

"1. El paciente es sometido a una intervención de revascularización coronaria debido a la enfermedad que padecía, lo que se considera totalmente adecuado y correcto.

2. Consta la firma del consentimiento informado para la intervención donde se alude a las complicaciones inherentes a la misma.

3. A pesar de las medidas de prevención se produce una infección tipo mediastinitis.

4. Se tomaron las medidas necesarias para tratar la mediastinitis mediante drenajes, reintervenciones y tratamiento antibiótico ajustado a los cultivos microbiológicos obtenidos.

5. La infección por mediastinitis es una infección severa con una alta mortalidad.

6. Se pusieron los medios necesarios para prevenir y tratar adecuadamente la infección, a pesar de los cuales, se desarrolló, acabando lamentablemente con la vida del paciente".

Por último, se contiene la siguiente conclusión final:

"La atención recibida por x en relación a la infección postquirúrgica sufrida tras intervención quirúrgica de by-pass coronario realizada en el Hospital Virgen de la Arrixaca se considera adecuado a la lex artis no hallándose indicios de conducta negligente ni por parte del personal sanitario ni por los centros hospitalarios referidos".

DÉCIMO.- El 2 de septiembre de 2016 se recibe el informe realizado el 29 de julio de ese año por la Inspección Médica. En ese documento se ofrece un resumen de los hechos acontecidos, se contiene un juicio crítico y se formulan las siguientes conclusiones:

"1. La complicación infecciosa en forma de mediastinitis y ulterior shock séptico sufrida por el paciente tras la intervención quirúrgica de estereotomía es una situación que aunque de frecuencia baja está descrita y reconocida como de posible presentación en un procedimiento de esta naturaleza.

2. La aparición de mediastinitis y shock séptico no determina una mala actuación médico-quirúrgica ni necesariamente rotura de la cadena de asepsia tal y como lo reflejan diferentes estudios y publicaciones sobre la técnica quirúrgica empleada y sus posibles riesgos y complicaciones.

3. El entorno hospitalario es un factor de riesgo de infección y contaminación microbiológica y tal posibilidad no desaparece totalmente aun aplicando las obligadas y seguidas medidas preventivas de asepsia, higiene y limpieza. Partiendo de este principio no puede establecerse el papel desempeñado por este riesgo bajo de entorno en el proceso infeccioso.

4. El paciente presentaba importantes factores de riesgo derivados de sus antecedentes de padecimientos patológicos crónicos -que actúan con carácter sumatorio entre ellos-, que elevaban la posibilidad de que estos se materializasen.

5. La actuación médico-quirúrgica de los diferentes Servicios del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca fue correcta y adecuada en todo el proceso asistencial conforme al conocimiento científico establecido respecto de las diferentes situaciones planteadas con carácter evolutivo.

6. Los consentimientos informados fueron firmados en los diferentes momentos del proceso asistencial donde estos eran requisito previo necesario".

UNDÉCIMO.- El 5 de octubre de 2016 se recibe otro escrito del Director Gerente del Área de Salud referida con la que aporta el informe realizado el 19 de septiembre anterior por los Dres. x. y, Jefe de Servicio y facultativa especialista de Medicina Interna, respectivamente.

En él se expone que *"El personal sanitario de la UCI del HCUVA, coordinado por la Dra. x, colabora con el grupo de trabajo de enfermedades infecciosas (GTEI) de la sociedad de Medicina Intensiva, participando desde 1994 en el Estudio Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial (ENVIN).*

En ENVIN participan la mayoría de las UCIS españolas, 198 exactamente, con toma de datos al menos un trimestre al año, si bien algunos hospitales -como es el caso de la UCI del HCUVA- el registro de datos es diario, lo que asegura que las cifras de seguimiento anuales son exactas, y no un muestreo estadístico.

Este grupo de trabajo ha implantado a lo largos de los años varios proyectos que se conocen en su conjunto con el nombre de "Tolerancia Zero", son los siguientes:

- 1.- Bacteriemia Zero, iniciado en 2009.*
- 2.- Neumonía Zero, puesto en marcha en el año 2011.*
- 3.- Resistencia Zero, última incorporación desde abril de 2014".*

A continuación se describen los 3 programas citados y se ofrecen los datos registrados en esa UCI.

Por otra parte, se adjunta también el informe suscrito el 27 de septiembre de 2016 por x, Subdirector de Gestión y Servicios Generales del Hospital mencionado, en el que pone de manifiesto lo siguiente:

"Adjuntamos resultados de controles analíticos, realizados por la adjudicataria del concurso abierto de servicios, que corresponde a la comercial --.

Dichos controles analíticos corresponden a aire ambiente y superficie, de las zonas quirúrgicas y UCI del pabellón general, y se realizaron dentro de la programación anual de muestreo realizada sobre las diversas dependencias del hospital, como complemento a otros controles analíticos de circuitos de agua, diálisis, vertidos, etc., y otros servicios que se desarrollan dentro de la prestación del indicado expediente, promovido desde el servicio de mantenimiento y servicios generales.

Se adjuntan los controles programados dentro del trimestre, más cercanos a la fecha solicitada.

Así mismo, en ocasiones se realizan controles específicos en áreas determinadas, a solicitud de la dirección médica, como complemento a la información anterior, y es por ello que se adjuntan los resultados de los controles específicos realizados en el área de UCI en el mes de junio de 2014".

Con el informe se adjuntan 125 folios que contienen los resultados de los controles analíticos mencionados, realizados en el Área de Quirófanos del Pabellón General; otros 11 folios que ofrecen los obtenidos en los controles efectuados en el Servicio de UCI general, y otros 20 folios que detallan los datos de los controles específicos llevados a cabo en junio de 2014 en el Servicio de UCI general.

DUODÉCIMO.- El 29 de noviembre de 2016 se confiere a la reclamante y a la compañía aseguradora el correspondiente trámite audiencia para que puedan formular alegaciones y presentar los documentos y justificantes que estimen convenientes. Sin embargo, no consta que ninguno de ellos haya hecho uso de ese derecho.

DECIMOTERCERO.- Con fecha 8 de septiembre de 2017 se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación por entender que no concurren los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial sanitaria.

Una vez incorporados el preceptivo índice de documentos y el extracto de secretaría, se remite el expediente en solicitud de Dictamen, mediante escrito recibido en este Consejo Jurídico el 25 de septiembre de 2017.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, ya que versa sobre una reclamación que en concepto de responsabilidad patrimonial se ha formulado ante la Administración regional, de conformidad con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en relación con los artículos 142.3 y 12.1 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los procedimientos en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas (RRP).

SEGUNDA.- Régimen legal aplicable, legitimación, plazo de interposición de la acción de resarcimiento y procedimiento seguido.

I. En cuanto al régimen jurídico que resulta de aplicación a este procedimiento, conviene recordar que la LPAC ha sido derogada por la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP) y que este nuevo Cuerpo legal y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), configuran una nueva regulación de la responsabilidad patrimonial de la Administración.

Sin embargo, la Disposición transitoria tercera, apartado a), de la LPACAP dispone que no resulta de aplicación a los procedimientos iniciados antes de su entrada en vigor, que se regirán por la normativa anterior. De conformidad con ello, el régimen legal que resulta aplicable en este caso es el que se contenía en la LPAC.

II. La reclamación por daño moral ha sido interpuesta por una persona interesada como es la hermana del paciente fallecido, cuya condición acredita por medio de un certificado de nacimiento, acreditativo de su relación de parentesco.

La Administración regional está legitimada pasivamente por dirigirse contra ella la reclamación e imputarse el daño a los servicios públicos sanitarios de su competencia.

III. En relación con el requisito del plazo, el artículo 142.5 LPAC establece 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 este caso, el fallecimiento del hermano de la reclamante se produjo el 15 de agosto de 2014 y la solicitud de indemnización se presentó el 16 de julio del año siguiente, de forma temporánea por tanto, ya que se ejercitó dentro del plazo legalmente establecido.

IV. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos, si bien se aprecia que se ha sobrepasado en exceso el plazo de tramitación del procedimiento al que se refiere el artículo 13.3 RRP.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.

La responsabilidad patrimonial exigida por la actuación en el campo sanitario está sometida a los principios de la responsabilidad de la Administración que rigen en nuestro Derecho, derivada del artículo 106.2 CE, según el cual *"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"*. Por otra parte, el Texto Constitucional (artículo 43.1) también reconoce *"el derecho a la protección de la salud"*, desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración, de naturaleza objetiva, son

recogidos por los artículos 139 y siguientes de la LPAC y desarrollados por abundante jurisprudencia:

1. La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupos de personas.
2. Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando el nexo causal.
3. Ausencia de fuerza mayor.
4. Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos no es una prestación de resultado sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los posibles para la curación del paciente, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico.

La actuación del sanitario ha de llevarse a cabo con sujeción a la denominada *lex artis ad hoc* o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación e intervención médica y las circunstancias en que la misma se desarrolle (Dictámenes números 49/01 y 97/03 del Consejo Jurídico). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión, sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo para determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente (STS, Sala 3ª, de 14 de octubre de 2002). La *lex artis*, por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

En este sentido, pues, debe concluirse en que sólo si se produce una infracción de la *lex artis* responde la Administración de los daños causados que puedan imputarse a dicha actuación infractora, pues en caso contrario dichos perjuicios no son imputables a la atención sanitaria pública y no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Por lo tanto, analizar la praxis médica durante la intervención sanitaria permite determinar si se trata de un supuesto que da lugar a responsabilidad, no ya porque exista un daño, sino porque se produce una infracción del citado criterio de normalidad de los profesionales médicos; prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que habría de declararse en todos los supuestos de actuaciones médicas en centros sanitarios públicos que, por ejemplo, no pudieran evitar la muerte de un paciente, o la producción de lesiones derivadas de una complicación de una intervención quirúrgica, cuando la correspondiente actuación sanitaria fue realizada conforme a la *lex artis*; responsabilidad que, por lo dicho, no puede admitirse en estos casos u otros análogos.

La determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a normopraxis descansa, de forma necesaria, en la

apreciación efectuada por profesionales de la medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados precisos para una adecuada valoración de los actos médicos en el contexto concreto que presenta cada supuesto. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil-, el principal apoyo probatorio de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ha de ser, para los reclamantes, un informe pericial que ponga de manifiesto los errores u omisiones cometidos durante todo el proceso asistencial (el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria es puesto de relieve por el Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala de lo Contencioso-Administrativo de 1 de marzo de 1999).

CUARTA.- Sobre el fondo del asunto.

Como se ha puesto de manifiesto con anterioridad, la interesada formula una solicitud de indemnización porque considera que a su hermano se le dispensó una asistencia sanitaria inadecuada que provocó su fallecimiento. De manera concreta, recuerda que el enfermo se sometió a una revascularización miocárdica y que posteriormente sufrió un shock séptico derivado de una mediastinitis causada por gérmenes típicamente hospitalarios (*Proteus Mirabilis* y *Klebsiella Pneumoniae*). A su juicio, esa infección evidencia, necesariamente, que se produjo una rotura de la cadena de asepsia en algún momento, que es una condición *sine qua non* para su aparición.

A pesar de ello, la interesada no acompaña su reclamación con ningún medio de prueba, preferentemente de carácter pericial, que avale el contenido de su imputación, a pesar de que el artículo 217.2 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, aplicable asimismo en materia de procedimiento administrativo, establece que "*Corresponde al actor... la carga de probar la certeza de los hechos de los que ordinariamente se desprenda... el efecto jurídico correspondiente a las pretensiones de la demanda...*".

Sin embargo, la lectura de los diferentes informes que se han traído al procedimiento y el análisis de la prueba documental que también se ha incorporado permiten a este Órgano consultivo alcanzar la conclusión contraria. Para ello parte, en primer lugar, de la convicción de que el paciente se sometió a una intervención de revascularización miocárdica porque padecía una cardiopatía isquémica y porque varios vasos coronarios estaban afectados. Por lo tanto, la necesidad de la intervención era evidente y hay que resaltar que, de hecho, no ha sido cuestionada en ningún momento por la propia reclamante, como tampoco lo ha sido la utilización de la técnica del by-pass coronario previa mediastinotomía que se siguió. En el informe médico-pericial que se ha traído al procedimiento se señala que se trató de una medida totalmente adecuada y correcta (conclusión 1ª).

También admite este Consejo Jurídico que la infección nosocomial tipo mediastinitis que padeció el paciente en el mediastino se produjo tras la cirugía, pero no considera acreditado que se produjera por rotura de la cadena de asepsia necesaria.

Para llegar a esa conclusión parte de lo que se explica en el apartado sobre "Juicio crítico" del informe valorativo de la Inspección Médica. Allí se dice que una de las complicaciones más serias de esta cirugía es la mediastinitis o infección del tejido conectivo que rodea a las estructuras mediastínicas, que presenta una incidencia del 1-5% y que provoca una mortalidad alta, de entre el 15 y 50%. Por lo que se refiere a la frecuencia constatada en los estudios españoles publicados, se señala que oscila entre el 2,2 y el 7,22% de los casos. En la conclusión 1ª del informe se reconoce que es una situación de frecuencia baja y que está descrita y reconocida como de posible presentación en un procedimiento de esta naturaleza. El autor del informe médico pericial aportado por la compañía aseguradora reconoce que la mediastinitis es una infección muy severa que condiciona una mortalidad

importante, y así lo refleja en la conclusión 5ª.

Este Órgano consultivo también toma en consideración lo que se expone en el apartado del informe de la Inspección Médica relativo a los "Hechos", en el que se pone de manifiesto que el proceso infeccioso fue sospechado y detectado después de la primera intervención quirúrgica, durante el primer día de estancia en planta el 25 de mayo de 2014. Se apreció entonces en la herida quirúrgica, a nivel del tercio medio, un exudado cuya muestra se envió a cultivo al tiempo que se prescribió un tratamiento antibiótico empírico.

El día siguiente, 26 de mayo de 2014, se volvió a recoger material purulento de la herida que también se remitió para su estudio al Servicio de Microbiología del Hospital *Virgen de la Arrixaca*. Se mantuvo el tratamiento antibiótico empírico hasta el diagnóstico de infección de la herida quirúrgica por *Proteus Mirabilis* y se administró el correspondiente y específico tratamiento antibiótico.

De igual modo, se explica en el informe valorativo, acerca del desarrollo evolutivo del proceso séptico, que se realizó un gran número (75) de cultivos desde las fechas reseñadas hasta el 19 de agosto de 2014, fecha del último documento del que se dispone. Se añade, asimismo, que a lo largo de ese proceso, con muestras extraídas de la herida quirúrgica, aspirados branquiales, extremos de catéter, urocultivos y hemocultivos, se obtuvieron resultados de *Staphylococcus capiti*; *Enterobacter cloacae*; *Acinetobacter baumannii*; *Candida albicans*; *Staphylococcus epidermidis*, *Enterococcus faecalis* y *Klebsiella Pneumoniae*.

No obstante, se indica en el informe que los informes microbiológicos incluían las diversas sensibilidades antibióticas y, por tanto, las elecciones terapéuticas recomendadas y apropiadas en la estrategia antimicrobiana.

Por lo tanto, y como se pone de manifiesto en las conclusiones 4ª y 6ª del informe pericial, se adoptaron las medidas necesarias para tratar la infección mediante drenajes, reintervenciones y un tratamiento antibiótico ajustado a los cultivos microbiológicos obtenidos, a pesar de lo cual la infección se desarrolló y ocasionó, lamentablemente, el fallecimiento del paciente.

En el mismo sentido, hay que poner de manifiesto que no se ha detectado que no se hubieran guardado las debidas condiciones de esterilidad del quirófano donde se intervino al paciente o de la UCI o de la habitación de la planta en las que estuvo ingresado. Tampoco del material del utillaje empleado durante la intervención quirúrgica o con ocasión de las curas que se le realizaron.

De hecho, en el informe elaborado por el Dr. x, Jefe de Medicina Preventiva (Antecedente octavo), se recuerda que la UCI se realiza el estudio EPINE, que se ha implantado el programa de *Bacteriemia Zero* y que un grupo de profesionales se dedica de manera exclusiva al control de la infección nosocomial en ella.

De igual forma, explica que su Servicio no tiene constancia de ninguna alteración de las condiciones de bioseguridad ambiental en la fecha última anterior a la intervención quirúrgica y estancia del paciente ni de la existencia de infecciones nosocomiales en las fechas inmediatamente anteriores o posteriores a la intervención del paciente en el quirófano donde ésta tuvo lugar o en la UCI. Tampoco, de ninguna modificación de las condiciones de esterilidad del material quirúrgico empleado en la intervención ni del protocolo de seguridad del quirófano.

Por su parte, la Dra. x informó asimismo que el estado del material quirúrgico empleado en las diferentes intervenciones que se llevaron a cabo era correcto y que se siguió el protocolo de seguridad establecido con anterioridad a la operación del hermano de la reclamante.

Como prueba de ello, se han traído al procedimiento diversas hojas expedidas por la Central de Esterilización del Hospital; un documento titulado *Verificación de Seguridad Quirúrgica* en el que se recogen numerosos datos relativos a las intervenciones realizadas los días 27 de junio y 11 de agosto de 2014, y otro documento en el que se detallan los cuidados de enfermería que se dispensaron al paciente los días señalados.

Conviene recordar, asimismo, que los Dres. x, y explicaron (Antecedente undécimo de este Dictamen) que los miembros de la UCI del mencionado centro sanitario participan desde 1994 en el Estudio Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial (ENVIN) y que en la esa Unidad se recaban datos de manera diaria, lo que asegura que la información que se proporciona sea exacta.

De igual modo, esos facultativos señalan en su informe que se han implantado varios programas (*Bacteriemia Zero*, *Neumonía Zero* y *Resistencia Zero*) que se conocen en su conjunto con el nombre de *Tolerancia Zero*, y ofrecen los datos registrados en esa UCI durante aquellos días.

Y se debe resaltar que también se han incorporado al expediente administrativo los resultados de los controles analíticos realizados, con general y específico, en el Área de Quirófanos del Pabellón General y en el Servicio de UCI general durante ese período de tiempo.

Todo ello sirve para desvirtuar, en primer lugar, la imputación de que se haya podido romper la cadena de asepsia a la que se refiere la reclamante, pues lo cierto es que no existe la menor prueba que lo confirme.

En segundo lugar, se debe tomar en consideración lo que también se apunta en el informe de la Inspección Médica de que en la literatura se citan numerosos factores de riesgo asociados a la aparición de esta complicación como pueden ser diabetes, obesidad y enfisema. También se alude a la posible existencia de factores que causan isquemia del área mencionada, como el uso de la arteria mamaria interna; un tiempo quirúrgico largo; un uso desproporcionado de cera en el esternón; un exceso de electrocoagulación y otros factores como la ventilación mecánica prolongada y neumonía nosocomial, entre otros.

Pues bien, en este caso concurrían antecedentes personales propiciadores del incremento del riesgo de infección en el paciente como diabetes, obesidad, síndrome de apnea obstructiva del sueño, dislipemia e hipertensión arterial, fracción de Eyección Ventrículo Izquierdo (FEVI en torno al 35%) y una importante e intensa afectación de vasos coronarios (enfermedad coronaria de 3 vasos).

De igual forma, hay que recordar que el paciente fue valorado en consulta de preanestesia como ASA IV (el mayor grado de clasificación) que, según la *American Society of Anesthesiology* evidencia que el enfermo padece una enfermedad sistémica grave e incapacitante que supone un riesgo vital constante.

Por lo tanto, como se señala en la conclusión 4ª del informe valorativo, el paciente presentaba importantes factores de riesgo derivados de sus antecedentes de padecimientos patológicos crónicos -que actúan con carácter sumatorio entre ellos- que elevaban la posibilidad de que se materializaran.

Finalmente, y en tercer lugar, el perito médico destaca en su informe que en el consentimiento médico que firmó el paciente se alude, entre los riesgos posibles, a las complicaciones inherentes al procedimiento, y que la infección en forma de mediastinitis es una de ellas. Por ese motivo, considera (conclusión 2ª de su informe) que el paciente conocía, por la firma del documento mencionado, que existía riesgo de que se manifestaran las complicaciones inherentes a la intervención quirúrgica que se iba a realizar y que lo asumió de manera voluntaria y plenamente consciente.

Todas estas consideraciones se exponen detalladamente en los informes realizados por los Dres. x, y (que se reproducen en el Antecedente quinto de este Dictamen) x, cuyo informe se transcribe en el Antecedente sexto.

En consecuencia, y de conformidad con lo que se ha puesto de manifiesto, no se puede considerar que la actuación médica se desarrollara con infracción alguna de la *lex artis* o con negligencia de ningún tipo (conclusión 5ª del informe de la Inspección Médica y final del informe médico-pericial), por lo que no procede declarar que el resultado lamentablemente producido fuese antijurídico ni se puede establecer tampoco que exista la necesaria y adecuada relación de causalidad entre ese daño y el funcionamiento del servicio sanitario regional, de modo que la acción resarcitoria interpuesta no puede ser estimada.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula la siguiente

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, ya que no concurren los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración pública sanitaria y, de manera concreta, el nexo causal que debe existir entre el funcionamiento del servicio público y el daño producido, cuya antijuridicidad tampoco ha resultado acreditada.

No obstante, V.E. resolverá.