



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº 144/2023

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 23 de mayo de 2023, 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 10 de enero de 2023 (COMINTER 3396) y disco compacto (CD) recibido en la sede de este Consejo Jurídico el día 12 de enero de 2023, sobre responsabilidad patrimonial instada por D.^a X y otros, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2023_001), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 21 de diciembre de 2016 un abogado, actuando en nombre y representación de D.^a X y de sus hijos, D.^a Y, D. Z, D.^a P, D.^a Q, D. R y D.^a S, formula una reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración sanitaria regional.

En ella expone que sus representados son la madre y los hermanos, respectivamente, de D. T, que falleció el 22 de diciembre de 2015, a los 45 años, como consecuencia de un shock séptico refractario (causa inmediata del fallecimiento), provocado por una peritonitis y una fascitis necrotizante (causa intermedia), a su vez derivadas de un trasplante hepático ortotópico (causa fundamental), que se llevó a cabo en el Hospital Clínico Universitario *Virgen de la Arrixaca* (HUVA) de Murcia, el 12 de diciembre de 2015, aunque se alude equivocadamente a que fue el 12 de noviembre.

El abogado expone que, tras esta intervención, la evolución postoperatoria inmediata en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) fue favorable. De hecho, el 14 de diciembre de 2015 fue trasladado a la Unidad de Hospitalización de Trasplantes.

Sin embargo, debido a un empeoramiento de su situación, el enfermo fue ingresado de nuevo en la UCI a las 22:58 h del 20 de diciembre de 2015. Ese día había iniciado un cuadro de trabajo respiratorio, con taquipnea, aumento de su disnea y mayor distensión abdominal, acompañado de disminución de la diuresis.

En la UCI presentó una evolución desfavorable. Inicialmente se comenzó con ventilación mecánica, persistiendo el paciente con mala dinámica respiratoria, motivo por el que se decidió finalmente someterlo a intubación orotraqueal. Presentaba abdomen distendido y salida de líquido purulento a través de la herida quirúrgica. Ante la sospecha de que el paciente pudiera experimentar un cuadro de peritonitis aguda secundaria a colecciones intra-abdominales, se ordenó la práctica de una tomografía axial computarizada (TAC) abdominal y se asoció antibioterapia empírica con *Piperacilina-Tazobactam*.

A las 03:16 h del 21 de diciembre se efectuó una TAC de abdomen con contraste que permitió concluir la existencia de un importante neumoperitoneo, con múltiples colecciones abdominales parcialmente organizadas,

que podrían estar causadas por un proceso infeccioso abdominal. Se sugirió valorar clínicamente la posibilidad de que concurriese una fascitis necrotizante.

El paciente fue reintervenido a las 04:30 h del citado 21 de diciembre, y en esa operación se apreció una gran peritonitis aguda purulenta -sin objetivar perforación de víscera hueca-, celulitis, fascitis y miositis de la pared abdominal.

Tras la reintervención, el paciente pasó nuevamente a la UCI. Desde su reingreso, se mantuvo con tendencia a la hipotensión arterial a pesar del aporte de volumen y de drogas vaso-activas, con noradrenalina a dosis crecientes.

Como se ha adelantado, el paciente falleció a las 00:30 h del 22 de diciembre de 2015, por las siguientes razones: shock séptico; insuficiencia respiratoria aguda en pulmón previamente sano; peritonitis difusa; absceso intraperitoneal; celulitis de la pared abdominal; fracaso renal agudo con oliguria, infección postoperatoria y sepsis sin hemocultivos.

Tras el fallecimiento, en los cultivos obtenidos de la herida operatoria y de la cavidad abdominal crecieron abundantes colonias de *Stafylococcus epidermidis*, *Escheridia coli* y *Klebsiella pneumonia*.

Los reclamantes sostienen que en el presente supuesto se produjo una múltiple vulneración de la *lex artis ad hoc*, que puede resumirse del siguiente modo:

a) Una múltiple infección nosocomial producida por gérmenes típicamente hospitalarios, GRAM negativos: *Escheridia coli* y *Klebsiella pneumonia*, causantes de una peritonitis y de una fascitis necrotizante, complicaciones previsibles y evitables con unas adecuadas medidas quirúrgicas y no rompiendo, en ningún momento, la cadena de asepsia. Se argumenta que dicha rotura resulta imprescindible para que la infección haga acto de presencia.

b) Una demora excesiva en drenar quirúrgicamente tanto el peritoneo infectado como la fascia abdominal necrosada. En efecto, ya a las 14:51 h del 20 de diciembre de 2015 se dejó constancia en el historial clínico: “Se retiran varios puntos de la parte central de la herida para drenar seroma. El líquido drenado tiene un aspecto marrón-grisáceo. Se manda muestra a cultivo”.

Sin embargo, se tardaron 14 horas en efectuar un amplio desbridamiento y resección de esfacelos, procedimiento que pudo y debió haberse efectuado con mucha y mayor antelación, antes de que la peritonitis hubiese hecho acto de presencia.

c) En definitiva, consideran que el fallecimiento del paciente era previsible y evitable con una adecuada sujeción a las reglas de la *lex artis ad hoc*.

Por tanto, solicitan una indemnización total y conjunta de 221.440 €.

Junto con el escrito aporta copias de las escrituras de apoderamiento conferidos a su favor por los reclamantes (excepto por D. R), del certificado médico de defunción de D. T, y de diversos documentos de carácter clínico.

SEGUNDO.- El 11 de enero de 2017 se advierte al abogado actuante que no se ha acreditado la representación con la que dice intervenir en nombre de D. R ni la legitimación activa con la que puedan intervenir sus representados. Por ello, se le demanda que aporte la escritura de apoderamiento que pueda haber otorgado en su favor D. R y una copia del Libro de Familia correspondiente.

Además, se le recuerda que “la subsanación de su reclamación” debe realizarse de forma electrónica, de acuerdo con lo que se dispone en el artículo 14.2,c) de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

TERCERO.- Con fecha 2 de febrero de 2017, el abogado interviniente presenta un escrito con el que adjunta una copia del Libro de Familia y otra de la escritura del apoderamiento otorgado a su favor por D. R.

CUARTO.- La solicitud de indemnización se admite a trámite el 8 de febrero de 2017, y al día siguiente se informa de ese hecho a la correduría de seguros del Servicio Murciano de Salud (SMS), para que lo comunique a la compañía aseguradora correspondiente.

Asimismo, con esa fecha, se informa a la Dirección General de Asistencia Sanitaria, y se solicita a la Dirección Gerencia del Área I-HUVA de Salud que presente una copia de la historia clínica del paciente fallecido y los informes de los facultativos que lo atendieron.

QUINTO.- El 27 de marzo de 2017 se reciben copias de la documentación clínica demandada a la Dirección Gerencia del Área I-HUVA de Salud y de dos informes médicos.

El primero es elaborado el 20 de marzo de 2017 por el Dr. V, Jefe de Servicio de Cirugía General del HUVA, en el que expone lo siguiente acerca de la atención que se le dispensó al enfermo:

“- Fue valorado durante el día 20/12/2015 por el Servicio de Aparato Digestivo, según consta en su historia clínica. A las 14:55:19 horas se realizó una cura de la herida por Enfermería, según consta en la historia, por Dña. (...), que cura la herida y drena un líquido de aspecto marrón-grisáceo del que se toma cultivo.

- Con el diagnóstico de sospecha de edema agudo de pulmón pasa a la Unidad de Cuidados Intensivos, en la madrugada del 20 al 21 de Diciembre/2015. En este momento es cuando se contacta con Cirugía General que realizan curas de la herida, y dado que es un paciente inmunodeprimido, se solicita TAC para descartar problemas intraabdominales.

- El TAC se realiza a las 3:16 horas, se valida por el radiólogo a las 4:06 horas y se interviene a las 4,30 horas, tras consensuar la intervención con la Unidad de Trasplante Hepático.

- Los plazos de valoración del paciente desde que ingresa en UCI en la madrugada del 20 al 21 de Diciembre, por el intensivista, por el equipo de Cirugía y por el equipo de radiología de guardia, y se interviene, son de pocas horas, tal y como consta en la historia. El tiempo entre el diagnóstico, dado por el radiólogo tras valorar el TAC, y la cirugía, es de 24 minutos (validación del TAC a las 4:06 horas y cirugía a las 4:30).

- Tal y como aparece en la historia, el paciente ha sido valorado por el especialista de Aparato Digestivo, por intensivista, por cirugía de guardia, por radiología de guardia y por la unidad de trasplante hepático, acorde con los protocolos correspondientes a los trasplantados, y en plazos terapéuticos cortos”.

El segundo es el informe suscrito el 10 de marzo de 2017 por el Dr. D. W, facultativo del Servicio de Medicina Preventiva del HUVA, en el que explica que el paciente ingresó *“para un Trasplante Hepático Ortópico el 12/11/2015, con antecedentes patológicos de Diabetes Melitus insulino dependiente, Ex-hábito etanólico severo, fumador activo, intentos autolíticos y cirrosis hepática de origen mixto (etanólica y por Virus Hepatitis B). Se incluyó en la lista de trasplantes desde enero de 2014.*

Se trasladó a la UCI donde presentó una evolución desfavorable, con mala dinámica respiratoria por lo que se decide intubarlo. Con abdomen distendido se aprecia salida purulenta y en TAC se encuentran múltiples colecciones abdominales por un proceso infeccioso, de donde se aíslan E.coli, K. pneumoniae y S. epidermididis.

A pesar del interés habitual en este centro de tratar y solucionar favorablemente la enfermedad del paciente, por la gravedad y complejidad del caso, desgraciadamente el paciente falleció el 22/12/2015.

En este hospital se aplican todas las medidas de prevención y control de infecciones que por estudios y por actividad asistencial son de eficacia probada (protocolo de lavado de manos, protocolo de cuidado de cateterismo urinario e intravenoso, protocolo bacteriemia zero, profilaxis antibiótica, preparación prequirúrgica del enfermo, por poner unos pocos ejemplos).

La aparición de infecciones en las unidades críticas es debida a que los pacientes allí asistidos presentan, por regla general, una mayor gravedad a su ingreso (cirrosis...), más antecedentes patológicos (diabetes, tabaquismo...) y exploraciones y/o manipulaciones más invasivas (intubación endotraqueal, catéteres venosos centrales, ...).

Analizando los datos aportados por la historia clínica sugieren una infección hospitalaria endógena causada por la propia flora bacteriana residente dentro del paciente (E. coli, S epidermidis, ...) y éstas son muy difícilmente prevenibles y evitables”.

SEXTO.- El 31 de marzo de 2017 se envían sendas copias del expediente administrativo a la Inspección Médica y a la correduría de seguros del SMS para que se puedan elaborar, en su caso, los informes valorativo y pericial correspondientes.

Además, el 4 de abril se les remiten discos compactos (CD) que contienen los resultados de las pruebas de imagen que se le realizaron al paciente fallecido.

SÉPTIMO.- El 18 de julio de 2022 se recibe el informe elaborado ese mismo día por la Inspección Médica, en el que se exponen las siguientes conclusiones:

“• [El familiar de los reclamantes] presentó en el postoperatorio del trasplante hepático ortotópico al que fue sometido en el HCU Virgen de la Arrixaca un episodio de infección nosocomial de la zona quirúrgica.

• En el documento de consentimiento informado que firmó el paciente se recogían las infecciones como una posible complicación.

• Las infecciones y concretamente las infecciones de la zona quirúrgica (infecciones nosocomiales) están ampliamente descritas en la literatura como una de las más frecuentes complicaciones del trasplante hepático.

• La erradicación completa de las infecciones nosocomiales es una aspiración irrealizable hoy por hoy, los esfuerzos se centran en la adopción de las medidas que se conocen como efectivas para disminuir su incidencia. En el HCU Virgen de la Arrixaca se aplican las medidas de prevención y control de infecciones que se consideran de eficacia probada.

• El hecho de que [el paciente] presentara en el postoperatorio del trasplante hepático un episodio de infección nosocomial, no implica que se incurriera en mala praxis.

• Del análisis de la secuencia temporal no se evidencia retraso significativo en la realización de la laparotomía de fecha 21/12/2015”.

OCTAVO.- El 3 de agosto de 2022 se concede audiencia a los reclamantes para que puedan formular alegaciones

y presentar los documentos y justificantes que crean convenientes.

NOVENO.- El abogado de los interesados presenta un escrito el 29 de septiembre de 2022 en el que manifiesta que se afirma y ratifica íntegramente en el contenido de su escrito de reclamación, fechado el 21 de diciembre de 2016.

De manera concreta, argumenta que el diagnóstico de la peritonitis y de la fascitis necrotizante pudo y debió haberse efectuado el 20 de diciembre de 2015 a las 12:30 h., que fue cuando el enfermo comenzó a experimentar dificultad respiratoria severa. Añade que siete horas más tarde se constató que padecía una oliguria franca, y a las 22:58 h de aquel día se le ingresó en la UCI. A las 03:16 h del 21 de diciembre se solicitó una TAC urgente, que ofreció los resultados de neumoperitoneo, peritonitis y fascitis necrotizante. Recuerda, asimismo, que se le intervino de urgencia a las 04:30 h, y que se apreció entonces una importante peritonitis aguda purulenta sin perforación intestinal pero con fascitis necrotizante y celulitis.

El abogado reitera que la intervención quirúrgica se debió haber realizado poco después de las 12:30 h del 20 de diciembre de 2015. Por esta razón, considera que el retraso de más de 12 horas en efectuar la cirugía, en una situación de shock séptico florido e irreversible, condujo al fallecimiento del enfermo.

DÉCIMO.- Con fecha 10 de enero de 2023 se formula propuesta de resolución desestimatoria por no haberse acreditado la concurrencia de los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial del servicio sanitario regional y, en concreto, por no haberse demostrado la existencia de una relación de causalidad adecuada entre el funcionamiento de dicho servicio público y los daños por los que reclama, cuya antijuridicidad tampoco se ha acreditado convenientemente.

Una vez incorporados el preceptivo índice de documentos y el extracto de secretaría, se remite el expediente en solicitud de Dictamen, mediante un escrito recibido en este Consejo Jurídico el 10 de enero de 2023, complementado con la presentación de un CD dos días más tarde.

A la vista de los referidos antecedentes, procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, dado que versa sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en los artículos 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), y 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia.

SEGUNDA.- Legitimación, plazo de ejercicio de la acción de resarcimiento y procedimiento seguido.

I. La reclamación por daño moral ha sido interpuesta por la madre y los seis hermanos mayores de edad del paciente fallecido, que son interesados en el presente procedimiento, según han acreditado mediante una copia del Libro de Familia.

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

II. En relación con el requisito del plazo, el artículo 67.1 LPACAP establece que 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 familiar de los reclamantes se produjo el 22 de diciembre de 2015, y la solicitud de indemnización se presentó el 21 de diciembre del año siguiente, de forma temporánea, por tanto, ya que se ejercitó dentro del plazo legalmente establecido,

III. 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 advierte que se ha

sobrepasado, con exceso, el plazo de tramitación al que se refiere el artículo 91.3 LPACAP, dado que se ha debido esperar más de cinco años a que la Inspección Médica evacuara su informe.

Por otra parte, se sabe que no se concedió audiencia a la empresa aseguradora del SMS, porque los riesgos que se materializaron en este caso no gozaban de cobertura contractual alguna, según se explica en el Hecho quinto de la propuesta de resolución que se analiza.

Finalmente, resulta necesario hacer una aclaración importante. Se ha expuesto en el Antecedente segundo de este Dictamen que el abogado que interviene en nombre de los interesados presentó la reclamación de forma personal en el registro del SMS. No obstante, es evidente que, dado que se trata de un profesional que ejerce una actividad para la que se requiere colegiación obligatoria, estaba obligado a relacionarse a través de medios electrónicos con las Administraciones Públicas para la realización de cualquier trámite del procedimiento de responsabilidad patrimonial (art. 14.2, c) LPACAP.

En este sentido, el artículo 68.4 LPACAP establece que, si alguno de los sujetos a los que se hace referencia en los apartados 2 y 3 del artículo 14 presenta su solicitud presencialmente, las Administraciones Públicas requerirán al interesado para que la subsane a través de su presentación electrónica. A estos efectos, se considerará como fecha de presentación de la solicitud aquélla en que haya sido realizada la subsanación.

Pese a ello, la Asesora Jurídica del SMS sólo requirió al abogado para que acreditase la representación con la que intervenía en nombre de uno de los interesados y sus legitimaciones activas respectivas por medio de la presentación del Libro de Familia.

Lo procedente hubiese sido, además, que se le hubiese solicitado expresamente que subsanara el defecto que suponía haber presentado de forma presencial la solicitud de indemnización mediante su presentación de manera electrónica. Y ello, aunque eso hubiese supuesto, inevitablemente, la presentación extemporánea de la solicitud y la desestimación de la reclamación, pues es sabido que las normas que regulan la prescripción de las acciones son de orden público y de aplicación taxativa.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.

La responsabilidad patrimonial exigida por la actuación en el campo sanitario está sometida a los criterios que rigen en nuestro Derecho, derivada del artículo 106.2 de la Constitución Española, 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 32 y siguientes de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP) y desarrollados por abundante jurisprudencia:

1. La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con 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.

I. Como se ha expuesto, los reclamantes solicitan que se les reconozca el derecho a percibir una indemnización total de 221.440 € como consecuencia del daño moral que sufrieron después de que su hijo y hermano, respectivamente, falleciese el 22 de diciembre de 2015 en el HUCA. Recuerdan que su familiar sufrió una peritonitis y una fascitis necrotizante tras recibir un trasplante hepático el día 12 anterior.

También sostienen que se incurrió en este caso en una doble vulneración de la *lex artis ad hoc* y, en consecuencia, en un mal funcionamiento del servicio sanitario regional.

En primer lugar, porque, tras el fallecimiento de su familiar, se obtuvieron cultivos en la herida operatoria y en la cavidad abdominal de gérmenes como la *Escherichia coli* y la *Klebsiella pneumoniae*, que causaron la peritonitis y la fascitis necrotizante que provocaron el shock séptico que causó el fallecimiento del enfermo. Los reclamantes sostienen que ello evidencia que se rompió en el algún momento la cadena de asepsia y que no se debieron adoptar las medidas de asepsia que resultaban necesarias.

En segundo lugar, que se incurrió en una demora excesiva para drenar quirúrgicamente tanto el peritoneo infectado como la fascia abdominal necrosada. Sostienen que eso se debió haber llevado a cabo ya a las 12:30 o, como mucho, a las 14:51 h del 20 de diciembre de 2015 y no haber esperado 14 horas para efectuar un amplio desbridamiento y resección de esfacelos. También consideran que durante ese largo período de tiempo la infección hizo acto de presencia, y que ese fue uno de los motivos determinantes que provocó la muerte del enfermo.

Pese a ello, los interesados no han presentado ningún medio de prueba, preferentemente de carácter pericial, que

les permita sostener dichas alegaciones de mala praxis. En este sentido, hay que recordar que el artículo 217.2 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, aplicable asimismo en materia de práctica de prueba en el ámbito de los procedimientos administrativos, impone 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 reclamación.

De manera contraria, la Administración sanitaria ha aportado al procedimiento la historia clínica completa del paciente fallecido y los informes de los Jefes de los Servicios de Cirugía General y de Medicina Preventiva, de forma respectiva. De igual modo, ha emitido informe la Inspección Médica.

II. En el apartado sobre *Juicio crítico* de este último informe se admite que el proceso infeccioso de origen abdominal que ocasionó el shock séptico, que supuso la causa inmediata del fallecimiento del paciente, revistió carácter nosocomial. Esta circunstancia se menciona en la Conclusión 1ª de este informe. No obstante, también se destaca que la existencia de una infección nosocomial, por sí misma, no implica la existencia de mala praxis (Conclusión 5ª).

De igual modo, se argumenta que la infección es la complicación más frecuente del trasplante hepático, y se resalta que está abundantemente recogida en la doctrina científica y que también se menciona en el documento de consentimiento informado que firmó el paciente (Conclusiones 2ª y 3ª).

Por otro lado, se explica que la erradicación completa de este tipo de infecciones es una aspiración irrealizable hoy en día, pero que en el HUCA se aplican las medidas de prevención y de control de infecciones que se consideran de eficacia probada (Conclusión 4ª).

En este sentido, en el informe del Jefe de Servicio de Medicina Preventiva, se recuerda que la aparición de infecciones en las unidades críticas es debida a que los pacientes allí asistidos presentan, por regla general, una mayor gravedad a su ingreso (cirrosis...), más antecedentes patológicos (diabetes, tabaquismo...) y exploraciones o manipulaciones más invasivas (intubación endotraqueal, catéteres venosos centrales, ...).

De manera específica, destaca que los datos que se recogen en la historia clínica sugieren una infección hospitalaria endógena causada por la propia flora bacteriana residente dentro del paciente (*E. coli*, *S. epidermidis*, ...) y que estas infecciones son muy difícilmente prevenibles y evitables.

En relación con la fascitis necrotizante, este Consejo Jurídico ha considerado recientemente, en el Dictamen núm. 1/2023, que está provocada por causas endógenas, que no implican mala praxis quirúrgica y que no se puede prevenir. De igual modo, en el Dictamen núm. 49/2023 se reconoce que se trata de una complicación imprevisible e inevitable, que no denota una mala praxis médica. También se añade que la posibilidad de concurrencia de este riesgo es tan extraordinaria que no resulta exigible su específica enumeración entre los riesgos previsibles que se deben incluir en el documento de consentimiento informado.

II. Acerca del supuesto retraso en que se pudo haber incluido para realizar el drenaje quirúrgico al que se refiere el letrado de los reclamantes, el Inspector Médico argumenta, en el citado apartado de su informe, que la hipótesis inicial que se estableció, a las 12:20 h del 20 de diciembre de 2015, cuando el enfermo comenzó a experimentar dificultad respiratoria, disminución de la diuresis y distensión abdominal, fue la de edema agudo de pulmón. Y destaca que no se valoró la existencia de un proceso infeccioso porque la sintomatología no orientaba en ese sentido.

Resalta que cuando la enfermera curó la herida unas dos horas después, no se encontraron tampoco signos sistémicos de infección.

El Inspector manifiesta que se adoptó una actitud de vigilancia activa, y que a las 20 horas se solicitó a la UCI catéter central para poder monitorizar la presión venosa central, que es de gran interés en el caso de pacientes críticos o inestables. Destaca que la impresión diagnóstica seguía siendo en ese momento de edema agudo de pulmón.

Asimismo, recuerda que en la UCI se avisó a los cirujanos cuando el paciente comenzó a drenar líquido purulento por la herida quirúrgica. Ante la sospecha de peritonitis, se solicitó una TAC que orientó el diagnóstico hacia un proceso infeccioso abdominal. Por esa razón, se indicó cirugía urgente.

La Inspección Médica resalta que la TAC se realizó 4 horas después de que el paciente ingresara en la UCI y que se le envió al quirófano una hora y quince minutos después de que se iniciase la tomografía.

El Jefe de Servicio de Cirugía General del HUVA coincide en su informe en el hecho de que los plazos de valoración del paciente desde que ingresó en UCI fueron de pocas horas y que el tiempo que pasó entre el diagnóstico, emitido por el radiólogo tras analizar la TAC a las 04:06 horas, y la cirugía, que se inició a las 04:30 h, fue de 24 minutos.

A esto se añade en el informe de la Inspección Médica que *“Del análisis de la secuencia temporal no se evidencia retraso significativo en la realización de la laparotomía (Conclusión 6ª) y lo que es más, aunque hubiera habido cierto retraso, que siempre hubiera sido de poca magnitud (hace falta un tiempo para establecer hipótesis diagnósticas, solicitar, realizar e interpretar pruebas complementarias, remontar al paciente, interconsultar con otros servicios, bajar a quirófano preparar al paciente ...) es muy poco probable que ese supuesto pequeño retraso hubiera sido determinante del resultado final”*.

Por tanto, no se puede considerar que se le dispensara en algún momento al paciente una asistencia sanitaria negligente o contraria a las exigencias de la *lex artis ad hoc*. En consecuencia, y a pesar del doloroso desenlace producido, no se puede considerar que exista una relación de causalidad adecuada entre el funcionamiento normal del servicio sanitario regional y los daños morales por los que se reclama, cuyos caracteres antijurídicos tampoco se han acreditado de forma apropiada.

Estas apreciaciones impiden que se pueda declarar que la Administración sanitaria haya incurrido en un supuesto de responsabilidad patrimonial y motivan que se deba desestimar la solicitud de indemnización planteada.

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 por no existir relación de causalidad alguna entre el funcionamiento normal del servicio sanitario regional y los daños morales que se alegan, cuyos caracteres antijurídicos tampoco se han acreditado convenientemente.

No obstante, V.E. resolverá.