



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº 63/2024

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 5 de marzo de 2024, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por la Ilma. Sra. Directora del Servicio Murciano de Salud (por delegación del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 17 de octubre de 2023 (COMINTER núm. 245673) y disco compacto (CD) recibido en la sede de este Consejo Jurídico el día 19 de octubre de 2023, sobre responsabilidad patrimonial instada por D.^a X y otro, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2023_331), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 22 de mayo de 2017 un abogado, actuando en nombre y representación de D.^a X y de D. Y, que a su vez actúan en representación de su hija menor de edad Z, formula una reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración sanitaria regional.

En ella expone que sus mandantes son los padres de la niña citada, que nació el 23 de mayo de 2016 en el Hospital Clínico Universitario *Virgen de la Arrixaca* (HUVA) de Murcia.

También relata que D.^a X fue ingresada el día 21 de ese mes en el HUVA, por dinámica uterina intensa y sospecha de corioamnionitis. Por ello, se inició tratamiento con *Tractocile* (tocolítico) para frenar el parto y con corticoides para la maduración fetal. Se siguió el protocolo para estreptococo del grupo B, que resultó negativo.

El 23 de mayo se impuso tratamiento con antibióticos en triple terapia (ampicilina, gentamicina y atromizina) y se produjo el parto, cuando habían transcurrido 29 semanas y 4 días de gestación. Como la recién nacida era prematura, quedó ingresada a cargo del Servicio de Neonatología en la UCI Neonatal (UCIN).

Entre otras medidas, se le sometió durante 7 días a un tratamiento antibiótico con ampicilina y gentamicina ante el riesgo infeccioso representado por la sospecha de corioamnionitis materna. Ante el riesgo de que sufriera una infección nosocomial (nutrición parenteral y catéter percutáneo) se mantuvieron vancomicina y amikacina durante 5 días, que es un tratamiento antibiótico para gérmenes resistentes.

Expone seguidamente que la menor recibió el alta el 19 de junio de 2016 y pasó a Planta de Neonatología, donde siguió una evolución correcta hasta el día 28 de dicho mes de junio. Al mes y 5 días de vida, la niña experimentó un deterioro del estado general con quejido y desaturaciones.

El resultado de una analítica mostró signos de infección y un hemocultivo resultó positivo para *Streptococo Bovis*. Además, los resultados de un urocultivo fueron asimismo positivos para *E. Coli* y *Klebisella neumoniae*. Debido a la constatación de que sufría una sepsis neonatal tardía se ingresó de nuevo a la menor en la UCIN.

En esa unidad se le facilitó ventilación mecánica durante 8 días, en los que también sufrió inestabilidad hemodinámica, que se trató con perfusión de dopamina. El 3 de julio presentó una hemorragia digestiva con anemización que requirió de tres transfusiones de concentrados de hematíes. Se la trató con antibióticos durante 20 días.

En el informe de alta se explica que *“como consecuencia del cuadro de sepsis que precisó ingreso en UCIN presenta clínica compatible con diabetes insípida, ampliándose estudio hormonal y llegando al diagnóstico de panhipopituitarismo”*.

El abogado añade que se le realizaron asimismo dos ecografías cerebrales que arrojaron los siguientes resultados:

a) El 7 de julio de 2016: Hemorragia intraventricular grado I bilateral.

b) El 16 de agosto de 2016: Dilatación ventricular. Encefalomalacia microquística en sustancia blanca bifrontal.

También destaca que el 19 de julio de ese año se le había efectuado una resonancia magnética nuclear que mostró extensas lesiones que *“pueden ser secundarias a proceso infeccioso o metabólico previo”*.

A la edad de dos meses y medio se la traslado desde la UCIN a Planta de Neonatología.

El abogado explica, asimismo, que el 21 de febrero de 2017 se sometió a la niña a una revisión neurológica, que ofreció los siguientes resultados:

- 6 meses de edad corregida para 9 meses de edad cronológica.

- Emisión de sonidos guturales y sostén cefálico inestable.

La exploración permitió obtener constancia de una microcefalia, con desviación de surcos faciales (paresia muscular derecha); hipotonía con tendencia a incurvar el cuerpo hacia la izquierda, tono muscular aumentado con rigidez de miembros superiores y fluctuante en miembros inferiores y reflejos disminuidos.

Además, los resultados de las pruebas hicieron posible emitir los siguientes diagnósticos: encefalopatía crónica de origen perinatal; encefalopatía multiquística secundaria a sepsis neonatal tardía; panhipopituitarismo secundario, retraso psicomotor y microcefalia.

Ante esa situación, el letrado sostiene que es indudable que se produjo una sepsis de transmisión hospitalaria, porque los protocolos de asepsia no siempre se cumplen (lavado cuidadoso de manos, esterilización de instrumentos, etc.). Asimismo, resalta que, en este caso, la niña ya había superado la fase aguda de los problemas causados por la prematuridad, pesaba 2,060 kg, y su situación general era muy buena, sin que sufriera lesiones neurológicas.

Insiste en que la infección de origen hospitalario, y no la prematuridad, fue la causa del grave deterioro general de la menor, que padeció una situación de shock séptico y lesiones neurológicas.

Añade que, en el momento en que presenta la reclamación, no puede cuantificar el importe de la indemnización que solicita para sus clientes, pero que lo llevará a cabo en cuanto pueda.

Por lo que se refiere a los medios de prueba de los que pretende valerse, propone específicamente la emisión de un informe sobre los casos de sepsis neonatal tardía que se produjeron en el Servicio de Neonatología y en la UCIN del HUVA, y sobre los patógenos causantes, durante 2016 y 2017.

Junto con la solicitud de resarcimiento económico adjunta copias de la escritura de apoderamiento otorgada a su favor por los interesados y de un informe clínico de Neuropediatría suscrito el 21 de febrero de 2017 por facultativos del Servicio de Neurología Infantil del HUVA.

SEGUNDO.- El 6 de junio de 2017 se requiere a los reclamantes para que acrediten la legitimación con la que dicen intervenir y presenten una copia compulsada del Libro de Familia, lo que lleva a efecto su abogado al día

siguiente.

TERCERO.- La reclamación se admite a trámite el 12 de junio de 2017 y dos días más tarde se informa de este hecho a la correduría de seguros del Servicio Murciano de Salud, para que lo comunique a la compañía aseguradora correspondiente.

También se solicita a la Dirección Gerencia del Área de Salud I-HUVA y a la Dirección del Hospital *Quirón Salud* de Murcia que remitan copias de las historias clínicas de la interesada y de su hija de las que respectivamente dispongan y los informes de los facultativos que las asistieron.

Además, en el segundo caso se solicita que se informe si la hija de los reclamantes fue atendida por remisión del SMS y si el médico que lo hace es miembro del personal de ese Servicio público de salud o de su propia plantilla laboral. Además, se le informa de que, si se diese esa última circunstancia, debiera considerarse parte interesada en el procedimiento y dar cuenta de ello a su empresa aseguradora.

CUARTO.- El 23 de junio de 2017 se recibe un escrito del Director Gerente Hospital *Quirón Salud* de Murcia en el que precisa que la reclamante acudió al centro hospitalario que representa por dinámica uterina intensa y sospecha de corioamnionitis. Añade que, por esa razón, después de que se le prestara una primera asistencia, se la remitió al HUVA, que es donde se produjo el parto.

Así pues, explica que no dispone de ningún documento clínico relativo a la hija de los interesados.

Con la comunicación adjunta una copia de la documentación clínica de la reclamante.

QUINTO.- Después de que el órgano instructor reiterara la solicitud de documentación e información en julio de 2017, se reciben el 8 de septiembre siguiente sendas copias de las historias clínicas de la interesada y de su hija. También se reciben cuatro informes médicos.

El primero es el realizado el 11 de julio de 2017 por la Dra. P, Jefe de Sección del Servicio de Neuropediatría del HUVA, en el que expone lo siguiente:

“El nacimiento de la niña se produjo el 23 de mayo, con 29 semanas de gestación y peso 1.150 g. Son factores de riesgo para infecciones congénitas, tanto la prematuridad como el peso inferior a 1.500 g al nacer. Además, se cita en la historia que existía sospecha de corioamnionitis (infección de las membranas que cubren al feto) que es otro factor de riesgo para desarrollar infecciones en el recién nacido, especialmente en los prematuros. Otros riesgos infecciosos se producen por nutrición parenteral, catéteres, etc. Tuvo también problemas respiratorios. No obstante, fue tratada con antibióticos y su evolución inicial fue aparentemente satisfactoria, con exploración neurológica referida en la historia como normal y ecografías transfontanelares normales.

A los 35 días de vida, comenzó a presentar signos de síntomas de sepsis neonatal (dificultad respiratoria, necesidad de oxígeno, leuco y neutropenia, e incluso necesidad de ventilación mecánica y alteración hemodinámica que precisó dopamina).

Las sepsis neonatales tardías suelen producirse por gérmenes adquiridos en el hospital (infección nosocomial), y son especialmente susceptibles a contraerlos los recién nacidos que son prematuros, tienen peso inferior a 1.500 g, que tienen otros tipos de padecimiento/enfermedades y han recibido terapia con métodos invasivos como catéteres, sondas, etc. Las sepsis tardías son una complicación frecuente en la población de grandes prematuros (menos de 30 semanas de gestación), en una publicación de este mismo mes, hecha sobre población de dos grandes hospitales de Hong-Kong, comunican entre 10-16%. Es un problema de salud grave en prematuros y las sociedades de Neonatología, nacional e internacionales, han creado protocolos específicos para tratarlas.

En la historia de [la menor] hay datos que pudieron empeorar el pronóstico de la sepsis como fue la insuficiencia

respiratoria y las alteraciones hemodinámicas, que son alteraciones que se presentan también en el shock séptico (complicación de la sepsis) y que, aunque no tuviese aumento de lactato que fuese detectable en sangre, pudieron contribuir a la hipoxia tisular cerebral y a la presencia de hemorragias que, a su vez, pudieron contribuir a la inestabilidad hemodinámica, flujo sanguíneo cerebral y, de nuevo, empeorar la perfusión del tejido cerebral.

Las lesiones observadas clínicamente y por RM cerebral, tienen las características propias de las producidas por hipoxia-isquemia. No hemos detectado otras causas que pudieran haber ocasionado el daño cerebral de la niña. Una vez superado el problema infeccioso, la niña se ha estabilizado, aunque ha quedado con secuelas una encefalopatía crónica grave y panhipopituitarismo que atribuimos también al daño sufrido en hipotálamo e hipófisis”.

El segundo informe es el elaborado el 13 de julio de 2017 por el Dr. Q, médico adjunto del Servicio de Neonatología, en el que confirma el informe que ya emitió el 25 de agosto de 2016, y la evolución clínica que siguió la niña. En este informe se relacionan los siguientes diagnósticos:

- “1.- RNPT 29+4 SEM AEG 1150 g.
- 2.- PERSISTEN LOS DIAGNÓSTICOS EMITIDOS POR UCIN (1º ingreso).
- 3.- Sepsis neonatal tardía por *Streptococo bovis*.
- 4.- ITU [Infección del tracto urinario] por *E. coli* y *Kl. Neuronmiae*.
- 5.- Insuficiencia respiratoria secundaria.
- 6.- Inestabilidad hemodinámica secundaria.
- 7.- Hemorragia digestiva baja.
- 8.- Anemia multifactorial.
- 9.- Panhipopituitarismo secundario a patología orgánica perinatal. Déficit de ADH, ACTH y TSH/TRH secundarios.
- 10.- Encefalomalacia multiquistica.
- 11.- RN de riesgo neurosensorial”.

Además, añade que “Como todo paciente prematuro, es de riesgo, tanto en su evolución neurológica, pondoestatural como en el desarrollo de infecciones, por todo ello permanecen ingresados en las unidades neonatales”.

El tercer informe es el suscrito el 5 de septiembre de 2017 por el Dr. D. R, Responsable del Área de Parto y Hospitalización del HUVA, en el que se expone que “La atención prestada a [la reclamante] en nuestro Servicio la consideramos totalmente adecuada y ajustada a una gestante que nos fue trasladada con una amenaza de parto prematuro, siendo tratada con tocolíticos para dar tiempo a la maduración pulmonar fetal y con unas pruebas analíticas, que ante el mantenimiento en valores por encima del rango de normalidad, como sucede siempre que se administran los corticoides para la maduración pulmonar fetal, se le pautó cobertura antibiótica por la persistencia de dichos niveles y en ningún momento se objetivó un cambio significativo en dichos valores que nos hubieran obligado a la finalización de la gestación”.

El cuarto y último informe es el realizado por el Dr. D. S, Jefe de Servicio de Medicina Preventiva del HUVA, en el que explica, en primer lugar, que “Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (infecciones nosocomiales) son el evento adverso más frecuente en la asistencia sanitaria. Los hospitales toman medidas y ponen en marcha estrategias de control para evitar las infecciones nosocomiales, pero ninguna de estas estrategias ha conseguido un riesgo cero de infección nosocomial.

Los neonatos prematuros tienen la incidencia y mortalidad más alta de sepsis de todos los grupos de edad. En Estados Unidos, el 36% de todos los neonatos nacidos antes de la semana 28 sufren al menos un episodio de sepsis durante su hospitalización, con una mortalidad de hasta el 50% (...). El riesgo de sepsis es hasta 1000 veces superior en estos niños que en los niños que nacen a término. El diagnóstico de sepsis neonatal es problemático en estos niños por no haber signos claros de sepsis, por lo que el tratamiento antibiótico ante la sospecha clínica es adecuado. No obstante, el tratamiento antibiótico no está exento de riesgos porque altera la evolución normal de la flora bacteriana del neonato (...), puede alterar la maduración del sistema inmune y facilitar la infección a gérmenes que son resistentes a los antibióticos que se están usando.

Las infecciones pueden originarse a partir del propio paciente, a partir de la flora intestinal o cutánea, la contaminación ambiental, o por los profesionales o familiares en contacto con el paciente. La mayor incidencia en niños prematuros tiene que ver con la mayor vulnerabilidad de los niños, la inmadurez de su sistema inmune, la mayor frecuencia de intervenciones realizadas sobre ellos (sondas, catéteres, etc.), y en su caso, la administración de antibióticos. La mayor vulnerabilidad requiere a su vez medidas más estrictas para evitar la transmisión de gérmenes y la infección nosocomial que son las que se ponen en marcha según las recomendaciones nacionales e internacionales.

Como factores de riesgo que estaban presentes en la niña y que aumentaban su susceptibilidad a la infección nosocomial según la evidencia científica disponible son: 1) la presencia inicial de corioamnionitis, que es un factor de riesgo en prematuros, 2) el peso al nacer, menor de 1.500 gramos, 3) las intervenciones y procedimientos médicos necesarios para la nutrición parenteral, catéteres, 4) las dificultades respiratorias que requirieron intervención y son un factor de riesgo para infección, 5) el tratamiento antibiótico previo”.

En segundo lugar, acerca de las medidas de prevención y control que se adoptaron, se explica que “Las medidas de prevención pueden resumirse en medidas de control del medio ambiente para mejorar la bioseguridad ambiental (limpieza de superficies, limpieza de instrumental y material sanitario, higiene del aire), y medidas sobre el personal sanitario (higiene de manos regular y la utilización de procedimientos asépticos cuando sea necesario).

El neonato surge de un medio estéril en el útero de la madre a un medio que no lo es. Lo primero que colonizan las bacterias es la piel del lactante seguida de la bucofaringe, el aparato digestivo y las mucosas. La *Klebsiella* es una enterobacteria que puede colonizar la cavidad bucal y de ahí provocar infecciones en el aparato respiratorio. La *Escherichia coli* coloniza el aparato digestivo. La transmisión de estos microorganismos es por contacto. Las medidas para evitar su transmisión son las mencionadas anteriormente.

La UCI Neonatal de la Arrixaca cuenta con protocolos para aplicar las medidas indicadas en la evidencia científica para reducir el riesgo de infección nosocomial. Entre ellas se encuentran: 1) procedimientos de higiene y limpieza, 2) procedimientos de aislamiento, 3) procedimientos para evaluar la bioseguridad ambiental.

Las medidas de que dispone la UCI Neonatal son las que se recomiendan según la evidencia científica. El riesgo de infección cero no existe ya que las oportunidades de colonización son muchas, y la susceptibilidad individual en situaciones de vulnerabilidad alta favorecen el desarrollo de la infección incluso en las mejores condiciones de higiene y asepsia”.

SEXTO.- Con fecha 27 de septiembre de 2017 se remiten sendas copias del expediente administrativo a la Inspección Médica y a la correduría de seguros del Servicio Murciano de Salud (SMS) para que se puedan elaborar, en su caso, los informes valorativo y pericial correspondientes.

SÉPTIMO.- El abogado de los reclamantes presenta el 27 de marzo de 2019 un informe pericial realizado el 16 de abril de 2018 por una médica especialista en Pediatría y Puericultura, en el que se exponen las siguientes conclusiones:

- “1. [La menor] nació prematuramente a las 29 + 4 semanas de edad gestacional con un peso de 1.150 g.*
- 2. La atención al parto no fue acorde a los Protocolos: Se administraron 2 dosis de corticoides antenatales a la madre (ciclo completo) pero no fue tratada con sulfato de magnesio para la protección del cerebro del prematuro como se indica en los Protocolos de la Sociedad de Ginecología y Obstetricia desde el año 2011.*
- 3. No existieron signos de asfixia fetal intraparto.*
- 4. La niña nació llorando, con buen estado general, una puntuación normal en el test de Apgar (9/10) y no precisó reanimación.*
- 5. No tuvo infección al nacimiento ni en el periodo neonatal inmediato. Los cultivos iniciales fueron negativos. Fue tratada con antibióticos profilácticos durante 12 días tras el nacimiento.*
- 6. La exploración neurológica era normal (acorde a su edad gestacional). Se realizaron 2 ecografías que no mostraron alteraciones, la última a los 23 días de edad).*
- 7. Su evolución durante los primeros 35 días de vida fue muy buena. No presentó patología significativa relacionada con la prematuridad y pudo ser dada de alta de la UCI a los 28 días de edad con un peso de 1.760 g.*
- 8. El pronóstico vital y libre de secuelas de la niña era muy bueno, acorde a su excelente evolución y tal como se refleja en las estadísticas de la Sociedad Española de Neonatología respecto a los niños prematuros nacidos en el año 2016 (SEN 1500).*
- 9. A los 35 días de vida, mientras estaba ingresada en la planta de Neonatología, desarrolló una sepsis tardía (sepsis de transmisión hospitalaria o nosocomial) que produjo una grave inestabilidad hemodinámica (shock) que obligó a su reingreso en la UCI neonatal, ventilación mecánica y administración de medicación vasoactiva (dopamina).*
- 10. El origen de esta sepsis son los gérmenes intrahospitalarios que pueden ser transmitidos a través de las manos y objetos insuficientemente lavados y/o desinfectados (Streptococcus bovis, E. Coli y Klebsiella).*
- 11. Como consecuencia de la sepsis, y secundariamente a ésta, se han producido graves lesiones neurológicas con encefalopatía multiquística y lesión de la hipófisis (panhipopituitarismo).*
- 12. La encefalopatía multiquística secundaria al proceso infeccioso tardío es la causa de la Parálisis Cerebral Infantil con tetraparesia espástica, el retraso psicomotor severo y la microcefalia que padece la niña.*
- 13. La lesión de la hipófisis le ha ocasionado un déficit múltiple de hormonas: diabetes insípida e insuficiencia de las hormonas tiroideas y corticoides endógenos.*
- 14. Es casi seguro, y así se refleja en los informes, que se produzca una insuficiencia de otras hormonas en épocas posteriores, especialmente hormona de crecimiento.*
- 15. La insuficiencia hipofisaria en el niño es una afección grave que requiere un tratamiento sustitutivo de por vida. El pronóstico está ligado a la gravedad de la insuficiencia hormonal.*

Y concluye, a modo de resumen, que “Las graves lesiones que tiene la niña: Encefalopatía severa con retraso psicomotor y falta de crecimiento del cerebro (microcefalia), así como la deficiencia hormonal múltiple por lesión de la hipófisis, NO SON CONSECUENCIA DE LA PREMATURIDAD SINO DE LA INFECCIÓN ADQUIRIDA EN EL HOSPITAL”.

El 2 de abril de 2019 se envía a la Inspección Médica una copia del informe pericial presentado por los interesados.

OCTAVO.- El letrado de los reclamantes presenta un escrito el 2 de abril de 2019, en el que recuerda que la solicitud inicial de indemnización se proponía como medio de prueba que se requiriese la elaboración de un informe acerca de los casos de sepsis neonatal tardía que se habían producido en el Servicio de Neonatología y en la UCIN, así como los patógenos causantes, durante los años 2016 y 2017.

Como ese informe no se ha traído al procedimiento, demanda que se requiera al Servicio de Medicina Preventiva para que extraiga tales datos del Sistema de Vigilancia de Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria y los aporte al expediente.

Además, destaca que en el informe que ya ha elaborado el Servicio de Medicina Preventiva del HUVA se sabe que la niña sufrió una sepsis neonatal tardía a los 35 días de vida. También, que las bacterias que infectaron a la menor se transmiten por contacto, y que las medidas preventivas que se deben adoptar para prevenirlo son la limpieza de instalaciones y mobiliario y la higiene de los miembros del personal sanitario.

Por ese motivo, solicita que se requiera al mencionado Servicio médico para que aporte copia de los protocolos de aplicación e informe de los medios de control de su cumplimiento, a los que acompañe la correspondiente justificación documental.

También advierte que dicho informe se refiere a los contagios producidos en la UCIN, donde los neonatos pueden estar más deprimidos. Sin embargo, destaca que el contagio se produjo en la Planta de Neonatología, una vez que la niña había salido de la citada UCIN. Así pues, se demanda que el informe se complete tomando en consideración esta última circunstancia.

Por último, solicita que se informe acerca de si, en este caso, se incoó algún expediente para averiguar cómo se produjo el contagio y para evitar que se repitiera con otros niños.

NOVENO.- El 4 de abril de 2019 se remite a la Dirección Gerencia del Área de Salud I-HUVA una copia del último escrito presentado por el abogado de los interesados y se solicita que se emita el informe correspondiente.

La solicitud de informe se reitera el 4 de junio siguiente.

DÉCIMO.- El 4 de julio de 2019 se recibe el informe elaborado por el Dr. D. S, Jefe de Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del HUVA, en el que se ofrece respuesta a los requerimientos efectuados por el letrado de los reclamantes en los siguientes términos:

"1. Extraiga del Sistema de Vigilancia de Infecciones relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAs) la información de los casos de sepsis neonatal tardía habidos en el Servicio de Neonatología y UCI Neonatal del HCUVA, así como de los patógenos causantes, durante los años 2016 y 2017.

La vigilancia de las IRAs en esos años era realizada por facultativos del Servicio de Infecciosas con la información aportada por el Servicio de Microbiología. El Servicio de Medicina Preventiva no cuenta con información referente a las IRAs ocurridas en el Hospital en los años que se solicita.

2. Aporte copia de los protocolos de aplicación e informes de los medios de control del cumplimiento de los mismos, acompañando justificación documental de ello.

Entendemos que se refiere a protocolos aplicables en los años de referencia. Se adjuntan los protocolos de precauciones de aislamiento, y limpieza. No hay información en el Servicio de Medicina Preventiva sobre el grado de cumplimiento de medidas preventivas ya que son actividades que se no realizaban en aquella fecha por este Servicio.

3. Complete su informe teniendo en cuenta que el contagio se produjo en la planta de Neonatología.

Las Unidades de Neonatología y de UCI Neonatal del HCUVA son dos unidades contiguas que comparten los profesionales facultativos, y que, aunque cuentan con supervisión de enfermería diferenciada y personal de enfermería propio, éste puede ser compartido según las necesidades asistenciales. Las medidas preventivas generales indicadas en el informe se aplican de igual forma en ambas Unidades, singularmente, las precauciones de aislamiento, limpieza, e higiene de manos.

4. Informe sobre si en el caso de autos se incoó algún expediente para averiguar cómo se produjo el contagio y ponerse los medios para que se repitiera con otros niños.

Como se ha comentado anteriormente, el Servicio de Medicina Preventiva no realizaba entonces la vigilancia de la infección relacionada con la asistencia sanitaria, y, por tanto, no se conoce y no se puede informar sobre la situación epidemiológica de los microorganismos patógenos en las unidades de UCI Neonatal y Naonatos durante esos años. Esa vigilancia era realizada por los Servicios anteriormente mencionados. Las medidas de investigación y control que se pusieran en marcha habrían sido realizadas por alguno de los Servicios mencionados”.

Además, se señala en la comunicación interior que se adjuntan con ellos los siguientes documentos, aunque no se han incluido en la copia del expediente administrativo que se ha remitido a este Órgano consultivo para Dictamen: *Manual de Aislamiento de pacientes; Procedimiento de limpieza-desinfección y gestión de residuos en aislamientos infecciosos de hospitalización convencional del HUVA, Procedimiento de limpieza-desinfección de superficies en unidades de hospitalización convencional del HUVA y Procedimiento de limpieza y desinfección de superficies en la Unidad de Cuidados Intensivos del HCUVA del Hospital General.*

UNDÉCIMO.- El 5 de julio se remite el informe elaborado el 4 de julio de 2019 por el Dr. D. T, Jefe de Servicio de Microbiología del HUVA, en la que explica, en primer lugar, que no puede aportar copia de los protocolos de aplicación e informe de los medios de control de su cumplimiento acompañando justificación documental de ello dado que dichas actuaciones no son de la competencia de ese Servicio.

No obstante, remite *“la relación de microorganismos aislados de hemocultivos (ya que por parte de este Servicio no es posible determinar si había sepsis o no), realizados en el Servicio de Neonatología y UCI Neonatal”* del HUVA en los años 2016 y 2017.

De ello se deduce que, entre otros, se aislaron los siguientes microorganismos en los citados hemocultivos:

- *Escherichia coli*: 8 casos en 2016 y 5 en 2017.

- *Klebsiella pneumoniae*: 6 casos en 2016 pero ninguno en 2017.

Por otro lado, se hace referencia a los aislamientos de estreptococos agrupados en el epígrafe *Streptococcus spp* (especies de estreptococos, por lo que puede incluir varias de ellas). Por tanto, no se identifica concretamente el aislamiento del *Streptococo Bovis*. En cualquier caso, la incidencia genérica de este microorganismo originó 11 casos de infección en 2016 y 10 en 2017.

DUODÉCIMO.- El 11 de julio de 2019 se envían a la Inspección Médica copias de los últimos informes incorporados al expediente administrativo.

DECIMOTERCERO.- El 11 de septiembre se recibe el informe suscrito el 29 de agosto de 2019 por el Dr. D. V, Jefe de Sección de Neonatología del HUVA, en el que expone las siguientes consideraciones:

“1. Nuestra Unidad Neonatal no tiene recogida de forma rutinaria los casos de sepsis neonatales. Sólo en caso de estudios de investigación, congresos o reuniones científicas se hace un estudio retrospectivo. Para los datos que nos solicitan pedimos información al Servicio de Microbiología, el cual nos ha remitido el informe adjunto de hemocultivos en Neonatología y UCI Neonatal de los años 2016 y 2017.

2. Los protocolos de prevención de la infección nosocomial siguen las directrices publicadas por el Ministerio de Sanidad sobre Estándares y recomendaciones de calidad (se adjunta documento). De forma más específica dentro de la Unidad Neonatal se han creado protocolos específicos como el que forma parte del Máster de Neonatología de la Sociedad Española de Neonatología (se adjunta documento).

3. *En Neonatología se siguen los mismos protocolos de prevención de infección, pero los pacientes tienen menos riesgo por no estar sometidos a técnicas invasivas ni ser inmunológicamente tan inmaduros como los ingresados en la UCI Neonatal. En el periodo que estuvo ingresada la paciente referida no hay constancia de otros casos con la misma infección.*

4. *Al ser un caso aislado y no haber situación de brote infeccioso en la Unidad en el período de tiempo de ingreso de la paciente referida no se abrió ningún proceso de estudio epidemiológico como el realizado en la Unidad en otras ocasiones”.*

Con la referida contestación se adjunta una copia del informe realizado por el Servicio de Microbiología sobre los *Aislamientos de hemocultivos procedentes de los Servicios de Neonatología y UCI Neonatal del HUVA durante los años 2016 y 2017*, ya citado. Y, asimismo, de los documentos titulados *Unidades de Neonatología. Estándares y recomendaciones de calidad* y el capítulo del citado máster denominado *Procedimientos de asepsia*, del que es autor el mencionado especialista V.

El 23 de septiembre de 2019 se envían copias de estos documentos a la Inspección Médica.

DECIMOCUARTO.- El abogado de los reclamantes presenta el 5 de enero de 2021 un escrito en el que manifiesta que el 5 de febrero del anterior año 2020 falleció la hija de sus mandantes.

Por ese motivo, solicita que se los considere reclamantes en sus propios nombres y derechos en virtud de derecho sucesorio, al ser ahora los titulares del crédito que su hija ostentaba frente a la Administración sanitaria.

También advierte que reclaman la indemnización que les corresponda por el fallecimiento de su hija como consecuencia de las lesiones sufridas por la mala asistencia que dio lugar a la primera reclamación.

Por último, recuerda que no se concretó la indemnización que se solicitaba en la reclamación inicial, pero que ahora se lleva a cabo en los siguientes términos:

a) Por las lesiones causadas a la menor, la suma de 300.000 € para cada uno de los padres (por daños morales se sobreentiende).

b) Por el fallecimiento de la niña como consecuencia de esas lesiones, un total de 230.000 €. De ellos, corresponderían 100.000 € a cada uno de los progenitores y 30.000 € a su hermana.

Así, el total de la indemnización que solicitan se eleva a 830.000 €.

Con el escrito adjunta una copia de la certificación literal de defunción de la menor y una copia del Libro de Familia.

El 21 de enero de 2021 se envía una copia de este escrito y de los documentos citados a la Inspección Médica.

DECIMOQUINTO.- El 9 de mayo de 2023 se recibe el informe realizado con esa misma fecha por la Inspección Médica, en el que se recogen las siguientes conclusiones:

“• *El nacimiento de la niña tuvo lugar al 23/05/2016. Parto prematuro tras 29 semanas y 4 días de gestación, con un peso al nacer de 1150 gr.*

• *La atención al parto fue acorde a los protocolos. El tiempo que transcurrió entre el momento en que se podía considerar al parto inminente y el momento en que se produjo fue de dos horas o menos, con tan poco espacio de tiempo no estaba indicada la administración de sulfato de magnesio.*

• *La recién nacida presentó un cuadro infeccioso (sepsis neonatal) que se manifestó a los 36 días de vida, tras una inicial buena evolución, tanto en la UCI neonatal donde fue ingresada tras el parto, como posteriormente en neonatología. Se trató por tanto de una sepsis neonatal tardía en una recién nacida que había permanecido en el hospital desde su nacimiento.*

- *El cuadro séptico reúne los criterios para ser considerado sepsis nosocomial.*
- *Además de su prematuridad y consiguiente bajo peso la recién nacida presentaba otros factores de riesgo perinatal/nosocomial.*
- *En el HCU Virgen de la Arrixaca se manejan los protocolos habituales en este tipo de centros para prevenir y por tanto minimizar la tasa de infección nosocomial en general, incluida la infección nosocomial neonatal.*
- *La presencia de un caso aislado de sepsis neonatal, en ausencia de brote infeccioso, y en un centro en el que se adoptan las medidas que la comunidad científica considera lógicas y adecuadas para prevenir la infección nosocomial, no implica mala praxis por parte de los profesionales actuantes ni defectos organizativos concretos, ya que, hoy por hoy y de forma inevitable, un cierto número de infecciones nosocomiales neonatales se producen en todos los centros.*
- *Como consecuencia del cuadro de sepsis la menor sufrió un grave deterioro que obligó a nuevo ingreso en UCI neonatal. Entre otras complicaciones presentó clínica compatible con diabetes insípida que, tras el estudio hormonal, se diagnosticó de panhipopituitarismo (déficit de ADH, ACTH y TSH/TRH secundarios). Tras las pruebas de imagen se estableció el diagnóstico de encefalopatía multiquistica.*
- *Las graves secuelas neurológicas que padeció la niña son consecuencia del cuadro séptico que padeció. Estas secuelas se resumen en: Encefalopatía crónica secundaria a patología neonatal (sepsis neonatal tardía). Parálisis cerebral infantil. Encefalomalacia multiquistica secundaria. Panhipopituitarismo secundario. Retraso psicomotor secundario y Microcefalia.*
- *La niña falleció a los tres años de edad por un cuadro de bronquitis hipoxémica con positividad para metapneumovirus, que actuó sobre la muy importante patología previa que padecía desde el periodo perinatal, patología que aumentaba significativamente la probabilidad de muerte prematura.*
- *Del análisis del proceso asistencial no se desprende la existencia de mala praxis”.*

DECIMOSEXTO.- El 22 de mayo de 2023 se concede audiencia a los reclamantes para que puedan formular alegaciones y presentar los documentos y justificantes que estimen pertinentes.

DECIMOSÉPTIMO.- El 27 de septiembre de 2023 se aporta al órgano instructor una copia del Decreto dictado dos días antes por la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de la Región de Murcia en el Procedimiento Ordinario seguido con el núm. 232/2023, a instancia de los interesados contra la desestimación presunta, por silencio administrativo negativo, de la reclamación formulada.

También se solicita que se remita al citado órgano jurisdiccional una copia del expediente administrativo y se emplaze a los interesados en el procedimiento.

La copia de las actuaciones se envía a la Sala citada el 2 de octubre de 2023 y se le comunica que no se ha emplazado a ninguna compañía aseguradora “ya que este siniestro carece de cobertura”.

DECIMOCTAVO.- Con fecha 11 de octubre de 2023 se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación por no existir mala praxis sino una actuación médica adecuada y ajustada a los protocolos que resultaban de aplicación.

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 17 de octubre 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 (LPAC), 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. Como se ha expuesto, los padres de la menor, que intervenían en su nombre y representación legal, solicitaron en un primer momento una indemnización por los daños personales que a ella se le habían causado.

Más tarde, tras el fallecimiento de la menor el 5 de febrero de 2020, se subrogaron mortis causa, como derechohabientes, en la posición jurídica que ella ostentaba y solicitaron mantener en sus propios términos la pretensión que se había ejercitado en su nombre (*ex artículo 4.3 LPAC*). No cabe duda de que, al tratarse de una menor de edad y sobrevivirle sus dos padres, ellos son los únicos herederos abintestato.

A su vez, los progenitores solicitan sendas indemnizaciones adicionales por los daños morales que el fallecimiento de la niña les causó de forma respectiva.

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 LPAC 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 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 primer caso, la solicitud de indemnización se formuló el 22 de mayo de 2017 y, por lo tanto, antes de que transcurriese el plazo de un año desde el nacimiento de la menor, que sucedió el 23 de mayo de 2016. Ello, al margen del momento en que se pudiese considerar que se produjo la estabilización de las numerosas secuelas por las que se reclamaba en aquel momento inicial.

Más tarde, la subrogación de los padres en la acción que correspondía a la niña y la interposición de una nueva y autónoma reclamación por los daños morales que respectivamente les causó su fallecimiento se produjo el 5 de enero de 2021, y, por lo tanto, antes de que volviese a transcurrir un segundo período de un año.

No se contiene en el expediente ninguna decisión administrativa en la que se declare correctamente producida la citada subrogación mortis causa de los progenitores ni tampoco en la propuesta de resolución se aborda concretamente esta cuestión. Pese a ello, este Órgano consultivo considera que se produjo correctamente la citada sucesión *iure hereditatis* de los padres en la posición jurídica que ostentaba la reclamante fallecida.

Así pues, no cabe duda de que tanto las acciones autónomas de resarcimiento como la subrogación de los progenitores en la acción que correspondía a su hija, y por tanto, en el procedimiento que se había iniciado a su instancia, se han promovido de forma temporánea, dentro de los plazos anuales legalmente establecidos para ello.

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 LPAC, dado que se ha debido esperar más de cinco años y medio 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 expone en el Antecedente decimoséptimo de este Dictamen.

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. Ya se ha explicado que los reclamantes solicitan, después de que se produjera el fallecimiento de su hija en febrero de 2020, que se les reconozca el derecho a percibir una indemnización total de 830.000 € por los daños morales que eso les ha causado a ellos y a su otra hija menor, y, tras subrogarse mortis causa en la posición que hasta ese momento ocupaba la fallecida, por los daños personales que se le habían causado a ella, por los que ya había demandado un resarcimiento económico.

Los interesados sostienen que las graves secuelas neurológicas que padeció su hija tras su nacimiento en mayo de 2016 en el HUVA, consistentes en una encefalopatía con retraso psicomotor y en la falta de crecimiento del cerebro (microcefalia), así como en una lesión hormonal múltiple por la lesión de la hipófisis -y, evidentemente, su posterior fallecimiento-, no fueron consecuencia de su prematuridad (pues la niña nació a las 29 semanas y 4 días de gestación) sino de la infección nosocomial (por *Streptococo Bovis*, *Escheridia colli* y *Klebsiella pneumonia*) que contrajo en el citado hospital en el periodo postnatal.

En apoyo de su pretensión resarcitoria, han presentado un informe pericial elaborado por una pediatra (Antecedente séptimo de este Dictamen) en el que ratifica la consideración de que las graves lesiones apuntadas se produjeron, no debido a la prematuridad de la recién nacida, sino como consecuencia de la acción de los gérmenes ya citados, que se transmiten a través de las manos y de objetos insuficientemente lavados o desinfectados (Conclusión 10ª de su informe), es decir, por contacto.

Además, argumenta la perita (Conclusión 2ª) que la atención al parto no se ajustó a lo que se exige desde 2011 en los Protocolos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), porque se le administraron a la reclamante 2 dosis de corticoides antenatales (ciclo completo) pero no se la trató con sulfato de magnesio para proteger el cerebro del bebé prematuro.

II. Acerca de la primera imputación de mala praxis, esto es, la producción de una infección nosocomial tardía a la hija de los reclamantes y la posterior sepsis neonatal, se trata de una circunstancia que se ha reconocido expresamente por los distintos facultativos de la Sanidad pública que han informado en este procedimiento y por la Inspección Médica, que asimismo ha presentado su informe valorativo.

De manera particular, han admitido la existencia de dicha infección nosocomial la Dra. P, Jefe de Sección del Servicio de Neuropediatría del HUVA, y el Dr. S, Jefe de Servicio de Medicina Preventivo del mismo hospital (Antecedente quinto de este Dictamen). Estos dos especialistas, a su vez, coinciden en señalar como factores de riesgo que afectaban a la menor el hecho de su prematuridad; su peso al nacer inferior a 1500 g; el riesgo de corioamnionitis en la madre; la nutrición parenteral y la exposición al uso de catéteres y sondas, así como la insuficiencia respiratoria y las alteraciones hemodinámicas que presentaba. Por su parte, el Dr. S añade el tratamiento antibiótico previo.

La Inspección Médica lo declara sin reservas en las conclusiones de su informe, en particular en el punto 3º y, de modo significativo, en el 4º, en el que se señala que *“El cuadro séptico reúne los criterios para ser considerado sepsis nosocomial”*.

La cuestión que procede abordar en este Dictamen consiste, por tanto, en dilucidar si, una vez reconocido el origen infeccioso nosocomial de la sepsis, su presencia implica mala praxis por parte de los miembros del personal sanitario o si, por el contrario, se debe entender que, a pesar de que se adopten en los hospitales medidas y se implementen programas específicos para tratar de reducir o eliminar su incidencia, la ocurrencia de cierto número de este tipo de sepsis nosocomiales es inevitable.

En todo caso, corresponde a la Administración sanitaria demostrar que adoptó todas las medidas y siguió las políticas de prevención que, en el actual estado de la ciencia, se considera que resultan de utilidad reconocida para disminuir el riesgo de aparición de dichas infecciones.

Aunque en estos casos se suele entender que se produce una inversión en la carga de la prueba, atendidas las reglas de distribución que se mencionan en el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, lo cierto es que se debe tener presente en ellos la disponibilidad y facilidad probatoria que corresponde a cada una de las partes del

procedimiento, como se determina en el apartado 7 del referido artículo. No cabe duda de que es la Administración sanitaria quien dispone de los datos necesarios para valorar la incidencia y alcance de la infección y, asimismo, de los elementos de prueba procedentes para justificar que aplicó, en su caso, los procedimientos tendentes a reducir o eliminar el riesgo de que se produzca una infección nosocomial y que le corresponde aportarlos al procedimiento.

En este sentido, con apoyo en lo que se explica en el informe de la Inspección Médica, hay que recordar que se han traído al expediente diversos informes elaborados por especialistas en el campo de las infecciones hospitalarias y distintos documentos de los que cabe deducir que en el HUVA se han seguido todos los protocolos y aplicado las medidas necesarias para tratar de minorar o eliminar la incidencia de las infecciones nosocomiales.

Así, debe citarse el primer informe elaborado por el Dr. S (Antecedente quinto) en el que declara que en la UCIN del HUVA se aplican procedimientos específicos de higiene y limpieza, de aislamiento y otros para evaluar la bioseguridad ambiental. Con su segundo informe (Antecedente décimo), además de hacer referencia a distintas medidas organizativas, aporta copia de los 4 protocolos sobre aislamiento y limpieza que se siguen en el citado centro hospitalario.

Por su parte, el Dr. V (Antecedente decimotercero) ha explicado que esos protocolos de prevención de la infección nosocomial siguen las directrices dictadas por el Ministerio de Sanidad sobre estándares y recomendaciones de calidad. De manera particular, ha manifestado que en la UCIN y en el Servicio de Neonatología se han elaborado y aplicado protocolos específicos, de los que él es autor.

En otro sentido, este especialista ha declarado que no hay constancia de que en el período en el que estuvo ingresada la niña se produjeran otros casos provocados por el mismo tipo de infección. Esa circunstancia llevó a considerarlo un caso aislado y no un supuesto de brote infeccioso, por lo que no se elaboró ningún estudio epidemiológico, como el que se realizó en otras ocasiones.

Por último, la relación de aislamientos remitida por el Dr. T (Antecedente undécimo) ofrece unos resultados infecciosos causados por los gérmenes ya referidos que se pueden considerar normales.

Como se expone en el apartado sobre *Juicio crítico* del informe de la Inspección Médica, es evidente que en el HUVA se manejan los protocolos habituales para prevenir e intentar minimizar la tasa de infección nosocomial en general, incluida la nosocomial. Así se reconoce en el punto 6º de las conclusiones.

La existencia de este caso aislado de sepsis neonatal, en ausencia de un brote infeccioso, y en un centro en el que se adoptan las medidas que la comunidad científica considera lógicas y adecuadas para prevenir la infección nosocomial, no implica mala praxis por parte de los profesionales actuantes ni evidencia defectos organizativos concretos, ya que, hoy en día y de manera inevitable, se produce un cierto número de infecciones nosocomiales neonatales (punto 7º de las conclusiones de este informe).

III. En segundo lugar, se alega también que no se trató a la interesada con sulfato de magnesio para la protección del cerebro del prematuro. En este sentido, la Inspección Médica ha reconocido que esta medida sirve para tratar de reducir el riesgo de parálisis cerebral y que está recomendada en el protocolo de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) del año 2011 para los partos pretérmino inminentes, es decir, aquellos que se encuentran en fase activa (dilatación igual o mayor de 4 cm).

Sin embargo, en el informe valorativo advierte que en dicho protocolo se establece que el sulfato de magnesio debe pautarse, si es posible, 4 horas antes del nacimiento. Y añade que esta recomendación de administrarlo con esa antelación mínima se repite en la Guía de Asistencia Práctica del parto pretérmino de la SEGO correspondiente al año 2020. Asimismo, explica que la necesidad de que transcurra un tiempo mínimo de tratamiento para que pueda producir efecto se recoge en una bibliografía que detalla. Destaca, del mismo modo, que en ella se establece como criterio de exclusión del tratamiento con sulfato de magnesio que el final del parto se prevea en un plazo inferior a 2 horas, ya que en este escaso margen de tiempo hay poca posibilidad de que se produzca el efecto deseado.

Se recuerda que en este caso la paciente alcanzó la dilatación mencionada a las 19:40 h y que el parto se produjo 2 horas después (a las 21:45 h). Por tanto, el tiempo que transcurrió entre el momento que se podía considerar el parto inminente y aquél en que efectivamente se produjo fue de 2 horas o menos, por lo que no estaba indicada la

administración del sulfato de magnesio porque no se hubiese conseguido el efecto neuroprotector indicado. Por este motivo se sostiene en el punto 2º de las conclusiones del informe que la atención al parto fue acorde con las recomendaciones que se formulan en los protocolos que resultaban de aplicación.

Así pues, no se puede considerar que se le dispensara en algún momento a la reclamante o a la recién nacida 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 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 regional 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 que se alegan, cuyos caracteres antijurídicos tampoco se han acreditado convenientemente.

No obstante, V.E. resolverá.

