



Consejo Jurídico
de la Región de Murcia

Dictamen nº 28/2025

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 11 de febrero de 2025, 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 Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 4 de junio de 2024 (COMINTER 119856), sobre responsabilidad patrimonial instada por D. X, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2024_213), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- En fecha 16 de agosto de 2021, D. X presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial ante la Administración regional, por el daño moral sufrido como consecuencia del fallecimiento de su madre debido a una infección nosocomial, que imputa a la defectuosa asistencia sanitaria dispensada por el Servicio Murciano de Salud (en adelante, SMS), en el Hospital Universitario “Santa Lucía” (HSL), de Cartagena.

Relata el actor que su madre falleció el 4 de febrero de 2021 en el HSL por una neumonía contraída en el propio hospital, en el que había sido intervenida el 27 de enero de mandibulectomía segmentaria por osteonecrosis. Afirma que la intervención debió realizarse un año y medio antes, en febrero de 2020, cuando fue diagnosticada de una “osteonecrosis mandibular en la zona 36 y 37”, intervención que rechazó su madre porque el facultativo que la atendió no les informó de la importancia de que la intervención se hiciera de forma inmediata. Ello ha tenido como consecuencia que cuando fue intervenida había empeorado el estado de la osteonecrosis y estuviera más débil. A ello añade que no se tomaron las medidas de prevención de la infección oportunas y que, una vez contraída, no se identificó el germen y, por tanto, no se trató de forma adecuada, no cumpliéndose los protocolos básicos al efecto, lo que tuvo como consecuencia el fallecimiento de su madre.

Acompaña a su reclamación diversos informes de su asistencia en el hospital y las solicitudes de documentación realizadas.

En cuanto a la valoración económica del daño, solicita una indemnización de 100.000 euros.

SEGUNDO.- Por el SMS se solicita al reclamante la subsanación de la solicitud, debiendo aportar el libro de familia para acreditar su legitimación, aportando en vez del mismo el testamento otorgado por su madre por el que instituye a sus tres hijos como herederos universales e indica que actúa en su propio nombre y en interés de la comunidad hereditaria .

TERCERO.- Con fecha 25 de noviembre de 2021 se admite a trámite la reclamación por resolución del Director Gerente del SMS y se ordena la instrucción del procedimiento de responsabilidad patrimonial al Servicio Jurídico del indicado ente público sanitario.

Por la instrucción se recaba de la Gerencia del Área de Salud II una copia de la historia clínica de la paciente y el preceptivo informe de los profesionales que le prestaron asistencia, al tiempo que se comunica la presentación de la reclamación a la aseguradora del SMS.

CUARTO.- En fecha 16 de diciembre de 2021, se dicta orden por la que se inadmite a trámite la reclamación interpuesta en nombre de la comunidad hereditaria.

QUINTO.- En fecha 10 de febrero de 2022, el reclamante presenta contra la citada orden recurso de reposición, solicitando que se admita a trámite la reclamación patrimonial en su propio nombre, siendo contestado dicho recurso por el instructor del procedimiento indicándole que la reclamación presentada en su propio nombre ya fue admitida a trámite y que únicamente se inadmite la reclamación formulada en nombre de la comunidad hereditaria.

SEXTO.- Remitida la documentación solicitada, constan informe facultativo del Dr. Y, Jefe de Sección de Cirugía Maxilofacial, que indica:

"1) En la reclamación constan literalmente y de forma reiterada las siguientes afirmaciones: "En ningún momento el Doctor de maxilofacial nos indicó que lo que tenía mi madre era una osteonecrosis mandibular en la zona 36 y 37. Mi madre rehusó porque le dieron esa opción, porque dijeron que no era de urgencia su intervención. De hecho el doctor en ningún momento se opuso de la negación y tampoco nos dijo de las consecuencias que podía acarrear el no operarse" o "Cosa que el cirujano maxilofacial en ningún caso nos advirtió de nada de eso ni a mi madre ni a mí. Es decir, esta desinformación sobre el perjuicio que supondría la no intervención de inmediato en febrero de 2020, se nos oculta. No se nos informa."

A este respecto caben las siguientes observaciones:

- Es absolutamente falso que el mencionado facultativo, Dr Y, no cumpliera con su deber de informar adecuadamente a la paciente sobre su proceso, la gravedad del mismo, la necesidad de someterse a tratamiento quirúrgico, y sus potenciales complicaciones.

- Tal y como se desprende de la historia clínica de Cirugía Maxilofacial consta literalmente "Presenta zona de osteonecrosis con hueso expuesto, leve exudado, a nivel del 38. Pieza 37 con movilidad grado 2-3, pieza 36 con

movilidad grado1". Se solicita y realiza CBCT (scanner de haz cónico) el mismo día de la primera consulta (03.02.2020), objetivándose "la osteonecrosis alcanza el 36, no claros secuestros". Queda por tanto fehacientemente demostrado el diagnóstico exacto del proceso que sufría la paciente, como queda reflejado en su historia.

- En la reclamación interpuesta consta así mismo que "el Dr Y indicó que la anestesia iba a ser general durmiéndola totalmente y a mi madre esto le asustó" y también "Dado que nos indicaron la intervención no era de urgencia, pues según palabra del Doctor, se podía esperar, nos fuimos de la consulta del Hospital de Santa Lucía y del Doctor Y, sin cita de operación y sin fecha de nada". Es evidente que la paciente fue informada correctamente de la necesidad de someterse a tratamiento quirúrgico bajo anestesia general, e igualmente de que no se trataba de una operación urgente (como demuestra la evidencia científica al respecto en la abundante literatura médica referente a su proceso), y en atribución de su autonomía para decidir si asumir o no el tratamiento propuesto, decidió no intervenir ni solicitar citas de seguimiento alguno por parte del Servicio de Cirugía Maxilofacial. Por supuesto, el cirujano puede "indicar" y dar la información pertinente respecto a una intervención determinada, pero no puede "oponerse" a una negativa a la misma.

2) En la reclamación consta literalmente "La interconsulta de los doctores de maxilofacial se hizo esperar bastante hasta el mes de diciembre de 2020", así como "el hecho de que no se le operase en el momento inmediato donde debió hacerse (año y medio antes), y se retrase tanto la operación, provoca que estuviera más débil de lo normal, y que por supuesto el estado de la osteonecrosis fuera mucho peor. Si el Doctor Y nos hubiera informado de estos riesgos yo directamente hubiera forzado a mi madre a operarse, e incluso ella misma lo hubiera aceptado, pero NO fuimos informados de ello, y se nos dijo que la intervención no era de urgencia".

A este respecto caben las siguientes observaciones:

-La interconsulta a que hace referencia el escrito de reclamación no se refiere a una interconsulta solicitando citación por parte de la paciente en Consultas Externas de Cirugía Maxilofacial, sino a una interconsulta hospitalaria solicitada desde el Servicio de Traumatología en diciembre de 2020, donde la paciente había ingresado por fractura de cadera y desnutrición, es decir, en ningún momento la paciente solicitó seguimiento de su proceso en Consultas Externas por parte del Servicio de Cirugía Maxilofacial.

-Ha quedado fehacientemente demostrado más arriba que la paciente fue debidamente informada en su primera visita del diagnóstico, necesidad de cirugía y anestesia general y riesgos, tal y como consta en la historia clínica de la misma, y que libremente tomó la decisión de no intervenir ni realizar seguimiento alguno por nuestra parte.

3) En el escrito de reclamación consta literalmente "Pero lo más grave de todo esto es que el Doctor Y antes de irse de vacaciones de Navidad 2020 sin estar nadie en la habitación le dijo a mi madre que la iba a operar él, que le iba a quitar todos los dientes del lado derecho y que le iba a quitar la infección dejándole el lado derecho hueco y por lo tanto la mandíbula se iba a desviar dejando la boca torcida, ya que la Seguridad Social quita las infecciones pero no hace reconstrucciones, lo más que hacen, y con bastante tiempo que no sabríamos de cuánto tiempo estaríamos hablando, se podría hacer una prótesis y ponerle la boca algo más derecha, pero de principio se va a quedar el hueco vacío y con la mandíbula torcida totalmente porque toda esa parte una vez se opere quedará hueca enteramente y por lo tanto la manera de comer ahora será por el lado contrario a la operación porque no conseguirá poder masticar por el lado operado y no podrá tener nada en que apoyarse y tendrá que aprender a partir de ahora a comer por el otro lado y todo pasado por la túrmix."

A este respecto caben las siguientes observaciones:

-La paciente fue valorada por nuestro Servicio (Dr Y) durante su ingreso a cargo de Traumatología en diciembre de 2020, donde había sido intervenida dos veces, y fue trasladada a nuestro cargo para su tratamiento y control. En el informe de alta hospitalaria de Cirugía Maxilofacial correspondiente consta "Exploración física: exposición amplia del cuerpo-rama mandibular izquierdas, con movilidad de todas las piezas remanentes del tercer cuadrante. Además presenta fistulización y hueso expuesto en región submandibular-submental izquierdas.". Así mismo, tras la realización de las exploraciones complementarias pertinentes (TAC MANDIBULAR CON CONTRASTE IV), consta el diagnóstico de "OSTEONECROSIS MANDIBULAR POR BIFOSFONATOS ORALES ESTADIO IV", y como consecuencia consta igualmente en el apartado EVOLUCION "Durante el ingreso, y tras la valoración del TAC, se explica la nueva situación en cuanto al alcance de osteonecrosis mandibular, y le planteo hemimandibulectomía a izquierda, sin reconstrucción primaria dada la edad y patología concomitante de la

paciente, pudiendo valorar posteriormente reconstrucción secundaria".

-Como se puede derivar del detalle con que en el escrito de reclamación se relatan todos los aspectos relacionados con la intervención propuesta por el Dr Y (hemimandibulectomía izquierda) y sus consecuencias (contraindicación de reconstrucción inmediata, asimetría y desplazamiento mandibular, dificultad para la masticación y la ingesta), tal y como se refleja más arriba en el punto 3 de este informe, en términos absolutamente asequibles para su comprensión por parte de la paciente y su posterior transmisión completa a su hijo, firmante de la reclamación, es de destacar el tiempo y profesionalidad dedicados por el Dr Y para la transmisión de esta información y garantizarse su adecuada comprensión por parte de los inPdos.

-En consecuencia, durante el mencionado ingreso hospitalario y en cumplimiento de su deber, la paciente fue pertinentemente incluida en LEQ por el mismo Dr. Y el día 18.12.2020 con el diagnóstico principal: OSTEONECROSIS MANDIBULAR, procedimiento principal: HEMIMANDIBULECTOMIA IZQUIERDA, tipo de anestesia: GENERAL y PRIORIDAD: 1. En la hoja de inclusión en LEQ consta así mismo una observación excepcional, a saber "POF DR Y NO SE INCLUYE HASTA NUEVA VALORACION". Esta observación se debe a que la paciente y familiares transmitieron al Dr. Y su disconformidad y su negativa a someterse a la intervención.

-En el mismo informe de alta, en el apartado OTRAS RECOMENDACIONES consta "al alta se cita en consultas de CMF la próxima semana para valoración por Dr Y", quien suscribe este informe, aspecto éste sobre el que volveré posteriormente.

-Es absolutamente falso que se dijera a la paciente que "la Seguridad Social quita las infecciones pero no hace reconstrucciones". La cirugía reconstructiva es uno de los pilares de la Cirugía Maxilofacial, dadas las graves consecuencias anatómicas y funcionales de los procedimientos que implican la resección de estructuras faciales (como una hemimandibulectomía). En el caso que nos ocupa, una reconstrucción primaria implica la realización de una cirugía invasiva de alta complejidad (como un injerto libre vascularizado del peroné), que tanto por la patología que presentaba la paciente (osteonecrosis mandibular con sobreinfección activa concomitante) como por las condiciones clínicas de la misma (edad avanzada, proceso linfoproliferativo, desnutrición, y otra patología concomitante), está absolutamente contraindicada. En estas condiciones el procedimiento adecuado, tal y como queda reflejado que se le indicó, es la realización de una hemimandibulectomía para el iminar todo el tejido óseo necrótico y en su caso valorar posteriormente en un segundo tiempo otras posibilidades reconstructivas menos invasivas (como una prótesis customizada). Por tanto, la labor profesional del Dr Y se ajusta exactamente a la Lex Artis.

4) Directamente relacionado con lo anterior, en el escrito de reclamación consta literalmente "Yo cuando entre me encontré a mi madre llorando y me fui para el mostrador y dije quien ha dejado llorando a mi madre porque está venga a llorar descontroladamente, y les dije que iba a empezar a llamar uno a uno a todos los maxilofaciales de la Región de Murcia hasta dar con el maxilofacial que sea el que de verdad queramos que la opere porque no estaba contento con el trato que estábamos recibiendo por parte del Doctor Z, porque este no nos estaba informando adecuadamente de los riesgos y acababa de dejar a mi madre llorando, una mujer de 83 años", y un poco más adelante "fue intervenida el pasado 27 de enero a las 8:00 horas de la mañana por el Doctor Y (el doctor Z se desentendió, dicho en estrictos términos de defensa, porque ya conocía que no había actuado bien y que la intervención pudiera ser de riesgo, dado el tiempo transcurrido) en el Hospital Universitario de Santa Lucía, se trataba de una operación programada para Cirugía Maxilofacial de mandibulectomía segmentaria por osteonecrosis."

-Efectivamente, y aunque lo obvia en su escrito, el que suscribe, Dr Y, recibí en mi consulta privada una intempestiva y desagradable llamada telefónica por parte del firmante de la reclamación, Sr. X, profiriendo insultos y amenazas sobre el Dr Y, como puedo demostrar con el registro de llamadas telefónicas y con el testimonio del personal de mi consulta privada, pues ante al cariz de sus palabras decidí poner el altavoz del teléfono para dejar constancia de las mismas.

-A pesar de todo cité a la paciente para ser vista por mí personalmente en las Consultas Externas de Cirugía Maxilofacial del Hospital, lo que le transmití al Dr Y y de ahí la citación que consta en el informe de alta de Cirugía Maxilofacial al que he hecho referencia anteriormente. En esa visita pude constatar que la paciente y su familiar tenían información completa y precisa respecto a su proceso, respecto a la intervención que era necesaria y los

riesgos, hasta el punto de que simplemente hice una nueva inclusión en LEQ exactamente en los mismos términos que la realizada con anterioridad, y se procedió a firmar el preceptivo documento de consentimiento informado tal y como también se había firmado el propuesto con anterioridad por el Dr Y, donde consta el procedimiento quirúrgico a realizar y sus riesgos, y el paciente acredita haber sido debidamente informado y autoriza la realización de dicho procedimiento.

-Efectivamente la paciente fue intervenida por mí el 27.01.2021, realizando exactamente el procedimiento que había indicado el Dr Y con anterioridad y que coincidía exactamente con mi mismo criterio, esto es, hemimandibulectomía izquierda sin reconstrucción primaria.

-Es falso que el Dr Y se desentendiera de la paciente, pues fue a instancias mías y tras los graves insultos y amenazas que se profirieron contra él, que se tomó la decisión de que no participara en la intervención quirúrgica de la paciente.

5) En la reclamación de forma reiterada se hace mención a la situación de "debilidad" de la paciente y se achaca al "retraso en la operación". Valga de ejemplo cuando se dice literalmente tal y como se ha indicado anteriormente "EL HECHO DE QUE NO SE LE OPERASE EN EL MOMENTO INMEDIATO DONDE DEBIO HACERSE (AÑO Y MEDIO ANTES) Y SE RETRASE TANTO LA OPERACIÓN, PROVOCA QUE ESTUVIERA MÁS DÉBIL DE LO NORMAL"

A este respecto caben las siguientes observaciones:

-En la historia clínica de Cirugía Maxilofacial, en la primera visita de 03.02.2020 consta literalmente en el apartado SITUACION BASAL "Vive con un hijo alcohólico. Nula ingesta alimenticia y falta de cuidados (informa el otro hijo). Hasta antes de la pandemia era activa e independiente."

-En varios informes (CONSULTA PREANESTESIA 12.2020, INFORME CLINICO DE CONSULTAS EXTERNAS REHABILITACION 04.01.2021, INFORME CLINICO DE ALTA HOSPITALIZACION CIRUGIA MAXILOLOGICAL 05.01.2021) consta respecto de situación basal de la paciente "mal estado general, siendo diagnosticada de síndrome linfoproliferativo estable con anemia severa de (hb de 7,1 precisando transfusión de 2 CH). Además cuadro de desnutrición en relación con proceso de osteonecrosis mandibular fistulizada a piel y situación social".

-Parece obvio, como consecuencia de lo anterior, que lamentablemente el estado de debilidad de la paciente respondía tanto a su patología de base (síndrome linfoproliferativo con anemia severa), como a la dificultad en la ingesta consecuencia de la osteonecrosis mandibular, como a su situación social. En ningún momento desde su rechazo a la intervención propuesta en fecha 03.02.2020 hasta su ingreso hospitalario por su fractura de cadera solicitó nueva re-evaluación por el Servicio de Cirugía Maxilofacial, por lo que en modo alguno somos responsables de la evolución de su proceso. Durante este período de tiempo tan solo constan 2 visitas a urgencias, una el 11.08.2020 [sic] (por lumbalgia) y otra el 19.11.2020 (por caída, con fractura de cadera derecha y anemia crónica en rango transfusional, y donde consta en el preceptivo informe de alta, en el apartado ENFERMEDAD ACTUAL "refiere el hijo que la acompaña que vive con otro hijo alcohólico, con nula ingesta y falta de cuidados de la paciente, solicitando ayuda".

6) Respecto del desarrollo de una neumonía intrahospitalaria (nosocomial), Qlmente causa de la mala evolución postoperatoria y Qlmente del fallecimiento de la misma, caben las siguientes observaciones:

-Las infecciones nosocomiales son infecciones adquiridas durante la estancia en un hospital y que no estaban presentes ni en el período de incubación ni en el momento del ingreso del paciente. Se consideran así infecciones nosocomiales las que ocurren más de 48 horas después del ingreso. Afectan al 5% de los pacientes y comportan una elevada morbi-mortalidad (especialmente en pacientes con ciertos factores predisponentes, como la inmunosupresión o desnutrición, y ante procedimientos invasivos como una intervención quirúrgica o ventilación mecánica), siendo las más frecuentes la infección respiratoria (neumonía), la quirúrgica, la urinaria y la bacteriemia de catéter vascular.

-Se ha demostrado que la aplicación de estrictos protocolos de vigilancia epidemiológica, como los instaurados en este Hospital, con procesos dirigidos a la prevención y al desarrollo de indicadores (tasas) de infección nosocomial, es la base de los programas de control de la infección, más en zonas de alto riesgo por el tipo de actividad que se desarrolla dentro del hospital (quirófanos, UCI, reanimación, etc).

7) Respecto de la atención prestada a la paciente una vez complicado su postoperatorio con una neumonía nosocomial, en este sentido son totalmente falsas las siguientes afirmaciones vertidas en la reclamación, literalmente "El caso es que o no se le practicaron cultivos o no se hizo de forma adecuada ya que no se identificó el germen, ni se aisló el germen, para poder identificarlo y tratarlo con los fármacos adecuados. Nada de ello especifica esto, en ninguno de los informes clínicos, ni en el de reanimación, ni en el de Exitus Letalis y esta es una de las primeras medidas que debieran haberse tomado", o "Sí la infección fue en quirófano evidentemente no se tomaron las medidas de prevención oportunas, pero en cualquier caso, resulta que aun así tras la infección NO se conocen la existencia o resultado de los cultivos realizados, no se identificó el germen, no se aisló y por tanto no se trató de forma adecuada, no cumpliéndose los protocolos básicos al efecto , lo que ha desembocado en el fallecimiento de la paciente" o "Queda acreditado que si se hubiera atendido a mi madre de un modo adecuado y se hubiera esterilizado correctamente cuando se operaba a mi madre, ésta no se hubiera infectado con ninguna bacteria, ni hubiera tenido que recibir medicina infecciosa, ni hubiera tenido que reforzar el tratamiento antibiótico a uno de mayor, ni hubiera que haberle tomado muestras para estudio microbiológico, Así como si se hubiera tratado correctamente a mi madre, sin duda, NO habría contraído una neumonía dentro del centro hospitalario, que según el informe de Exitus Letalis le provocó la muerte."

A este respecto caben las siguientes observaciones:

-El hospital mediante el Servicio de Medicina Preventiva dispone de protocolos de vigilancia epidemiológica para el control de infecciones nosocomiales, protocolos de esterilización de instrumental y de quirófano, con tasas elaboradas e indicadores periódicos conforme a los altos estándares del Servicio Murciano de Salud.

-Es absolutamente falso que no se hayan realizado o no consten en la historia de la paciente todos los procedimientos necesarios para diagnosticar, identificar y tratar adecuadamente la neumonía de adquisición nosocomial. A saber: Informe de BACTERIOLOGIA de fecha 04.02.2021; Informe de LAVADO BRONCOALVEOLAR CON BACTERIOLOGÍA donde se hace tinción Gram y un análisis cuantitativo aislando *Pseudomona aeruginosa* y *Klebsiella pneumoniae* en cantidades escasas, de fecha 05.02.2021; Informe de MICROBIOLOGIA sobre hemocultivo de fecha 08.02.2021; Informe de MICROBIOLOGIA con tinción Gram y cultivos aerobios/anaerobios de fecha 10.02.2021 y de ABSCESO/ASPIRADO DE LESION de la misma fecha.

-Es evidente que se ha actuado de forma adecuada, con tomas seriadas para diagnosticar y tratar el proceso neumónico nosocomial, que como hemos dicho anteriormente, es más frecuente en pacientes de riesgo, como es el caso: edad avanzada (83 años), patología de base (síndrome linfoproliferativo, anemia en rango transfusional, desnutrición, falta de cuidados) y procedimientos invasivos (intervención quirúrgica, ventilación mecánica), sin que pueda responsabilizarse al hospital por falta de medios y/o falta de seguimiento de los protocolos establecidos.

8) Qlmente, y tal y como consta en el escrito de reclamación, el firmante del mismo se dedicó, extralimitándose en sus derechos, a realizar una "investigación" sobre el Dr Y durante el ingreso de la paciente, realizando, reitero, una "investigación" sobre cosas del Dr Y entre los pacientes, tal y como consta literalmente "Pero al lado de la habitación nuestra teníamos una paciente que se llama P y fue la que me empezó a hablar del Doctor Z y me dijo que a ella le había operado el Dr Z y que le hizo una "chapuza" según sus palabras, sacándole gran parte de la dentadura de la boca y dejándole la boca enteramente torcida. Además estuvimos investigando cosas del Dr Z entre los pacientes que de tantos días en el hospital hicimos amistad por ejemplo con la sobrina de P y yo y la señora que la cuidaba a P que era Q y el auxiliar en prácticas que estaba en el hospital de Santa Lucía, de nombre R, que después se quedaba a cuidar a P contratado y entre todos descubrim os muchas intervenciones similares a la de P (malas intervenciones) del Doctor Maxilofacial Z."

A este respecto caben las siguientes observaciones:

-Cualquier paciente dispone de los medios adecuados y establecidos, y está en su derecho de usarlos, para transmitir las quejas que crea necesario respecto del trato, actitud o asistencia sanitaria de cualquier profesional sanitario, en concreto en el caso que nos ocupa, de cualquier Facultativo Especialista. A lo que nadie tiene derecho es a someter a ningún profesional a una "investigación" paralela ni a cuestionar su profesionalidad mediante una actitud malintencionada que permita deducir conclusiones de este "juicio paralelo".

-Consideramos esta actitud y esta "investigación", que queda explícitamente demostrada y asumida por el firmante del escrito de reclamación, Sr X, como una intolerable intromisión en el honor y profesionalidad del Dr Z, que es conocedor de estos hechos pues lógicamente han sido puestos en su conocimiento para recabar la información

necesaria para la elaboración de este escrito de respuesta, y por tanto nos reservamos el derecho de iniciar las oportunas acciones judiciales contra el firmante de la reclamación por considerarlas constitutivas de delito”.

SÉPTIMO.- En fecha 2 de noviembre de 2022 se solicita informe a la Inspección Médica, sin que conste que haya sido emitido.

OCTAVO.- En fecha 12 de enero de 2023, se solicita de la Gerencia de Salud II que remita: “- Los procedimientos de Bioseguridad Ambiental y de Control Microbiológico Ambiental en área quirúrgica que se realizan en el hospital. Así como informe sobre las comprobaciones que se realizan mensualmente sobre los niveles de bioseguridad medioambiental para garantizar un espacio limpio y seguro con unos niveles adecuados, y singularmente en todo lo concerniente con el proceso de intubación y ventilación mecánica”.

NOVENO.- En fecha 24 de febrero de 2023 se emite informe por el Dr. S, especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública, en el que indica:

“1. En el último informe, anterior a la intervención quirúrgica de T, titulado: "Validación de salas de ambiente controlado del Hospital Universitario Santa Lucía Cartagena (Murcia)" encargado a la empresa externa UBORA TECH, D. V, titulado universitario con formación acreditada en Calidad Ambiental en interiores acorde con los requisitos de la norma UNE 171340, con fecha 16/06/2020, (fecha de toma de muestras el 29 de mayo del 2020), enumera los nueve tipos de controles realizados en la totalidad de los quirófanos del hospital (un total de quince: dos quirófanos para emergencias, uno del área obstétrica y los doce restantes para el resto de especialidades quirúrgicas): ...

2 Los resultados de los controles microbiológicos ambientales en los quince quirófanos estudiados para hongos fueron de 0 UFC/m3 en todos ellos y para microbiota aerobia mesófila total el resultado se situó en un rango entre 8 a 13 UFC/m3. En concreto, en el quirófano 14 se detectaron 0 UFC/m3 para hongos y 13 UFC/m3 para microbiota aerobia mesófila, por tanto, evaluado como APTO. Se certificó, en este mismo informe, que "el Área Quirúrgica del Hospital Universitario Santa Lucía está conforme a la normativa vigente".

3 En el último informe, anterior a la intervención quirúrgica de T, titulado: "Revisión de la calidad ambiental en interiores" encargado a la empresa externa TIL, el mismo técnico, D. V, titulado universitario con formación acreditada en Calidad Ambiental en Interiores acorde con los requisitos de la norma UNE 171330-2, con fecha 11/12/2020, (fecha de toma de muestras los días 10 y 18 de octubre del 2020), enumera, entre otros indicadores, los seis parámetros ambientales analizados en los 32 puntos de muestreo seleccionados del Hospital Santa Lucía: determinación de bacterias y hongos en suspensión; temperatura y humedad relativa; dióxido de carbono, monóxido de carbono, determinación de partículas en suspensión y partículas en suspensión por gravimetría. En cuanto a la determinación de bacterias y hongos en suspensión el criterio de confort para bacterias es: menor a 600 UFC/m3 y para hongos: menor a 200 UFC/m3. Los resultados de los controles microbiológicos ambientales en los 32 puntos estudiados para hongos fueron de menos de 1 UFC/m3 en 30 puntos y 1 UFC/m3 en los dos puntos restantes. El número de unidades formadoras de colonias bacterianas osciló en un rango entre 1 a 92 UFC/m3, según el punto de muestreo analizado. El técnico concluyó con la declaración de conformidad:" Partiendo de los datos obtenidos de cada uno de los parámetros establecidos en este informe puedo concluir que el edificio está conforme a la normativa vigente".

4 En los informes de trazabilidad de los paquetes números 010300078104 y 010300078212, del instrumental quirúrgico utilizado en la intervención 2094392739 registrada el 27/01/2021 a las 08:11 en el quirófano 14, se incluye la información de esterilización: "sin invalidaciones registradas". Todos los controles fueron válidos. La validación del control fue realizada el 11/03/2021 por W

5 Según consta en el sistema de información hospitalario del Servicio Murciano de Salud, SELENE, T fue intervenida quirúrgicamente: mandibulectomía segmentaria el día 27/01/2021 con diagnóstico preoperatorio y postoperatorio de osteonecrosis mandibular en el quirófano 14 del Hospital Santa Lucia, a las 08:11 horas con una duración de dos horas y 48 minutos.

6 Según consta en el Informe Clínico al ingreso en la Unidad de Reanimación, el 27/01/2021, en el sistema de Información hospitalario del Servicio Murciano de Salud, SELENE, T, de 83 años tenía los ANTECEDENTES: Alergia al Metamizol, Hipertensión arterial sistémica, Síndrome vertiginoso, Leucemia Linfática Crónica y desnutrición.

7 Según consta en el sistema de información hospitalario del Servicio Murciano de Salud, SELENE, dos facultativos del servicio de Microbiología validaron los resultados del cultivo de: *Pseudomonas aeruginosa* y *Klebsiella pneumoniae* en una muestra de lavado broncoalveolar procedente de T del 02/02/2021.

8 *Klebsiella pneumoniae* está presente de forma habitual en el medio ambiente, de hecho en personas sanas, *K. pneumoniae* coloniza las superficies mucosas de la orofaringe, la nasofaringe y el tracto gastrointestinal. Los patógenos oportunistas colonizadores son bacterias que colonizan asintóticamente el cuerpo humano y, cuando las condiciones son adecuadas, pueden causar infecciones. Algunos de los más conocidos incluyen la especie: *Klebsiella pneumoniae*. *P. aeruginosa* coloniza con frecuencia lugares no estériles como la boca y el esputo entre otros, por tanto, la presencia de esta bacteria en nuestro cuerpo suele representar una colonización, sin infección. *P. aeruginosa* es un reconocido patógeno oportunista de individuos inmunocomprometidos”.

DÉCIMO.- La compañía aseguradora del SMS, ha remitido dos informes médico-periciales:

1. Del Dr. D. B, especialista en Neumología, de 23 de mayo de 2023, con las siguientes conclusiones

“1. El Tratamiento antibiótico inicial administrado a la paciente tras su intervención por los problemas en el postoperatorio inmediato, infección de la cavidad oral, es correcto.

2. La secuencia temporal de acontecimientos, las medidas de control ambientales, las bacterias aisladas y su sensibilidad antibiótica, se corresponden con la hipótesis de microaspiraciones de la faringe como mecanismos patogénicos de la infección, máxime si tenemos en cuenta que la documentación obrante en el expediente administrativo señala que se cumplieron con todas las medidas de asepsia.

3. Tras llegar al diagnóstico de neumonía nosocomial asociada a ventilación mecánica, el tratamiento antibiótico administrado, así como el resto de las medidas de soporte y su manejo clínico es correcto y de acuerdo con las guías.

4. La mortalidad de la neumonía nosocomial asociada a ventilación mecánica es alta, a pesar instaurar el tratamiento correcto en tiempo y forma”.

2. Del Dr. D. C, especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial, de 29 de junio de 2023, con las siguientes conclusiones:

“El tratamiento quirúrgico realizado a la paciente el 27 de enero de 2021 es el correcto y se ajusta a Lex Artis.

2. El retraso en el tratamiento quirúrgico no es achacable al equipo médico de Maxilofacial sino a la propia paciente ya que es ella misma la que se niega a ser intervenida en febrero de 2020 tras hacerse un correcto diagnóstico y a la declaración del estado de alarma por la pandemia por covid-19 el 14 de marzo de 2020.

3. Tras la negativa de la paciente a ser intervenida no se cita a la paciente en consultas externas de Cirugía Maxilofacial para un adecuado seguimiento, sin embargo, muy probablemente no habría cambiado significativamente ya que con la declaración del estado de alarma tampoco hubiera podido hacerse adecuadamente dicho seguimiento ni se hubiera intervenido, en caso de haberlo aceptado la paciente, ya que no se trataba de una intervención urgente en ese momento. Durante la pandemia por covid-19 durante mucho tiempo los recursos hospitalarios estaban tan colapsados que sólo se hacían intervenciones quirúrgicas urgentes.

4. El seguimiento de esta paciente tras hacerse un correcto diagnóstico y propuesta de tratamiento quirúrgico está gravemente afectado por la declaración del estado de alarma.

5. Tras revisar la documentación aportada parece que los cuidados que ha recibido la paciente han podido ser escasos al vivir con un hijo alcohólico. En el momento que es nuevamente valorada por Cirugía Maxilofacial es a expensas de una interconsulta hecha por Traumatología durante el ingreso por una fractura pertrocanterea de fémur en diciembre de 2021. Ni la paciente ni la familia han acudido de nuevo a Consulta de Cirugía Maxilofacial para el seguimiento de su osteonecrosis mandibular ni tampoco ha sido remitida por su médico de atención primaria.

6. Hay incongruencias en la historia clínica demostrables sobre cuánto tiempo ha estado recibiendo la paciente bifosfonatos. Dichas incongruencias se deben a las manifestaciones realizadas por la propia paciente durante la anamnesis.

7. No sabemos dónde y porqué se realizó la exodoncia de la pieza 38, quien la realizó, si se informó a la paciente de los riesgos inherentes a la misma (osteonecrosis por bisfosfonatos) o si se suspendió el fármaco previo a realizar dicha exodoncia.

8. La traqueostomía realizada por Maxilofacial es realizada a petición de anestesiología y reanimación estando bien indicada y realizada y sin complicaciones aparentes”.

DECIMOPRIMERO.- Conferido trámite de audiencia al inPdo, el reclamante, en fecha 27 de mayo de 2024 presenta escrito de alegaciones reiterando las realizadas en su escrito inicial.

DECOMOSEGUNDO.- Con fecha 3 de junio de 2024, se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, al considerar la unidad instructora que por el reclamante no se ha acreditado que concurren todos los elementos de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, en particular el nexo causal entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y el daño alegado, ni su antijuridicidad.

En tal estado de tramitación y una vez incorporado el preceptivo extracto de secretaría y un índice de documentos, se remitió el expediente al Consejo Jurídico en solicitud de dictamen, mediante comunicación interior del pasado 4 de junio de 2024.

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 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 para reclamar y procedimiento seguido.

Habiendo reclamado el hijo de la fallecida, no hay obstáculo alguno en reconocer dicha legitimación para solicitar un resarcimiento económico por el dolor moral inherente a su condición familiar, conforme a conocidos criterios jurisprudenciales y doctrinales.

La legitimación pasiva corresponde a la Administración titular del servicio público a cuyo funcionamiento se imputa el daño. En este supuesto, la Administración regional, a la que corresponde la prestación del servicio de asistencia sanitaria a la población.

II. La reclamación se ha presentado dentro del plazo anual que para la prescripción del derecho a reclamar establece el artículo 67.1 LPAC, toda vez que el fallecimiento de la madre del reclamante se produce el día 4 de febrero de 2021, mientras que la reclamación se interpone con fecha 16 de agosto de dicho año

III. Se ha seguido el procedimiento previsto en la LPAC para la tramitación de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial, sin que se observen carencias esenciales, obrando en el expediente el informe del Servicio a cuyo funcionamiento se imputa el daño y el trámite de audiencia al inPdo que junto con la solicitud de este Dictamen constituyen los trámites preceptivos de este tipo de procedimientos.

No obstante, hay que advertir que se ha sobrepasado en exceso el plazo máximo de resolución de 6 meses previsto en el artículo 91.3 LPAC, constatando que, a pesar del tiempo transcurrido, la Inspección Médica no ha emitido su informe.

TERCERA.- Elementos de la responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario.

I. La responsabilidad patrimonial dimanante de la actuación administrativa en el campo sanitario está sometida a la configuración de la responsabilidad de la Administración que se desprende del artículo 106.2 CE: *“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 (LGS).

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración 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:

- La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.
- Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una adecuada relación de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.
- Que los daños no se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos.
- Ausencia de fuerza mayor.
- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

II. 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 razonablemente 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.

En este sentido, sólo en el caso de que se produzca una infracción del deber de aplicación de medios, considerando a tal efecto el estándar de los disponibles aplicado a las circunstancias del caso concreto, responderá la Administración de los daños causados, pues, en caso contrario, dichos perjuicios no habrán de imputarse, en términos jurídicos, a la atención sanitaria pública y, por tanto, no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que, en tal caso, podría declararse en todos los supuestos en los que, con ocasión de cualquier intervención de los servicios sanitarios públicos, no se pudieran evitar los daños a la salud de las personas que se producen por la misma naturaleza de la condición humana; tal resultado, obviamente, no respondería a la configuración constitucional y legal del instituto de la responsabilidad patrimonial de que se trata.

De ahí que, como recuerda el Consejo de Estado en Dictamen 52/2020, sea doctrina jurisprudencial reiterada (por todas, Sentencia de la Sección Quinta de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, de 15 de

marzo de 2018, rec. n.º 1016/2016) que, *“frente al principio de responsabilidad objetiva interpretado radicalmente y que convertiría a la Administración sanitaria en aseguradora del resultado positivo y, en definitiva, obligada a curar todas las dolencias, la responsabilidad de la Administración sanitaria constituya la lógica consecuencia que caracteriza al servicio público sanitario como prestador de medios, pero, en ningún caso, garantizador de resultados, en el sentido de que es exigible a la Administración sanitaria la aportación de todos los medios que la ciencia en el momento actual pone razonablemente a disposición de la medicina para la prestación de un servicio adecuado a los estándares habituales; conforme con este entendimiento de l régimen legal de la responsabilidad patrimonial, en modo alguno puede deducirse la existencia de responsabilidad por toda actuación médica que tenga relación causal con una lesión y no concurra ningún supuesto de fuerza mayor, sino que ésta deriva de la, en su caso, inadecuada prestación de los medios razonablemente exigibles”*.

La actuación del médico ha de regirse por 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 médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla (Dictámenes números 49/01 y 337/22, entre muchos otros, de este 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 un daño, sino que es preciso acudir al criterio de la *“lex artis ad hoc”* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta en el caso de que se trate, 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. La *“lex artis”*, por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

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).

A tal efecto, hay que destacar la ausencia de prueba por parte del reclamante de algunos de los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial, cuya carga les corresponde. En el supuesto sometido a consulta, los informes médicos de los facultativos actuantes, y de los peritos de la aseguradora, no han sido cuestionados por la parte actora en el trámite de audiencia que se le ha otorgado, mediante la aportación de prueba suficiente para rebatir sus conclusiones técnicas. Las consecuencias de la omisión de dicha actividad probatoria por parte del inPdo serán analizadas en una ulterior consideración. Baste ahora con recordar el carácter de prueba esencial que en los procedimientos de responsabilidad patrimonial por pretendidos errores médicos o defectuosa asistencia sanitaria, reviste la prueba pericial, como de forma contundente expresa la sentencia de la Audiencia Nacional, Sala de lo Contencioso Administrativo, de 27 de junio de 2001, según la cual *“quien reclama debe probar la relación de causalidad antes expuesta (artículo 6.1.2º in fine Reglamento de Procedimientos en materia de Responsabilidad Patrimonial (...), y a tal efecto lo propio habría sido inPr una prueba pericial sobre la bondad de los tratamientos dispensados, prueba vital pues se está en un pleito en el que son convenientes o necesarios conocimientos científicos”*.

CUARTA.- Actuaciones anómalas que se imputan a la Administración sanitaria.

Para el reclamante, la actuación anómala que se imputa al SMS es que, con motivo de la intervención quirúrgica a la que fue sometida su madre y la estancia hospitalaria posterior, fue contagiada en dicho centro hospitalario de una bacteria que le causó la muerte, así como que no fue debidamente informada en febrero de 2020 por el Dr. Y de las consecuencias de la negativa a operarse de la intervención maxilofacial que le había prescrito.

En cualquier caso, la alegación actora está íntimamente ligada al criterio de la *lex artis*, pues se pretende vincular la producción del daño con la actuación del personal sanitario interviniente en la asistencia sanitaria, la cual ha de ser valorada y analizada desde la ciencia médica, determinando en qué medida aquella se ajustó o no a los parámetros de una *praxis* adecuada y correcta.

La valoración de la actuación facultativa, para establecer en qué medida la paciente fue informada debidamente de las consecuencias de no acceder a ser intervenida en febrero de 2020, así como que la intervención que le fue practicada el día 27 de enero de 2021 fue la causante de la infección posterior, exige un juicio técnico que únicamente puede ser realizado por los profesionales de la medicina. 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 (LEC)- resultan trascendentales los informes médicos que puedan obrar en el expediente.

El inPdo no ha traído al procedimiento un informe pericial que sostenga sus alegaciones de mala *praxis*. Esta carencia de prueba, por sí sola, podría resultar suficiente para desestimar la reclamación en los términos en los que fue planteada, dado que es al actor a quien incumbe la carga de probar la relación causa-efecto existente entre el daño que reclama y el funcionamiento del servicio público, ex artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, conforme al clásico aforismo *“necessitas probandi incumbit ei qui agit”*.

Es cierto que, en los casos en los que se solicita la declaración de responsabilidad patrimonial por daños originados en una infección nosocomial, opera una suerte de inversión de la carga de la prueba, que, en atención al principio de facilidad probatoria, conmina a la Administración a probar que sus instalaciones y personal cumplieron con los estándares de asepsia, limpieza y bioseguridad exigibles para la atención sanitaria.

Por la instrucción se requirió a la Gerencia del Área de Salud II para que aportara un informe del Servicio de Medicina Preventiva del HSL, que ha sido unido al expediente, en el que se indican todos los controles que se realizaron en los quirófanos del hospital en las fechas previas a la intervención de la paciente en los que se concluye que los resultados, tanto de los controles microbiológicos ambientales, como el control de la calidad ambiental de interiores y los informes de trazabilidad del instrumental quirúrgico utilizado, determinan que el edificio está conforme a la normativa vigente y que la *Klebsiella pneumoniae*. P. aeruginosa que fue detectada en la paciente coloniza con frecuencia lugares no estériles como la boca y el esputo entre otros, por tanto, la presencia de esta bacteria en nuestro cuerpo suele representar una colonización, sin infección, mientras que P. aeruginosa es un reconocido patógeno oportunista de individuos inmunocomprometidos.

Se acompaña al informe el dictamen externo realizado en el hospital por la mercantil Tecno Instalaciones de Levante (TIL), en cuyo apartado QI se indica:

“Partiendo de los datos obtenidos de cada uno de los parámetros establecidos en este informe puedo concluir que el edificio está CONFORME a la normativa vigente:

- Del total de las valoraciones realizadas en los 30 puntos de muestreo y en 33 UTAs, más del 75% (93,25%) de los puntos se encuentran por debajo del valor límite de confort y ningún supera el VLA.

- Las causas han sido identificadas por la que no se alcanza el requisito de calidad exigido. Se indican por tanto medidas correctoras.

- Qlmente, en la búsqueda de aspectos ambientales de especial riesgo, como son la posible presencia de amianto en el edificio existente, lipoatrofia semicircular, no se han detectado en el conjunto del edificio ni en el personal. La valoración de *Legionella pneumophila*, según la aportación de datos y comentarios establecidos, se está realizando correctamente.

- Al ser el año de construcción posterior al año 2000, se considera el edificio libre de amianto”.

Por su parte, el informe del especialista en Neumología, aportado por la compañía aseguradora del SMS, indica que:

“La paciente, de 83 años, con proceso linfoproliferativo crónico y desnutrida, es intervenida el 27-01-2021, de forma programada, de mandibulectomía segmentaria por osteonecrosis. En el postoperatorio inmediato, la paciente presentó durante los primeros días del postoperatorio aumento de volumen de tejidos blandos (sobre todo en cuadrante inferior izquierdo de cara con compromiso hasta el suelo de la boca y cuello) lo que dificultó el plan de extubación. Fue tratada con clindamicina y corticoides. Esta cobertura antibiótica empírica es correcta para cubrir los gérmenes habituales en este tipo de infecciones, polimicrobianas y fundamentalmente anaerobios de la cavidad oral. Tras resolverse los problemas descritos, el 31-01-2021 se llevó a cabo la extubación de la paciente sin incidencias. El mismo día 31-01-2021 se añade a la Clindamicina un antibiótico de amplio espectro: Piperacilina-Tazobactan.

En controles radiográficos posteriores a la extubación (01-02-2021), se objetivó patrón radiológico compatible con proceso neumónico, apreciándose imágenes compatibles con una neumonía bilateral en campos inferiores y medio (5 días después de su intervención). En la analítica destacaba elevación de PCR y procalcitonina. También presenta leucocitosis importante, no valorable por su proceso linfoproliferativo de base, con cifras de neutrófilos de alrededor de 30%.

Si bien presenta mejoría progresiva en las cifras de PCR y procalcitonina, en las radiografías practicadas, se aprecia escasa mejoría. Así en el informe Radiológico del 03-02-2021, se describe: Se compara con Rx de días previos. Se observa consolidación pulmonar que afecta a todos los campos pulmonares derechos y de menor extensión a nivel parahiliar de los campos pulmonares medio e inferior izquierdos.

Desde el punto de vista hemodinámico, la paciente presentó desde los primeros días tras la intervención quirúrgica, labilidad hemodinámica, en forma de hipertensión/hipotensión, alteraciones del ritmo tanto bradicardia como taquicardia sinusales con respuestas lenta, y errática, así como erráticas respuestas al tratamiento farmacológico, presentando reacción paradójica a la administración de aleudrina y episodios de fibrilación auricular paroxística de novo con respuesta ventricular rápida. Se controla la frecuencia con tratamiento médico. En ningún momento se necesitó la administración de amines. Las cifras de coagulación y de enzimas hepáticas fueron normales.

El día 01-02-2021, al considerar el diagnóstico de la paciente de neumonía nosocomial, asociada a ventilación, en el quinto día de su ingreso en REA, con características de gravedad, sin claros factores de riesgo para presentar microorganismos multirresistentes y sin apreciarse sepsis grave es tratada de forma empírica y de forma correcta con Piperacilina-Tazobactan + Levofloxacino + Linezolid a las dosis habituales.

En las tomas de lavado broncoalveolar se obtuvieron escasas colonias de Pseudomona aeruginosa y de Klebsiella pneumoniae, sensibles a los tratamientos antibióticos empíricos administrados.

Dada la secuencia temporal de acontecimientos, infección temprana en el área afecta y posterior aparición de neumonía nosocomial, junto a el aislamiento de gérmenes habituales en estas infecciones, sin presentar patrones de resistencia antibiótica, se asume que el mecanismo patogénico ha sido la microaspiración de secreciones procedentes de la orofaringe.

Los Procedimientos de bioseguridad Ambiental y de control Microbiológico Ambiental en el Área Quirúrgica efectuados en el centro son correctos y adaptados a práctica habitual.

A pesar de todas las medidas tomadas el 4 de febrero de 2021 la paciente presentó desaturación y bradicardia extremas no respondiendo a las maniobras de reanimación cardiopulmonar, falleciendo a las 2:30 horas”.

Por lo que respecta a la falta de información sobre las consecuencias de la negativa de la paciente a someterse a la intervención que le había sido indicada respecto de sus problemas mandibulares, ya el informe del Jefe de Sección de Cirugía Maxilofacial del HSL (transcrito en el antecedente sexto) indica que en la historia clínica consta claramente el diagnóstico: *“Presenta zona de osteonecrosis con hueso expuesto, leve exudado, a nivel del 38. Pieza 37 con movilidad grado 2-3, pieza 36 con movilidad grado1”, y tras el scanner se objetiva “la osteonecrosis alcanza el 36, no claros secuestros”.*

Sigue diciendo el informe que la intervención quirúrgica no era urgente, como lo demuestra la evidencia científica al respecto en la abundante literatura médica referente al proceso y fue la paciente quien, en uso de su autonomía para decidir, se negó a ser intervenida y a solicitar citas de seguimiento por parte del Servicio de Cirugía Maxilofacial.

Por ello el informante considera que la paciente fue debidamente informada en su primera visita del diagnóstico, necesidad de cirugía y anestesia general y riesgos, tal y como consta en la historia clínica de la misma y que libremente tomó la decisión de no intervenir ni realizar seguimiento alguno por parte del Servicio, y ello se desprende también del propio escrito de reclamación por el detalle con que en este se relatan todos los aspectos relacionados con la intervención propuesta por el Dr. Y y sus consecuencias.

Por su parte, el informe médico pericial firmado por un especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial, aportado por la compañía aseguradora del SMS, indica al respecto que: *“En el episodio de consulta del 3 de febrero de 2020 consta en el apartado de “Enfermedad Actual” que se le explica a la paciente los riesgos de la osteonecrosis por lo que la paciente sí ha sido convenientemente informada de la patología que sufre, el tratamiento necesario y los riesgos de no llevarlo a cabo”*

(...)

Aunque fue introducida en lista de espera para ser intervenida y si luego la paciente no quiso operarse es su responsabilidad. Sin embargo, todo esto carece de importancia ya que al declararse el estado de alarma el 14 de marzo de 2020 (recordemos que el día que se introduce en lista de espera para ser intervenida y que la paciente rechaza es el 3 de febrero de 2020) el retraso en su seguimiento obedece a una causa de fuerza mayor de la cual el equipo médico no es responsable.

Cuando Qlmente la paciente es valorada de nuevo por Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Santa Lucía, lo hace en respuesta a una interconsulta solicitada por Traumatología durante el ingreso por una fractura

pertrocantérea de fémur derecha en diciembre de 2021 (22 meses después de la negativa de la paciente a ser intervenida), no porque la paciente o sus familiares lo soliciten, o al menos así parece haber ocurrido al revisar la documentación aportada”.

Por todo ello, se concluye por este Consejo Jurídico que, más allá de la mera opinión subjetiva del reclamante carente de la menor prueba, no existen elementos de juicio en el procedimiento para concluir que se prestase una deficiente asistencia sanitaria, ni que existiera negligencia ni mala *praxis* en el manejo del episodio asistencial de la paciente, ajustándose a la *lex Artis ad hoc*.

Corolario de lo hasta aquí expuesto es que procede desestimar la reclamación, toda vez que no concurren todos los elementos a los que el ordenamiento jurídico vincula el nacimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración, en particular, el nexo causal entre la asistencia facultativa recibida y el daño alegado ni su antijuridicidad

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina en sentido favorable la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, toda vez que no se aprecia la concurrencia de nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el daño causado ni la antijuridicidad de éste.

No obstante, V.E. resolverá.