

Análisis de las reclamaciones por responsabilidad profesional derivadas de infección nosocomial

Lema o seudónimo

“Serlo y parecerlo”

Resumen

Se analizan ciento treinta y cinco reclamaciones por responsabilidad profesional por infección nosocomial, según especialidad, conclusiones de los informes periciales, lugar de ocurrencia, jurisdicción, cuantías reclamadas y concedidas, resoluciones administrativas y judiciales así como soluciones extrajudiciales.

Palabras clave: reclamación médica; praxis; infección nosocomial; responsabilidad médica; negligencia.

Abstract

One hundred and thirty-five claims of professional liability for nosocomial infection, according to specialty, conclusions of expert reports, place of occurrence, jurisdiction, amounts claimed and granted, administrative decisions, final judgements and extrajudicial solutions are analyzed.

Keywords: medical claim; praxis; nosocomial infection; medical liability; negligence.

Fecha finalización del trabajo

27 de Octubre de 2017.

Referencias bibliográficas

Guía Práctica. Organización Mundial de la salud. "Prevención de las infecciones nosocomiales".

Informes, estudios e investigación. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Perea-Pérez B.

García-Basteiro A L.

Datos obtenidos del sistema de gestión y control de “Serlo y parecerlo”.

1 Introducción

La OMS define la infección nosocomial como Una infección contraída en el hospital por un paciente internado por una razón distinta de esa infección. Una infección contraída en el hospital por un paciente internado por una razón distinta de esa infección. Una infección que se presenta en un paciente internado en un hospital o en otro establecimiento de atención de salud en quien la infección no se había manifestado ni estaba en período de incubación en el momento del internado. Comprende las infecciones contraídas en el hospital, pero manifiestas después del alta hospitalaria y también las infecciones ocupacionales del personal del establecimiento. (1).

Mucho se ha estudiado, trabajado y escrito sobre las infecciones nosocomiales, desde que el húngaro Ignác Semmelweis describiera las primeras medidas de antisepsia a mediados del siglo XIX, consiguiendo importantes reducciones de la mortalidad en las “fiebres puerperales” con un adecuado lavado de manos del personal asistencial. Acertada solución que, como muchas otras veces, resultó demasiado controvertida para muchos de sus colegas en aquella época.

En la actualidad, las infecciones nosocomiales han traspasado el entorno hospitalario. En el año 2002, Friedman et al. describen que, cuando pacientes de la comunidad, pero en contacto con el sistema sanitario, presentaban una bacteriemia, ésta tenía unos focos y una etiología muy semejante a la de los pacientes ingresados en el hospital, en contraposición a las adquiridas en la comunidad por pacientes sin contacto con el sistema sanitario. Friedman acuñó el término «infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria» que, traspasando el ámbito hospitalario, responde en mejor medida a otras formas de práctica clínica actual (cirugía ambulatoria, hospitalización a domicilio, etc.). *Las infecciones relacionadas con el sistema sanitario son las que tienen relación con prácticas asistenciales en pacientes que están hospitalizados o ambulatorios, pero en contacto con el sistema. Los principales tipos de infección relacionada con el sistema sanitario están relacionados con procedimientos invasivos y son la infección respiratoria, la quirúrgica, la urinaria y la bacteriemia de catéter vascular.* (2).

En España la prevalencia de la infección nosocomial se sitúa en el 6,68% (3). El mismo estudio da una llamativa cifra que ilustra el trabajo que aún queda por hacer por parte de los trabajadores sanitarios en este ámbito: el 56% de las infecciones nosocomiales que se producen en los hospitales españoles, son prevenibles.

Las infecciones nosocomiales suponen una destacable morbimortalidad para los pacientes, así como un extraordinario aumento del gasto sanitarios derivado de un aumento del periodo de hospitalización, pruebas diagnósticas y tratamientos.

Sin embargo, pese a los numerosos estudios económicos realizados a nivel mundial, no hemos encontrado estudios que relacionen las infecciones nosocomiales con los costes en relación con los seguros de responsabilidad civil profesional.

2 Material y métodos

En esta monografía se lleva a cabo una investigación basada en los datos proporcionados por la plataforma de gestión SGCOL propia de la entidad en cuestión.

Se lleva a cabo el análisis de 135 reclamaciones interpuestas por responsabilidad, en el periodo comprendido entre los años 2010-2016 dónde encontramos entre los motivos de reclamación la existencia de una infección nosocomial, siendo valorable la trazabilidad completa en 53 de los casos estudiados.

Todas las reclamaciones se clasifican según la especialidad a la que se reclama, la causa de reclamación y la buena o mala praxis dispensada. Ha de tenerse en cuenta que la conclusión de mal praxis, no tiene por qué suponer necesariamente que el expediente administrativo concluya con una estimación y propuesta de indemnización al paciente, pues podrán intervenir figuras legales como la prescripción, que causarían la ausencia de derecho a percibir una indemnización incluso en caso de que la asistencia dispensada sea inadecuada. Así pues, el análisis de las circunstancias legales que determinen el derecho o no de percibir una indemnización, no es objeto de este estudio.

Con respecto a las especialidades médicas, se han clasificado según la especialidad MIR con las siguientes salvedades:

- a) Se considera la “especialidad” de medicina de urgencias. Si bien pese a numerosos intentos esta especialidad no figura como tal en el sistema MIR actual, las atenciones en los Servicios de Urgencias son una fuente importante de reclamaciones, por lo que se ha considerado oportuno tener en cuenta un estudio independiente de este Servicio. En este apartado se clasificarán aquellas atenciones que hayan sido dispensadas por los médicos presentes en el Servicio de Urgencias, sin que se haya derivado a los pacientes a ninguna otra especialidad; para el caso de que se derive al paciente para valoración por otra especialidad, ésta última será considerada la especialidad reclamada, independientemente de que se trate de una valoración de urgencia o programada, salvo que la reclamación se centre en la primera.
- b) Se separan las súper-especialidades de Ginecología y Obstetricia. Dada la trascendencia de la obstetricia en los casos de reclamaciones por mala praxis profesional y la realidad actual en la que numerosos especialistas prefieren optan por no practicar la obstetricia se ha considerado deseable conocer los datos de ambas áreas por separado.

En cuanto a la conclusión del informe se hace referencia a **Normopraxis**, cuando la actuación reprochada ha sido acorde a la *lex artis*, mientras que la **Malpraxis** se considera cuando se han quebrantado los protocolos aplicables y la actuación reclamada no ha sido acorde a la *lex artis*.

Para la elaboración del estudio se han tomado como parámetros básicos el número de reclamaciones con una trazabilidad completa, los motivos de la reclamación y si ha existido o no malpraxis.

Fundamentos resolución/dictamen	Nº Reclamaciones	Malpraxis	Estimaciones
Protocolo prevención	30	5	8
Complicaciones quirúrgicas	15	1	2
Riesgo de Técnica	3	1	2
Déficit Información	2	0	1
Vacuna gripe A	1	0	0
Indeterminado	1	0	0
Producto contaminado	1	0	1
Total general	53	7	14

3 Análisis de resultados

3.1 Distribución por especialidad reclamada

La distribución por especialidades presente en nuestro estudio se muestra en la siguiente tabla:

Especialidades	Reclamaciones	Malpraxis	% R/M
Cirugía ortopédica y traumatología	40 (29,6%)	2	5,0%
Medicina interna	30 (22,22%)	4	13,3%
Aparato Digestivo ⁽¹⁾	11 (8,15%)	7	63,6%
Obstetricia	7 (5,19%)	2	28,5%
Cirugía general y del aparato digestivo	7 (5,19%)	0	-
Hematología y hemoterapia	5	2	-
Pediatría y sus áreas	4	1	-
Urología	4	0	-
Medicina intensiva	4	1	-
Cardiología	4	0	-
Cirugía cardiovascular	3	1	-
Oftalmología	3	2	-
Cirugía plástica, estética y reparadora	2	0	-
Medicina familiar y comunitaria	2	0	-
Neurocirugía	2	0	-
Ginecología	2	1	-
Neumología	2	0	-
Dermatología médico-quirúrgica y venereología	1	0	-
Nefrología	1	0	-
Oncología médica	1	1	-
Total general	135	24	17,8%

1. De los 11 casos de aparato digestivo, 6 correspondieron a brote hospitalario de *Candida Albicans* en un servicio de endoscopias, siendo todos los casos catalogados como malpraxis.

Del total de 135 casos estudiados, en el 17,8% de los casos el informe pericial consideró la actuación médica no ajustada a *lex artis*, determinando que se había incurrido en malpraxis. Si tenemos en cuenta que en nuestra experiencia, de todos los informes de praxis emitidos, en el 22,7% se concluye que ha existido infracción de la *lex artis*, en casos de infección nosocomial los casos de malpraxis son algo inferiores, es decir, se ha llegado a la conclusión de normopraxis en un 4,9% más de casos que en las reclamaciones por cualquier causa.

La cirugía ortopédica y la medicina interna son las especialidades donde se nos ha presentado un mayor número de reclamaciones fundamentadas en la infección nosocomial. Esto guarda una cierta correspondencia con las especialidades que tradicionalmente han sido objeto de mayor número de reclamaciones por cualquier causa. A este respecto, en España, el estudio de Perea (4) concluye que las especialidades más reclamadas son Ginecología y Obstetricia, Cirugía Ortopédica y Traumatología y Urgencias. El estudio de García-Basteiro (5), sobre 5.246 casos, concluye que las tres especialidades con mayor número de reclamaciones son Cirugía Ortopédica y Traumatología, Ginecología y Obstetricia y Cirugía General y del Aparato Digestivo.

En nuestro caso, podemos ver como Medicina interna y Hematología y hemoterapia están también entre las especialidades más reclamadas por infección nosocomial:

- En el caso de Medicina interna, hemos de tener en cuenta que a menudo ingresan pacientes de edad avanzada y con inmunidad comprometida, que son especialmente susceptibles de sufrir infecciones respiratorias nosocomiales.
- En el caso de Hematología y hemoterapia, los casos de contagios por transfusión de derivados hemáticos, explicarían sus reclamaciones.

Llama la atención el porcentaje de casos en los que se considera que la atención fue incorrecta en la especialidad de Aparato digestivo. A este respecto hay que destacar que se solicitó la valoración de 6 casos de reclamaciones por un brote de *Candida albicans* en una sala de endoscopias. Se considera que la asistencia fue incorrecta y ello explica el alto porcentaje de malpraxis que se obtiene en el estudio en esta especialidad.

3.2 Distribución por tipo de infección

Tipo Infección	Nº Reclamaciones	Malpraxis	% R/M
Sitio quirúrgico	51 (37,8 %)	4	7,8 %
VHC*Infección por virus de la hepatitis C	24 (17,8 %)	6	25 %
Sepsis	13 (09,6 %)	0	0,0 %
Candidiasis sistémica	10 (07,4 %)	7	70 %
Indeterminado	9	2	
Infección respiratoria	9	1	
Infección neonatal	5	1	
Fascitis necrotizante	4	1	
Infección Respiratoria	3	1	
Gripe A	2	0	
UPP *Infección de úlceras por presión	1	0	
VHB *Infección por virus de la hepatitis B	1	1	
Endocarditis	1	0	
Producto contaminado	1	0	
Punta de catéter	1	0	
Total general	135	24	17,8 %

Al igual que en el apartado anterior, sólo se calcula el porcentaje en aquellos casos en los que haya más de 10 supuestos.

Pese a que la infección del sitio quirúrgico supone el mayor número en nuestra muestra, un 37,8% del total, sólo se concluye en un 7,8% el informe concluye en la existencia de malpraxis, frente al 17,8% de media.

Cabe resaltar el caso de la sepsis donde, con un total de 12 casos, en todos ellos se concluyó que la praxis era adecuada a lex artis. Probablemente la gravedad de la sepsis, con alta mortalidad, y frecuentes graves secuelas, haga que las reclamaciones sean más habituales, aunque a la vista de los informes realizados, sean compatibles con una buena praxis.

Así mismo hemos de destacar que en los 22 casos de infección por hepatitis C, de los 6 casos considerados no acordes a lex artis, la realidad es que en 5 de

ellos los informes periciales no pudieron defender la praxis, al no poder determinarse con certeza el origen de la infección, bien fuera debido a deficiencia en los informes de medicina preventiva, bien porque la infección obedeció a casos adscritos a los de origen indeterminado.

3.3 Estudio de las resoluciones.

Los tipos de resoluciones que se han tenido en cuenta a la hora de profundizar en el estudio comparativo llevado a cabo han sido resoluciones administrativas, resoluciones judiciales y se ha tenido en consideración a su vez las resoluciones extrajudiciales, aunque el porcentaje observado es poco representativo con un 3% sobre el total.

De los 135 casos estudiados a nivel global solo se ha podido evaluar 53 casos en los que se ha obtenido algún tipo de conclusión al procedimiento.

Hay que tener en cuenta que existe una diferencia radical entre la vía administrativa y la contenciosa, siendo el cierre de la vía administrativa condición *sine qua non* para acudir a la vía contenciosa. Además hacer referencia a que los casos que llegan a la vía contenciosa han concluido en vía administrativa con una desestimación vía formal o por silencio administrativo.

Dentro de la vía administrativa nos encontramos con los siguientes datos:

Vía Administrativa	Resolución	%
Desestimatoria	18	81,82%
Estimatoria	3	13,64%
Estimatoria Parcial	1	4,55%

Por el contrario la vía Contencioso Administrativo nos traslada las siguientes conclusiones:

Vía Contenciosa	Resolución	%
Desestimatoria	13	61,90%
Estimatoria Parcial	7	33,33%
Estimatoria Total	1	4,76%

Por último el ámbito civil hace referencia a las resoluciones judiciales obtenidas e incorpora un nuevo parámetro a valorar que es la Solución Extrajudicial.

Ámbito Civil	Resolución	%
Desestimatoria	4	61,90%
Solución Extrajudicial	2	22,22%
Estimatoria Parcial	2	22,22%
Estimatoria Total	1	11,11%



4 Discusión

4.1 **Análisis de las reclamaciones**

Dada la naturaleza de nuestra muestra, no podemos extraer conclusiones en cuanto a incidencia, frecuencia y distribución de las reclamaciones sobre responsabilidad sanitaria, ya sea en el ámbito de la administración pública o en el ámbito privado. Por ello, el presente estudio se centra en el análisis de las reclamaciones en las que hemos intervenido mediante la realización de los correspondientes informes de praxis y de valoración del daño.

Consideramos que el análisis de las resoluciones administrativas en general, y las sentencias judiciales en particular, puede brindar información relevante de cara a analizar en qué medida fallamos en nuestra defensa de la actuación médica y a qué factores puede atribuirse dicho fracaso que, como veremos más adelante, en muchas ocasiones está en la calidad y la cantidad de la información que nos aportan los propios intervinientes y centros sanitarios.

4.2 **Análisis cuantitativo de las resoluciones administrativas y judiciales**

Al hilo de los conceptos analizados, conviene referenciar que el ámbito administrativo se ha desglosado en dos partes por un lado las reclamaciones patrimoniales correspondientes a la vía administrativa propiamente dicha, y por otro los supuestos en los que se ha obtenido la conclusión al planteamiento de recurso Contencioso Administrativo, es decir vía contencioso-administrativa.

Vía	Nº Reclamaciones	Estiman	Desestiman
Recurso Contencioso Administrativo	22	8 (36,3%)	14 (63,7%)
Resoluciones Administrativas	21	4 (19%)	17 (81%)
Civil	9	3	6
Penal	1	0	1
Total general	53		

De los 53 supuestos estudiados de forma pormenorizada nos encontramos que el volumen total de resoluciones que se gestionan en el seno de la

Administración Pública es superior al 80%. De estas el 41,5% son reclamaciones patrimoniales, en las que el procedimiento se agota en la vía administrativa; mientras que el 39,6%, prosiguen en la vía judicial mediante la interposición del correspondiente recurso contencioso administrativo.

En las resoluciones administrativas nos encontramos con un resultado de un 81% de desestimación frente a un 19% estimatorio. En relación a las reclamaciones cuya conclusión ha sido en vía judicial, la sentencia ha sido desestimatoria en un 63,7%, y estimatorio, incorporando tanto las estimatorias totales como parciales, en un 36,3%.

La vía civil representa un 16,98 % con un balance estimatorio entorno al 6% y desestimatorio del 8% aproximadamente. Por otro lado el ámbito penal es residual con un 1,89 %, siendo un reflejo evidente de la situación actual en el campo de la reclamación.

En cuanto al reflejo de nuestros datos estadísticos en el ámbito civil se desgaja el concepto de solución extrajudicial con un total de 22,22%, siendo el porcentaje de resoluciones desestimatorias del 44,44% y estimatorias 33,33%.

Por último, los datos que arroja el estudio en relación al ámbito penal no son evaluables debido a que el número de resoluciones objeto de consideración es poco significativo, al contrario que en otros de los ámbitos estudiados.

Mención especial merece la cuestión económica considerando que la media de las reclamaciones cuantificadas es de 88 las cuales arrojan una cuantía de 179.553,58 €. La cuantía máxima reclamada ha sido de 923.816,08 € y la mínima de 5.500,00 €. Con un porcentaje de reclamaciones equivalente al 35% que conllevan una cuantía indeterminada.

4.3 Análisis cualitativo de las resoluciones administrativas y judiciales

En este apartado centraremos la atención en las argumentaciones y aspectos más relevantes de las sentencias y resoluciones estudiadas, en lo que respecta a los cuatro tipos de infección nosocomial que por su frecuencia en nuestra serie merecen ser analizados, a saber, la hepatitis C, las infecciones respiratorias, las infecciones de sitio quirúrgico y las infecciones asociadas a procedimientos diagnósticos invasivos.

4.3.1 Infecciones por virus de la hepatitis C (VHC)

Para el estudio del nexo causal entre la actuación sanitaria y es posible contagio por el VHC han de analizarse las diferentes vías de contagio.

- La vía de contagio más frecuente en la vía parenteral. A este respecto, cobra especial importancia los informes de hematología en cuanto a la trazabilidad de los derivados hemáticos administrados y el estudio de donantes, con la finalidad cubrir no sólo la ausencia de virus en los productos suministrados al paciente sino también para descartar un posible periodo ventana, a la hora de establecer esta vía de contagio.
- La vía percutánea por punciones con objetos, sistemas de perfusión y catéteres intravenosos contaminados, a partir de otros enfermos o del personal sanitario. El contagio por actuaciones sanitarias tipo intervenciones quirúrgicas, inyecciones e infusiones intravenosas prácticamente ha desaparecido con el uso de instrumentos desechables; no obstante cobra

especial interés el estudio del personal asistencial que haya podido estar en contacto con el paciente.

- La vía transmucosa da cuenta de los contagios por actividad sexual, y el contagio excepcional por la utilización compartida de cepillos de dientes.
- Un número importante de casos no presentan un mecanismo claro de infección y representan el 20-30% de los casos de causa indeterminada.

En cualquier caso, para poder alcanzar conclusiones sólidas, se deberá disponer de información que comprenda los siguientes aspectos:

- Informes de hematología y hemoterapia, sobre la trazabilidad de los productos hemáticos suministrados al paciente, al objeto de comprobar la situación de los donantes.
- Estudio de personal asistencial para descartar situación inmunológica frente al VHC.
- Estudio de casos en el periodo de tiempo en que se produjo el supuesto contagio, para descartar un posible brote.
- El estudio de contactos familiares y antecedentes personales que excluya una infección extrahospitalaria.
- En caso positivo, estudio filogenético para identificación de cepa viral.

Como ejemplo de causa indeterminada, llama la atención la estimación (tanto judicial como pericial) de una infección por VHC, en la que se comprobó la existencia de una paciente con hepatitis por VHC reconocida que, en las mismas fechas, fue atendida en las mismas dependencias. La decisión fue reforzada por el hecho que de ambas pacientes se ha demostrado una concordancia filogenética de las cepas virales.

En general, las estimaciones producidas en el ámbito de las infecciones por VHC se resuelven con los informes pertinentes de medicina preventiva, siendo favorables en casos de informes completos que descarte la contaminación de los productos hemático administrados, realice informe de donantes, y descarte la existencia de infección en el personal u otros casos en el mismo periodo de tiempo.

4.3.2 Infecciones respiratorias neonatales o sepsis

Son más frecuentes en un entorno de UCI, aunque también pueden acontecer en otras áreas de hospitalización, constituyendo otra fuente importante de reclamación.

En este tipo de infección nosocomial, cobra nuevamente importancia el informe de medicina preventiva, que abarque los siguientes aspectos:

- Protocolos de prevención instaurados y estudios de prevalencia e incidencia.
- Informes de esterilización de materiales e instrumental.
- Cultivos de muestras tomadas en el entorno hospitalario donde aconteció la infección.
- Tipificación del germen causal.
- Estudio de casos y determinaciones en personal asistencial, en el periodo tiempo en que se produjo el caso detectado.

La consideración de caso accidental, donde se cumplen los protocolos de prevención, llevará a descartar la existencia de malpraxis; por el contrario, cualquier rotura en la cadena de prevención o la existencia de un brote, determinarán la existencia de responsabilidad.

4.3.3 Infecciones de sitio quirúrgico

La infección suele contraerse durante la propia intervención, ya sea en forma exógena (es decir, a partir del aire, el equipo médico, los cirujanos y otro personal médico), o endógena (de la flora de la piel o del sitio de la operación). El principal factor de riesgo es el grado de contaminación durante el procedimiento (limpio, limpio-contaminado, contaminado, sucio) que, en gran medida, depende de la duración de la operación y del estado general del paciente, y que marcará las pautas de profilaxis a establecer.

En el estudio de este tipo de infecciones cobra especial importancia los siguientes aspectos:

- Informe de medicina preventiva, en relación a las determinaciones ambientales, esterilización de material no desechable y resto de aspectos considerados en anteriores apartados.
- Profilaxis preoperatoria/intraoperatoria/posoperatoria en función al grado de contaminación del procedimiento.
- Preparación adecuada de la piel y el entorno
- Es sumamente importante que en las hojas de quirófano se reflejen las medidas de asepsia utilizadas, la administración de profilaxis antibiótica, así como cualquier incidente que pueda romper la cadena de asepsia.

4.3.4 Infecciones asociadas a la fascitis necronizante

Dentro de este capítulo, merece especial mención la fascitis necrotizante, capítulo que hemos tratado de forma separada en nuestro estudio de casos por su especial repercusión sobre el estado de salud del paciente, pudiendo dejar secuelas que en muchos casos cabría de considerar dramáticas, siendo difícil su defensa en el ámbito judicial, cuando este resultado dramático pretende interpretarse como un daño desproporcionado.

En este sentido conviene resaltar que desde el punto de vista médico el daño desproporcionado, o más bien el resultado desproporcionado, es un daño excepcionalmente dramático pero que tiene una explicación y una justificación médica, presentándose en situaciones donde la actuación profesional ha sido acorde a protocolos e incluso esmerada, y en modo alguno puede catalogarse de malpraxis. Ello lleva a aconsejar que, desde un punto de vista médico, se eluda hablar de daño desproporcionado, un concepto eminentemente jurídico, en el ámbito de la responsabilidad profesional.

4.3.5 Infecciones asociadas a procedimientos diagnósticos invasivos

Los endoscopios contaminados se han relacionado con brotes de infecciones nosocomiales. La trazabilidad de los procedimientos endoscópicos, fundamental para determinar la idoneidad de los procedimientos de asepsia, y

localizar dónde y en qué pacientes se ha utilizado, juega un papel fundamental en la defensa de este tipo de infecciones.

Por último, otro aspecto a considerar en cualquier análisis de la praxis en relación con las infecciones nosocomiales, y que es válido para cualquiera de los tipos de infección nosocomial descrita, es el estado del paciente, sus factores de riesgo: diabetes, inmunodepresión, toma de corticoides etc.; es decir, todos aquellos factores individuales capaces de incrementar la susceptibilidad frente a las infecciones.

No queremos dejar pasar sin hacer mención al papel desempeñado por los documentos de consentimiento informado. El riesgo de infección asociado a las técnicas quirúrgicas, en relación al tipo de cirugía entre los extremos de cirugía limpia y sucia, es fundamental para poder establecer que estamos ante un riesgo implícito a la técnica ejecutada o ante una infección nosocomial contraída por un defecto en las medidas de higiene y prevención. Insistir en la rara cumplimentación de los riesgos específicos, teniendo en cuenta todos aquellos aspectos individuales que pudieran incrementar el riesgo de infección.

5 Conclusiones

El análisis de las sentencias judiciales y resoluciones patrimoniales nos permite determinar que son muchas las ocasiones en las que la defensa de la praxis no llega a buen término debido a factores ajenos al buen hacer profesional estricto, debido a la existencia de ausencias o deficiencias en documentos de consentimiento informado, informes de medicina preventiva que no son capaces de demostrar que se han puesto en práctica todas las medidas preventivas establecidas, circunstancias todas ellas que, no sólo en instancia judicial, sino también en vía patrimonial, van a impedir determinar que la actuación es conforme a protocolos y *lex artis*.

“No solo hay que actuar adecuadamente, sino que hay que poner todos los mecanismos necesarios para demostrar y documentar nuestra correcta actuación”.

6 Bibliografía

- (1) Guía Práctica. Organización Mundial de la salud. “Prevención de las infecciones nosocomiales”. 2ª ed. Malta 2003.
- (2) Miquel Pujol, Enric Limón. Epidemiología general de las infecciones nosocomiales. Sistemas y programas de vigilancia. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2013;31:108-13
- (3) Revisión Bibliográfica sobre Trabajos de Costes de la “No Seguridad del Paciente”. Informes, estudios e investigación. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 2008.
- (4) Perea-Pérez B. et al. El médico ante los tribunales: análisis de las sentencias judiciales relacionadas con la responsabilidad profesional médica en España. *Rev Esp Med Legal*. 2013; 39(4):130-134.
- (5) García-Basteiro A L. et al. Las reclamaciones sobre responsabilidad profesional por especialidades en un escenario diferente al estadounidense. *Cartas a la Directora / Gac Sanit*. 2013; 27(1):89–93.

Datos obtenidos del sistema de gestión y control de “Serlo y parecerlo”.