



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 26 de noviembre de 2004, D. J. B. M. presenta reclamación de responsabilidad patrimonial frente al Servicio Murciano de Salud (SMS) por la defectuosa asistencia sanitaria recibida en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia, con ocasión de parto gemelar.

Según relata la interesada, a los tres meses de embarazo, conseguido después de tres intentos de fecundación in vitro y tras siete años de esterilidad, fue diagnosticada por su ginecólogo de un hematoma en la parte superior de la placenta, por lo que le indicó reposo. A las 14 semanas de embarazo tuvo que acudir al Servicio de Urgencias del Hospital por sufrir metrorragia, siendo ingresada por amenaza de aborto, descubriéndose tras un control ecográfico un importante hematoma en el polo inferior del útero.

Por mejoría, la paciente es dada de alta el 2 de agosto de 2003 con la recomendación de reposo, pero el día 14 del mismo mes ingresa de nuevo con metrorragia, diagnosticándosele un "pequeño hematoma en el polo inferior de la placenta" y volviendo a ser dada de alta cuatro días más tarde.

El 27 de octubre siguiente, con 26 semanas de gestación, vuelve a ingresar con sospecha de rotura prematura de membranas, indicándose de nuevo reposo y, una vez realizados varios controles con resultado normal, recibe el alta el 4 de noviembre, con cita para revisión el 18 de ese mismo mes.

No obstante, el día 13 de noviembre, en la semana 29 de gestación, acude de nuevo a Urgencias por rotura de placenta y amenaza de parto prematuro, quedando ingresada y en tratamiento hasta que, el día 2 de diciembre por la noche, la reclamante comienza a tener molestias abdominales y, según relata, sufre una infección que le produce una fiebre muy alta, dos hemorragias nasales y fuertes dolores vaginales, sin que la enfermera de guardia le diera importancia. Cuando se produce el cambio de turno, la nueva enfermera, ayudada por el marido de la paciente, la llevan a reconocimiento.

Ante el aumento de la temperatura, se practica una cesárea urgente, naciendo los dos gemelos, aunque el alumbrado en segundo lugar, que no había tenido ningún problema durante la gestación pues la rotura de membranas sólo había afectado al otro feto, comenzó con distress respiratorio que fue en aumento, precisando de ventilación asistida. Tras una mala evolución fallece a las pocas horas.

Tres días después de la cesárea, la reclamante es operada de urgencia, a causa de la *"infección que me provocaron los restos de placenta y de los hematomas que dejaron en mi interior tras la práctica de la cesárea"*, evolucionando favorablemente en el postoperatorio y siendo dada de alta el 23 de diciembre de 2003.

Para la reclamante, el título de imputación del daño lo constituye la falta de atención médica en un momento en que aquélla resultaba imprescindible, dadas las complicaciones que la gestación había ido presentando.

Solicita una indemnización de 150.253,03 euros

SEGUNDO.- Admitida a trámite la reclamación por resolución de la Directora Gerente del SMS

de 27 de enero de 2005, se encarga su instrucción al Servicio Jurídico del referido Ente, que procede a recabar del Hospital Virgen de la Arrixaca la historia clínica y los informes de los facultativos que atendieron a la reclamante.

TERCERO.- Con fecha 25 de abril de 2005, el Hospital remite la historia clínica de la paciente e informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología, que es del siguiente tenor:

"En los diferentes ingresos que tuvo durante la gestación, la asistencia en cuanto a control, medicación y conducta tanto diagnóstica como terapéutica fueron exhaustivos y correctos de acuerdo con los protocolos actuales de la SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia).

En concreto, durante el cuarto y último ingreso, por la rotura prematura de membranas, dado que se trataba de un embarazo gemelar pretérmino se mantuvo una conducta expectante con reposo, antibióticos, corticoides, controles clínicos, analíticos, ecográficos y de monitorización con la idea de disminuir la inmadurez fetal y la prematuridad.

Todos los controles fueron estrictamente normales hasta que presentó fiebre en el control de temperatura a última hora (23 horas) del día 2 de diciembre de 2003, indicando y realizándose la cesárea el mismo día a las 23,20 horas. En el postoperatorio presentó una suboclusión intestinal, siendo reintervenida con una segunda laparotomía.

Es importante dejar constancia de que en la necropsia del gemelo fallecido se observa una hipoplasia pulmonar y una membrana hialina e inmadurez renal, que explican la muerte del mismo, y los mismos son consecuencia de la prematuridad".

CUARTO.- Con posterioridad se solicita al Hospital la historia clínica de los dos hijos de la reclamante, así como el informe del facultativo que los atendió, remitiéndose los documentos con fecha 2 de marzo de 2006.

Un especialista del Servicio de Pediatría informa respecto a la asistencia prestada al segundo gemelo:

"1. Un gemelo con bolsa íntegra tiene riesgo infeccioso si el otro gemelar presenta rotura de bolsa, de tal manera que si bien no es lo más frecuente, puede ocurrir que el de la bolsa íntegra sufra una infección congénita y no así el de la bolsa rota.

2. En relación a la causa de muerte del segundo gemelo, basándome en el informe clínico de UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos-Neonatología) y en el informe de necropsia, me atrevo a afirmar que la causa de muerte principal fue una neumonía-sepsis congénita a E. Coli con insuficiencia respiratoria grave y shock secundario, añadido a una inmadurez pulmonar".

QUINTO.- Solicitado informe a la Inspección Médica, uno de sus inspectores realiza las siguientes consideraciones:

"La Rotura Prematura de Membranas (con la consiguiente salida de líquido amniótico) pone en comunicación la cavidad amniótica con el canal endocervical y la vagina, lo que conlleva un incremento de intervenciones obstétricas y un mayor riesgo de sepsis neonatal, prolapso de cordón o desprendimiento de placenta.

Cuando la rotura prematura de membranas tiene lugar en gestaciones de más de 35 semanas, está indicada la finalización de la gestación; pero en gestaciones de 26 a 34 semanas la alta tasa de morbilidad neonatal cuando se produce el nacimiento del feto en este período, hace aconsejable indicar un tratamiento conservador con reposo, antibióticos, corticoides, controles clínicos, analíticos, ecográficos y de monitorización, con la intención de prolongar en la medida de lo posible la duración de la gestación.

Es necesario descartar desde el principio y periódicamente la existencia de corioamnionitis, hipoxia, compresiones funiculares, desprendimiento de placenta así como posibles malformaciones fetales, para poder decidir el tratamiento más adecuado en cada caso. Para valorar la evolución del oligoamnios se realizarán controles periódicos de temperatura y pulso y

ecografía cada semana".

Respecto a la asistencia prestada a la Sra. B. M. aclara:

"se encontraba en la 29ª semana de gestación y acude al Hospital Virgen de la Arrixaca por sentir pérdidas de líquido amniótico, siendo ingresada inmediatamente para descartar una Rotura Prematura de Membranas, instaurando tratamiento médico con reposo, antibióticos, corticoides y tocolíticos (inhibidores de la dinámica uterina). A la paciente, en la planta de gestantes, se le realizaron controles periódicos de frecuencia cardíaca, temperatura y de compresas (para verificar y cuantificar la expulsión de líquido amniótico) por personal de enfermería, y por las matronas controles de frecuencia cardíaca fetal dos veces al día y varios monitores. Las ecografías informaron del crecimiento intraútero de los fetos y de la cantidad de líquido amniótico en ambas bolsas.

Conforme a los protocolos asistenciales de la SEGO, la actitud terapéutica en las gestaciones de 26 a 34 semanas debe procurar prolongar en la medida de lo posible la duración de la gestación, con tratamiento médico y controlando la dinámica uterina (monitores), el bienestar fetal (controles de frecuencia cardíaca) y la ausencia de infección (temperatura y pulso).

La paciente permaneció apirética, sin dinámica uterina y con poca expulsión de líquido amniótico hasta la tarde-noche del 2 de diciembre de 2003, que con dolores abdominales baja a dilatación y durante la monitorización se objetiva el incremento de la temperatura a 39 grados C, indicándose la cesárea urgente y la finalización de la gestación".

Por lo que respecta a las complicaciones que se evidenciaron con posterioridad y que llevaron a la reclamante a sufrir una nueva intervención de urgencia, la Inspección Médica indica:

"La necesidad de laparotomía exploradora fue por el cuadro de pseudobstrucción intestinal sufrida en el postoperatorio de la cesárea. Esta nunca fue por restos placentarios, sino por la infección de los hematomas que se produjeron y no que dejaron en su interior".

Por último, y en relación con la asistencia en la UCI-Neonatal del segundo gemelar, la Inspección Médica se remite al informe del Pediatra, para quien la infección congénita por rotura de la bolsa de su hermano parece ser la causa de la neumonía-sepsis del recién nacido, unido a la inmadurez pulmonar y al fallo multiorgánico, y no, como achaca la reclamante, la tardanza en practicar la cesárea.

SEXTO.- La compañía aseguradora del SMS aporta dictamen médico elaborado colegiadamente por cinco especialistas en Obstetricia y Ginecología.

Tras analizar las complicaciones que pueden darse en los neonatos, sobre todo prematuros, y que se presentaron en el hijo de la reclamante, consideran que:

"La gestación que nos ocupa presentaba, pues, dos factores de alto riesgo que agravaban per se su pronóstico, independientemente de la actuación médica: la rotura prematura de la bolsa y la amenaza de parto prematuro en la semana 29ª. La conducta a seguir debe valorar el riesgo de infección si se mantiene el embarazo, frente a las complicaciones derivadas de la prematuridad si no se frena el parto, y conociendo que, en gestaciones por debajo de la semana 32, prolongar el embarazo 2 ó 3 semanas significa en muchos casos pasar de un pronóstico de supervivencia del 50 al 80% y así mismo disminuir mucho la probabilidad de secuelas.

La actuación de los facultativos del Servicio de Obstetricia del Hospital Virgen de la Arrixaca fue absolutamente correcta, ajustándose al protocolo de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia en el manejo de la bolsa rota pretérmino, a fin de alcanzar, al menos, las 31 semanas cumplidas. Se pautó tratamiento antibiótico intravenoso para prevenir la infección; se maduró el pulmón de los fetos con corticoides y se administraron betamiméticos para frenar la dinámica uterina.

De las hojas de evolución médica y de control de enfermería se deduce que la vigilancia fue

exhaustiva. Se controlaban constantes maternas y se valoraba por turno la pérdida de líquido amniótico. Cada vez que la paciente refería aumento de la sensación de dinámica era trasladada para realizar registro cardiotocográfico y ajustar la medicación. Gracias a esa vigilancia pudo ser detectado el riesgo de corioamnionitis en el momento en que se produjo. El día anterior la paciente había estado apirética aunque hubo que aumentar la perfusión de Prepar por sensación de dinámica. En la tarde-noche del 02/12/2003, la paciente refiere dolor en el bajo vientre, que podía ser interpretado como un aumento de las contracciones, por lo que es trasladada a Dilatación. Allí, al constatar una temperatura de 39 grados C se indica la cesárea urgente.

Ambos gemelos recibieron la misma dosis de antibiótico en las dos semanas que se mantuvo el embarazo tras la rotura de bolsa; a ambos se les maduró el pulmón con corticoides... Sin embargo, su evolución al nacimiento fue muy distinta: mientras que el primero precisó sólo oxigenoterapia con gafas y progresó adecuadamente en su estancia en la UCI neonatal, el segundo, que teóricamente estaba más protegido pues tenía la bolsa íntegra, desde el nacimiento presentó un distress severo que requirió intubación y falleció a las pocas horas de vida por una sepsis neonatal de inicio muy precoz.

(...) En resumen, aunque se adoptaron todas las medidas profilácticas, no fue posible evitar la infección del segundo gemelo, posiblemente vía hematógena pues su bolsa estaba íntegra, lo que unido a su inmadurez pulmonar, por la prematuridad y no sabemos si por alguna malformación añadida, provocaron el óbito".

Sobre la cesárea y las ulteriores complicaciones se informa lo siguiente:

"Tampoco la complicación surgida tras la cesárea se debió a una mala praxis médica. Está comprobado que las cesáreas en los embarazos pretérmino presentan un alto índice de complicaciones por dos factores que estuvieron presentes en el caso que nos ocupa: la urgencia con la que se llevó a cabo y la existencia de un proceso infeccioso activo.

Aunque en el TAC realizado se sospechaba una posible perforación intestinal, y por ello fue reintervenida con urgencia, la laparotomía permitió comprobar la indemnidad de las asas, y por lo tanto el cuadro de paresia intestinal que presentó la paciente era un íleo paralítico reactivo a la cirugía.

Se procedió al lavado de la cavidad y apendicectomía profiláctica. Sólo existían unos hematomas con aspecto de infección, de los que se tomaron cultivos. Estos hematomas se producen durante el acto quirúrgico por el sangrado de los tejidos y hemostasia fisiológica, no son debidos a "que se los dejaron en la cesárea", como se dice en la reclamación, ni tampoco existían restos de placenta.

No existió pues una mala actuación en la práctica de la cesárea, sino que la complicación era inherente al propio acto quirúrgico realizado en unas condiciones que incrementaban el riesgo de complicaciones".

Las conclusiones del informe pueden sintetizarse en la última de ellas, que es del siguiente tenor: "la actuación de todos los intervinientes en el embarazo, parto y puerperio de D. J. B. M. fue conforme a la lex artis ad hoc no existiendo indicios de mala praxis ni de mal funcionamiento de las instituciones públicas".

SÉPTIMO.- Conferido trámite de audiencia, un representante de la reclamante obtiene vista del expediente sin que hasta la fecha haya presentado escrito de alegaciones.

OCTAVO.- Con fecha 12 de abril de 2007, se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, al no concurrir los requisitos necesarios para la declaración de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, pues no se ha acreditado el nexo de causalidad entre los daños sufridos y la actuación de los servicios sanitarios.

En tal estado de tramitación y una vez incorporados los preceptivos extracto de secretaría e

índice de documentos, se remitió el expediente en solicitud de Dictamen, mediante escrito recibido en el Consejo Jurídico el pasado 30 de abril de 2007.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, al versar sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia (LCJ), en relación con el 12 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RRP).

SEGUNDA.- Legitimación, plazo para reclamar y procedimiento.

La reclamación fue interpuesta por la propia paciente, es decir por quien sufrió el daño (*daños morales y psicológicos*, según la interesada) imputado al funcionamiento del servicio público, lo que le otorga legitimación activa para reclamar, en virtud del artículo 139.1 en relación con el 31, ambos de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC).

En cuanto a la legitimación pasiva de la Administración regional, no existen dudas acerca de la titularidad pública del centro sanitario en el que se produjo la atención urgente a la que se imputa el daño.

La reclamación fue interpuesta dentro del plazo de un año que el artículo 142.5 LPAC establece para la prescripción del derecho a reclamar.

El procedimiento ha seguido, en líneas generales, el establecido para la tramitación de este tipo de reclamaciones por la LPAC y el RRP, con la excepción del plazo máximo para dictar y notificar la resolución, que ya ha excedido en mucho el de seis meses establecido por el artículo 13 RRP.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.

La responsabilidad patrimonial por la actuación en el campo sanitario está sometida a los principios de la responsabilidad de la Administración que rigen en nuestro Derecho, derivada del artículo 106.2 CE: "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, que particulariza en su artículo 10 los derechos de los usuarios respecto a las distintas Administraciones Públicas, y la Ley 41/2002, de 19 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración, de naturaleza objetiva, han sido desarrollados por la LPAC, en particular por sus artículos 139 y 141, pudiéndose concretar en los siguientes:

- 1) El primero de los elementos es la lesión patrimonial, entendida como daño ilegítimo o antijurídico, y esta antijuridicidad o ilicitud sólo se produce cuando el afectado no hubiera tenido la obligación de soportar el daño.
- 2) La lesión ha de ser real y efectiva, nunca potencial o futura, evaluable económicamente e individualizada en relación a una persona o grupo de personas.

3) El vínculo entre la lesión y el agente que la produce, es decir, entre el acto dañoso y la Administración.

4) Por último, también habrá de tenerse en cuenta que no concurra fuerza mayor u otra causa de exclusión de la responsabilidad.

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 debe esperar de los poderes 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, atribuyéndole, por tanto, y cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico, que puede condensarse en los siguientes deberes (STS, Sala 1ª, de 25 de abril de 1994): 1) Utilizar cuantos remedios conozca la ciencia médica y estén a disposición del médico en el lugar en que se produce el tratamiento, de manera que la actuación de aquél se desarrolle 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 e intervención médica y las circunstancias en que la misma se desarrolle; 2) informar al paciente o, en su caso, a los familiares del mismo, siempre que ello resulte posible, del diagnóstico de la enfermedad o lesión que padece, del pronóstico que de su tratamiento pueda esperarse y de los riesgos potenciales del mismo (artículo 9 y 10 de la Ley General de Sanidad, y 4 y 10 de la Ley 41/2002); 3) continuar con el tratamiento del enfermo hasta el momento en que éste puede ser dado de alta, advirtiéndole al mismo de los riesgos que el abandono de aquél le puede comportar.

Veamos los principios expuestos, aplicados al presente expediente de responsabilidad patrimonial.

CUARTA.- Actuaciones anómalas que se imputan al funcionamiento de los servicios sanitarios públicos.

1. Alegaciones de la reclamante.

Para ésta la causa del daño se encuentra en la deficiente actuación del personal sanitario, que no supo detectar la urgencia del caso, demorando la práctica de la cesárea. Ese retraso fue fatal para uno de los gemelos, que fallece a las pocas horas del alumbramiento.

Del mismo modo, parece considerar que no se practicó adecuadamente la intervención quirúrgica, toda vez que quedaron en el interior de su cuerpo hematomas que se infectaron, obligándola a someterse a una nueva operación.

2. La "*lex artis*" y su prueba.

La determinación de si la referida imputación genera el derecho de la interesada a ser indemnizada por los daños sufridos aparece íntimamente ligada al concepto de "*lex artis*". Ésta actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa cuando del ámbito sanitario se trata, como tiene declarado el Tribunal Supremo en numerosas resoluciones. Por todas, la STS, Sala 3ª, de 22 de diciembre de 2001, afirma: *"ciertamente que en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido, ya que, cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si, a pesar de ello, causó el daño o más bien éste obedece a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente"*.

Asimismo, la obligación de medios que incumbe a la Administración no supone que en todo momento y bajo cualquier circunstancia se hayan de agotar todas las posibilidades y técnicas

diagnósticas y terapéuticas, hasta las más avanzadas y complejas, sino que esta exigencia también aparece limitada por la "lex artis", que se revela así como estándar de comportamiento profesional medio o normal exigible en un determinado supuesto. Es decir, la *lex artis* es un criterio de normalidad de carácter relativo que se aplica "ad hoc", en relación siempre a un caso concreto, y que exigirá valorar la prestación sanitaria en atención a las circunstancias en que se desarrolla, sin poder exigir en todos los casos que el criterio de la *lex artis* venga definido por la avanzadilla del progreso de la ciencia médica o por el agotamiento de todos los recursos conocidos por la medicina. El Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala 1ª, de 24 de mayo de 1999, entiende que *"los criterios médicos a desarrollar se ceñirán a los que se estiman correctos para una actuación concreta, siempre en base a la libertad clínica y a la prudencia (...) supone tomar en consideración el caso concreto en el que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla, así como las incidencias inseparables a una actuación profesional normal, teniendo en cuenta las especiales características del realizador del acto médico, de la profesión, de la complejidad del caso, de la trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos (estado e intervención del enfermo) o exógenos (incidencia de sus familiares o de la misma organización sanitaria), para calificar el acto como conforme o no a la técnica media normal requerida"*.

En definitiva, sólo en el caso de que se produzca una infracción de la *lex artis* responde la Administración de los daños causados, 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 la paciente. Por lo tanto, analizar la praxis médica durante la atención pre, post y perioperatoria permite delimitar si se trata de un supuesto que da lugar a responsabilidad, no sólo porque exista lesión sino porque se produce una infracción del citado criterio de normalidad de los profesionales médicos; prescindir de tal criterio, como pretende la reclamante, conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad, que podría declararse en todos los supuestos de intervenciones quirúrgicas en centros sanitarios públicos, que no pudieran evitar la muerte de un paciente, o existiera una lesión derivada de una complicación de una intervención quirúrgica realizada conforme a la *lex artis*.

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 (LEC)-, el principal apoyo probatorio de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ha de ser, para el reclamante, 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-. Para la Administración, la valoración de la asistencia prestada será ofrecida, además de por los médicos intervinientes, cuyo informe resulta preceptivo de conformidad con el artículo 10.1 RRP, por el de la Inspección Médica, que, en su cualidad de órgano administrativo, se encuentra obligado a efectuar un análisis objetivo e imparcial de las actuaciones efectuadas por los facultativos de la Sanidad Pública, lo que le otorga un especial valor a efectos de prueba.

3. Examen de la concreta actuación sanitaria que se denuncia.

a) De conformidad con el expediente, queda acreditado que la paciente acude al Hospital durante la 29ª semana de gestación, al sentir pérdidas de líquido amniótico. Es ingresada

inmediatamente ante la sospecha de rotura prematura de membranas, pautándose tratamiento con antibióticos, corticoides y tocolíticos.

Durante el ingreso se le realizan controles periódicos de frecuencia cardiaca, temperatura, compresas (para verificar y cuantificar la expulsión de líquido amniótico), controles de frecuencia cardiaca fetal y monitores. Las ecografías muestran el crecimiento intraútero de los dos fetos y del líquido amniótico en ambas bolsas.

La paciente se encuentra apirética, sin dinámica uterina y poca expulsión de líquido amniótico hasta la tarde del 2 de diciembre de 2003, en que comienza a sentir dolores abdominales, siendo conducida a dilatación. Durante la monitorización se objetiva una temperatura de 39 grados centígrados, indicándose la cesárea urgente y la finalización de la gestación, lo que se lleva a efecto esa misma noche.

Tanto la Inspección Médica como los peritos de la aseguradora del SMS coinciden en que la actuación de los profesionales sanitarios en el período pre y perinatal fue ajustada a normopraxis. En este sentido, estando la paciente en la semana 29ª de gestación, y considerando la alta tasa de morbilidad neonatal cuando se produce el nacimiento en el período comprendido entre las semanas 26 a 34 de gestación, resulta indicado instaurar un tratamiento conservador con reposo, antibióticos, corticoides, controles clínicos, analíticos, ecográficos y de monitorización, con la intención de prolongar lo más posible la gestación e intentar llegar a la semana 31 cumplida.

Así lo establece el protocolo de actuación de la SEGO ante la rotura prematura de membranas, y así se hizo en el supuesto sometido a consulta, toda vez que se instauró tratamiento antibiótico intravenoso para prevenir la infección, se maduró el pulmón de los fetos con corticoides y se administraron betamiméticos para frenar la dinámica uterina. Por otra parte, la vigilancia realizada por enfermeras y matronas resultó exhaustiva y plenamente adecuada al referido protocolo, lo que permitió detectar el riesgo de corioamnionitis en el momento en que se produjo. Al constatar la elevación de la temperatura se pone término a la gestación de manera inmediata mediante cesárea.

b) La muerte del segundo gemelo no ha quedado acreditado que pueda vincularse causalmente al retraso en practicar la cesárea. Antes al contrario, el informe del Servicio de Pediatría del Hospital Virgen de la Arrixaca indica como causa principal de la muerte una sepsis congénita con insuficiencia respiratoria grave y shock secundario, añadido a una inmadurez pulmonar.

En el informe de UCI Neonatal constan en el apartado de juicio diagnóstico los de prematuridad; EMH (enfermedad de la membrana hialina, considerada la segunda causa de la mortalidad neonatal y que determina un síndrome de distress respiratorio); neumonía-sepsis a E. Coli; hipertensión pulmonar severa y shock endotóxico e hipoxémico refractario. Ninguna de tales patologías han podido ser vinculadas por la reclamante a la atención médica recibida durante el período pre o perinatal, sin que haya formulado imputación alguna relativa a la asistencia prestada al neonato en la UCI.

La Inspección Médica, por su parte, niega que la tardanza en practicar la cesárea sea la causa de la muerte del pequeño, situándola por el contrario en las complicaciones infecciosas, unidas a la prematuridad e inmadurez de aquél.

c) La intervención quirúrgica a que fue sometida la reclamante tres días después de la cesárea no se debe a la existencia de restos placentarios o a hematomas preexistentes que se dejaron en su interior, tal como alega la paciente, sino que responden a complicaciones propias (íleo paralítico y hematomas producidos durante la intervención) de una cesárea realizada en condiciones que incrementaban su riesgo, tales como el hecho de tratarse de un embarazo pretérmino, la urgencia con que se llevó a efecto y la existencia de un proceso infeccioso

activo.

En cualquier caso, tanto la Inspección como los peritos de la aseguradora del SMS coinciden en afirmar la adecuación a normopraxis de la cesárea realizada.

Frente al juicio técnico contenido en los referidos informes la reclamante guarda silencio, pues no sólo omite proponer una prueba pericial que pudiera desvirtuarlo, sino que deja transcurrir el plazo concedido para formular alegaciones durante el trámite de audiencia, sin hacer uso del mismo. La única prueba propuesta por la interesada consiste en que se traiga al procedimiento la historia clínica de la paciente y de sus hijos, resultando insuficiente su mera contemplación por ojos profanos en la ciencia médica para desvirtuar las consideraciones y conclusiones técnicas a que llegan los facultativos informantes en el procedimiento.

Procede concluir que, correspondiendo a los interesados la carga de la prueba, según la distribución que de ella hace la LEC (artículo 217), y no habiendo logrado probar a través de la aportación de los medios adecuados la existencia de una omisión del tratamiento exigido por la ciencia médica, no cabe entender acreditados ni la existencia de nexo causal entre el fallecimiento del recién nacido y los consecuentes daños morales y psicológicos alegados por la reclamante, y el funcionamiento del servicio sanitario público, ni el carácter antijurídico de dicho daño que, en la medida en que no se ha podido vincular su generación a la asistencia sanitaria, ha de entenderse ligado a la natural evolución de la situación y patologías presentes en los pacientes, procediendo en consecuencia confirmar la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial.

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se informa favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, toda vez que no han quedado acreditados en el expediente la concurrencia de los requisitos generadores de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, singularmente el nexo causal entre el daño alegado y el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios ni su antijuridicidad.

No obstante, V.E. resolverá.