



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen **48/2011**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 9 de marzo de 2011, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Ilmo. Sr. Secretario General de la Consejería de Sanidad y Consumo (por delegación de la Excm. Sra. Consejera), mediante oficio registrado el día 16 de julio de 2010, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, y, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. 169/10), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- El 10 de agosto de 2006, x, y. presentan reclamación de responsabilidad patrimonial ante el Servicio Murciano de Salud por el fallecimiento de su hijo x.

Los hechos son descritos por los reclamantes del siguiente modo:

La x. ingresó el 2 de septiembre de 2005 en el Hospital Naval de Cartagena con síntomas de parto, rompiendo aguas a las 9 horas, permaneciendo en esa situación hasta las 16 horas del mismo día, practicándole una cesárea y dando a luz a su hijo.

El embarazo se desarrolló con normalidad y su hijo nació sin complicación alguna, con peso adecuado y apgar 9/10, esto es, el niño se encontraba bien. De igual forma, la madre en el momento del parto no presentaba infección alguna y las circunstancias del parto fueron normales. Pasados seis días del nacimiento, el niño presenta estado febril y dos días después lo trasladan al Hospital Virgen de la Arrixaca, donde fallece a las 24 horas de su ingreso, diagnosticándose sepsis neonatal por E. Coli (Escherichia Coli).

De todo lo anterior deducen que si bien la sepsis neonatal es una de las causas de mortalidad de los recién nacidos, actualmente con un diagnóstico precoz se puede evitar, toda vez que los informes que aportan no especifican si la sepsis fue por contagio materno o contraída en el centro hospitalario.

Por otro lado, señalan que el nacimiento del menor fue por cesárea lo que hace sospechar que la vía de contagio fueron los servicios neonatales, incluido el quirófano, toda vez que fue atendido tarde, teniendo en cuenta que durante los 6 primeros días no fue apenas visitado por el pediatra, pues según los facultativos tenía buen aspecto externo.

Los reclamantes consideran que el fallecimiento del menor fue consecuencia de la actividad de la Administración, ya que el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial no excluye los supuestos de caso fortuito; por todo ello solicitan una indemnización de 88.562,94 euros, en concepto de daños morales.

Por último, proponen prueba documental, así como designan como su representante a la letrada x, quien suscribe también el escrito de reclamación en prueba de su aceptación.

SEGUNDO.- El 10 de noviembre de 2006, el Director Gerente del Servicio Murciano de Salud dictó Resolución de admisión a trámite, que fue notificada a las partes.

Al mismo tiempo se solicitó copia de la historia clínica de la madre y del menor a los Hospitales Santa María del Rosell de Cartagena y Virgen de la Arrixaca de Murcia.

TERCERO.- Desde el Hospital Santa María del Rosell se remitió copia de la historia clínica de la x, así como informe del Jefe de Sección de la Unidad de Neonatos, Dr. x, según el cual:

"(...)

3. Ante un RN de cesárea el Pediatra de guardia acudió a Quirófano y atendió con un reconocimiento habitual de dicho RN. Además realizó valoración según protocolo existente de

nuestro servicio de los factores de riesgo que concurrían en el caso

- a. *Streptococo B (+) en cultivo materno.*
- b. *Líquido levemente teñido.*
- c. *Febrícula materna.*
- d. *Profilaxis completa antibiótica materna.*

Se solicitó analítica de seguimiento secuencial en Planta de Maternidad informadas a las 10:26 y 19:40 del día 03-09-06. Encontrándose dentro de la normalidad (PCR y hemograma).

4. El día 09-09-06, sexto día de vida del RN que permanecía en Maternidad, es ingresado por el Pediatra de Guardia, que es el mismo facultativo que le atendió en su nacimiento. El motivo del ingreso es pico febril por lo que es valorado e ingresado en neonatos a las 00:15 de dicho día procediéndose a valoración clínica referida en su historial, nuevas analíticas así como cultivos de orina y de sangre e inicio de tratamiento y antibioterapia doble intravenosa según protocolo, ante la posibilidad de desarrollo de una sepsis neonatal.

5. Ese mismo día 09-09-06, es valorado clínicamente en la unidad de neonatos a las 9:15 en la visita médica que se hace habitualmente a dicha hora por lo que se completan estudios analíticos, se realiza punción lumbar, gram y cultivo de líquido cefalorraquídeo manteniendo los mismos criterios de tratamiento protocolizado en nuestra unidad ante sospecha de sepsis.

6. En la tarde del día 09-09-06 no existen incidencias reseñables evolutivas.

7. La mañana del día 10-09-06 se realizan nuevas valoraciones clínicas referidas en la historia, se valora la analítica llegada destacando el resultado de la punción lumbar como normal, quedando pendiente de su evolución clínica y resultado de hemocultivo.

8. A última hora de la mañana del 10-09-06 (14:30) se hace una nueva valoración médica en razón del mal color y la palidez que presentaba en esa hora, al coincidir con el cambio de turno de guardia médica se recomienda al relevo realización de nueva analítica y

aptitud terapéutica a seguir según dicha valoración.

9. Dicha analítica aparece gravemente alterada y se evidencia posteriormente signos de sangrado permanente por lo que se procede a su estabilización y ante la evolución desfavorable del proceso séptico con presencia de CID se procede a su traslado por el pediatra de guardia.

10. Consideraciones finales. Posteriormente el resultado del hemocultivo evidenció E. Coli, germen sensible in vitro a los antibióticos que estaba recibiendo. Dicho germen no tiene nada que ver con el Estreptococo (SGB positivo), que tenía la madre en el cultivo vaginal previo al parto y que había sido tratada correctamente, además de nacer por cesárea con lo que disminuye el riesgo claramente.

11. Puede coincidir la evolución del proceso como una evolución desfavorable de sepsis precoz cuyo origen no podríamos precisar con seguridad, no existen manipulaciones, ni maniobras invasivas, existe un proceso febril infeccioso en la madre al parecer de localización amigdalar. No se encontró localización en orina ni tampoco meningitis que pueden estar presentes en las sepsis neonatales de evolución desfavorable".

CUARTO.- Por el Hospital Virgen de la Arrixaca se remite copia del historial del recién nacido x, e informe del Dr. x, Jefe de Sección de Neonatología, según el cual:

"Que el recién nacido de 8 días de vida x, ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales procedente del Hospital Naval del Mediterráneo de Cartagena el día 10 de septiembre de 2005. Según refiere la historia clínica del hospital de procedencia el cuadro había iniciado 2 días antes con fiebre y deterioro del estado general. Se había iniciado de forma inmediata tratamiento antibiótico de amplio espectro de Upo empírico como se realiza en estos casos y apoyo terapéutico a complicaciones típicas de la sepsis neonatal (plasma fresco) que había recibido durante el traslado.

A su llegada a nuestro hospital se etiqueta de cuadro séptico complicado por coagulopatía secundaria, al igual que la sospecha diagnóstica del hospital de origen. Inicialmente el estado del niño es grave aunque moderadamente estable pero posteriormente sufre un deterioro severo de su estado general llegándose a situación de shock refractario y parada cardiorrespiratoria sin responder a las medidas terapéuticas y maniobras de reanimación especiales, falleciendo a las 14 horas de su ingreso. La analítica practicada junto a la exploración clínica es sugestiva de tratarse de una sepsis complicada con coagulación

intravascular diseminada y fallo multiorgánico. Se recibe informe del Hospital Naval que en el hemocultivo realizado al inicio del cuadro se aísla Escherichia Coli".

QUINTO.- Por el órgano instructor, a requerimiento de los reclamantes, se solicita del Director Gerente del Hospital Naval informe sobre los motivos de cierre de los quirófanos del paritorio de septiembre a octubre de 2005, informándose al respecto que durante ese periodo de tiempo no hubo cierre alguno (folio 173).

SEXTO.- Por la Compañía de Seguros x. se remite dictamen médico colegiado de 21 de noviembre de 2009, que concluye:

" 1. *El niño Jesús Gallego debutó a los 6 días una Sepsis Neonatal a E. Coli con shock séptico y coagulación intravascular diseminada.*

2. *Existen en la Historia de x. datos de gran peso que la incluyen la sepsis a E. Coli que presentó dentro del grupo de transmisión vertical: Edad de inicio, tipo de germen (E. Coli), presencia de factores de riesgos asociados a transmisión vertical (rotura prematura de membranas, fiebre intraparto,). Encontrándose, por otro lado, una ausencia de factores de riesgo previos al inicio de la sepsis, asociados a infección nosocomial: No ingreso en UCI, no ventilación mecánica, no procedimientos invasivos, no nutrición parenteral, no cirugía, no datos epidemiológicos de brotes...*

3. *Consideramos que no existió retraso en el diagnóstico del menor ya que fue en el mismo momento que aparecieron los primeros síntomas, signos y/o síntomas de posible infección (pico fiebre) fue ingresado en neonatología para su estudio.*

4. *Tras su ingreso el niño fue correctamente diagnosticado y tratado de acuerdo con los protocolos más actualizados. El fallecimiento del menor fue consecuencia exclusiva de la gran agresividad de su patología: Sepsis a E. Coli que cursó con shock séptico y coagulación intravascular Diseminada que originó una hemorragia pulmonar masiva y fallo multiorgánico que le ocasionó el éxodo a las 60 horas de iniciado el cuadro, a pesar de estar con el tratamiento correcto.*

5. *Después del análisis del expediente consideramos que la actitud de los médicos que atendieron al niño se ajusta a lex artis ad hoc, y fueron dando respuesta conforme a protocolo a*

"todos los problemas que el menor fue presentando en el curso de su enfermedad".

SÉPTIMO.- El 25 de febrero de 2010 emite informe la Inspección Médica, que establece las siguientes conclusiones:

"- Embarazo a término con fiebre intraparto, cultivo positivo para SBG y líquido amniótico teñido. El recién nacido presentó a los seis días de vida proceso febril que obligó a su ingreso en neonatos, con mala evolución y necesidad de posterior traslado a UCI neonatal (HUVA) donde finalmente falleció.

- Se procedió, cumpliendo las recomendaciones actuales, a la administración a la madre de profilaxis antibiótica intraparto y a la indicación de finalizar el parto mediante cesárea por riesgo infeccioso.

- El recién nacido fue valorado de forma inmediata por el pediatra en el paritorio sin que se objetivara patología alguna. A las 12 horas, dados los antecedentes del parto, se le realizó analítica en busca de datos sugestivos de infección sin encontrar anomalías. Durante su estancia en maternidad junto a su madre se le realizaron los controles habituales para un recién nacido.

- Cuando se detectan los primeros síntomas de proceso infeccioso se traslada a neonatología. La asistencia prestada en este servicio es correcta procediéndose a técnicas diagnósticas (analítica y toma de cultivos) e inicio de antibioticoterapia empírica ajustada a los protocolos. Ante la mala respuesta con coagulopatía y necesidad de intubación oro traqueal y ventilación mecánica se decide su traslado al HUVA para ingreso en UCI de neonatología.

- Respecto al origen de la infección destacar que todo apunta a una sepsis de transmisión vertical: factores de riesgo obstétrico (fiebre intraparto, líquido amniótico teñido, cultivo + para SBG), aparición precoz al sexto día del nacimiento, germen colonizador del tracto vaginal y frecuentemente implicado en las sepsis neonatales de transmisión vertical y, por último, ingreso en neonatología y realización de procedimientos invasivos (catéteres sondas...) relacionados con el desarrollo de sepsis nosocomiales cuando el paciente ya presentaba el cuadro séptico".

OCTAVO.- Otorgado un trámite de audiencia a las partes, los reclamantes (folio 206)

solicitaron una suspensión del plazo para formular alegaciones, siendo concedida una ampliación de 5 días, a contar desde el día siguiente a la recepción de la notificación.

Fuera de plazo otorgado para ello, los reclamantes presentan alegaciones, en las que se oponen tanto al dictamen médico colegiado aportado por la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud, como al evacuado por la Inspección Médica, señalando que este último informe incurre en un error al indicar que la rotura de membranas fue a las 9.20 horas del día 2 de septiembre de 2005, cuando en el folio 9 se indica que la rotura fue a las 7 horas. También destaca que entre la rotura de membranas y la cesárea de la madre transcurrieron 12 horas, cuando desde el comienzo se conocía el riesgo de infección.

Finalmente, reiteran que la intervención a la madre fue tardía y que no se efectuó al recién nacido un seguimiento más exhaustivo.

NOVENO.- La propuesta de resolución, de 22 de junio de 2010, desestima la reclamación presentada, al considerar que la actuación sanitaria prestada fue conforme a la *lex artis*, por lo que se excluye la antijuridicidad del daño y, por tanto, la responsabilidad de la Administración sanitaria, ya que el origen de la sepsis fue de transmisión vertical y la asistencia prestada tras el diagnóstico fue en todo momento correcta y ajustada a protocolos, debiéndose el fallecimiento a la mala evolución, no pudiendo en ningún caso hablarse de infección nosocomial.

DÉCIMO.- Con fecha 16 de julio de 2010 se ha recabado el Dictamen preceptivo del Consejo Jurídico, acompañando el expediente administrativo.

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 y procedimiento.

1. La reclamación fue interpuesta por los padres, quienes sufren la pérdida del niño, lo que les confiere 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).

2. La legitimación pasiva corresponde a la Administración regional, como titular actual del servicio público a cuyo defectuoso funcionamiento se imputa el daño alegado.

3. La reclamación fue interpuesta dentro del plazo de un año que el artículo 142.5 LPAC establece para la prescripción del derecho a reclamar, toda vez que el fallecimiento del menor se produce el 11 de septiembre de 2005 y la reclamación fue presentada el 10 de agosto de 2006.

4. 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 ha excedido en mucho el de seis meses establecido por el artículo 13 RRP, destacadamente por el retraso de la Inspección Médica en la emisión de su informe, lo que casa mal con los principios de eficacia, agilidad y celeridad que han de inspirar la actuación administrativa.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.

La responsabilidad patrimonial exigida 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.

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración, de naturaleza objetiva, son recogidos por los artículos 139 y siguientes de la LPAC y desarrollados por abundante jurisprudencia:

1. La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupos de personas.
2. Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando el nexo causal.
3. Ausencia de fuerza mayor.
4. Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos no es una prestación de resultado sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los posibles para la curación del paciente, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico.

La actuación del sanitario ha de llevarse a cabo 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 (Dictámenes números 49/01 y 97/03 del Consejo Jurídico). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión, sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo para determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente (por todas, STS, Sala 3^a, de 14 de octubre de 2002).

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

sanitarios públicos e inexistencia de responsabilidad patrimonial en el presente caso.

Según los reclamantes, el fallecimiento del recién nacido es consecuencia de la actividad de la Administración sanitaria, concurriendo la necesaria relación de causalidad en atención a las siguientes pruebas:

1. Ausencia durante el embarazo de infección alguna, desarrollándose éste con normalidad, lo que descarta el contagio a través de la madre, atribuyéndolo al centro hospitalario.
2. El parto no presentó complicación alguna, naciendo un niño con peso adecuado y respiración espontánea, que arrojó un test de Apgar de resultados normales.
3. Durante los 6 días posteriores, el recién nacido no recibió atención pediátrica y hasta pasados los días 7 y 8 no se decidió su traslado al Hospital Virgen de la Arrixaca, teniendo conocimiento de la patología grave de su estado.

Posteriormente, los reclamantes amplían sus imputaciones en el escrito de alegaciones, atribuyendo también a la Administración sanitaria la demora en practicar la cesárea, cuando se conocía el riesgo de infección.

Por el contrario, la propuesta de resolución desestimatoria se sustenta en que el origen de la sepsis fue de transmisión vertical y la asistencia prestada fue en todo momento ajustada a los protocolos, debiéndose el fallecimiento a la mala evolución, no pudiendo hablarse, en ningún momento, de infección nosocomial.

En cuanto a los medios probatorios, las imputaciones de los reclamantes, a los que incumbe la carga de la prueba (artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil), se encuentran huérfanas de criterios que las sustenten, pues, como ha destacado este Consejo Jurídico en anteriores Dictámenes (por todos el núm. 2/2010), 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.

En cuanto a la Administración, la valoración de la asistencia prestada ha sido ofrecida, además de por los Servicios intervintentes, cuyo informe resulta preceptivo de conformidad con

el artículo 10.1 RRP, por el de la Inspección Médica, que, en su calidad de órgano administrativo, se encuentra obligado a efectuar un análisis especialmente objetivo e imparcial de las actuaciones realizadas por los facultativos de la Sanidad Pública, lo que le otorga un singular valor a efectos de prueba.

Veamos, pues, las distintas imputaciones de los reclamantes, y si han quedado acreditadas en el procedimiento, advirtiéndose ya de inicio la conformidad de este Órgano Consultivo con la propuesta elevada:

1. Sobre el origen de la infección del menor (sepsis neonatal por E. Coli).

Conviene partir de la premisa que la mera constancia de una infección en el contexto hospitalario no es título de imputación suficiente de responsabilidad. Ello conllevaría una radical objetivación de la responsabilidad, contraria a aquella doctrina jurisprudencial que propugna que "...frente al principio de responsabilidad objetiva que convertiría a la Administración sanitaria en aseguradora del resultado positivo y curativo de todas la dolencias, ha de recordarse el criterio que sostiene este Tribunal de que la responsabilidad de la Administración sanitaria es la lógica consecuencia que caracteriza al servicio público sanitario como prestador de medios, pero no garantizador de resultado, en el sentido de que es exigible de la Administración sanitaria la aportación de todos los medios que la ciencia en el momento actual pone a disposición de la medicina para la prestación de un servicio adecuado a los estándares habituales, pero en modo alguno puede determinar la existencia de una responsabilidad una actuación médica que se haya acomodado a la *lex artis*, es decir, al estado de la ciencia existente en aquel momento, puesto que no cabe entender que el principio de responsabilidad objetiva instaurado en el artículo 139 y siguientes de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común conduce a la consecuencia que parece estimar la recurrente de hacer responsable a la Administración de cualquier circunstancia afectante al paciente con independencia de una correcta actuación y prestación de los servicios sanitarios médicos, pues apreciarlo así convertiría a la Administración en una aseguradora universal de cualquier daño" (Sentencia del Tribunal Supremo de 20 de junio de 2007, entre otras).

En relación con la responsabilidad patrimonial por infecciones hospitalarias, este Consejo Jurídico ha señalado que el carácter evitable o no de la infección aparece relacionado con el criterio jurisprudencialmente configurado de la "*lex artis*". Ésta actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa cuando del ámbito sanitario se trata, como se ha indicado en la Consideración anterior.

También se ha señalado por este Órgano Consultivo (por todos, Dictamen núm.

192/2009) en relación con la carga de la prueba de las infecciones nosocomiales, que corresponde a la Administración regional acreditar qué medidas se adoptaron en orden a evitar el contagio, pues pretender que fuera el reclamante quien hubiera de probar que aquéllas no se adoptaron le abocaría a una verdadera *probatio diabolica*.

Aplicados los principios expuestos al presente supuesto, cabe indicar que la Inspección Médica refuta motivadamente las imputaciones de los reclamantes sobre el origen nosocomial de la infección por las siguientes razones:

"Segundo: Los reclamantes mantienen "que la madre en el momento del parto, no presentaba infección alguna, razón por la cual es de suponer que no se contrajo intrauterinamente ninguna infección y que las circunstancias del parto fueron normales". Sin embargo de la historia clínica se desprende que la madre presentaba varios signos de posible proceso infeccioso: cultivo positivo para EGB, fiebre intraparto y líquido amniótico turbio. Igualmente difícilmente podemos considerar normal un parto en el que se precisa profilaxis antibiótica periparto y se indica la realización de cesárea por riesgo infeccioso.

Tercero: Respecto a la vía de contagio de la sepsis neonatal no hay indicios de un posible origen nosocomial y sí existen datos a favor de una transmisión vertical dado:

- El periodo de inicio de la sintomatología, seis días, habla de una sepsis precoz, más frecuente de transmisión vertical.

- El germe implicado (E. Coli), el segundo en frecuencia en las sepsis de transmisión vertical.

- Los antecedentes, ampliamente comentados, del parto. Un nacimiento por cesárea no excluye un contagio vertical ya que este no se produce exclusivamente por el paso del niño por el canal del parto, sino que en muchas ocasiones el contagio se produce por la ascensión de los gérmenes del canal genital al útero.

- El ingreso en neonatología del niño y los procedimientos invasivos, sondas catéteres, etc., que se asocian a la producción de sepsis nosocomiales fue causado por la sospecha de sepsis, y por tanto posterior al debut del cuadro infeccioso. En los hemocultivos obtenidos a su ingreso ya se objetiva el crecimiento del germe (E. Coli) responsable de la infección".

Por su parte, el dictamen médico colegiado de la aseguradora del Servicio Murciano de Salud apunta en igual sentido (folio 184):

"Respecto a la afirmación que se hace en la reclamación sobre la imposibilidad de que sea una sepsis de transmisión vertical (madre-hijo) por haber nacido mediante cesárea. Solo dejar claro que es una afirmación incorrecta, ya que como hemos visto en el apartado anterior:

Las sepsis de transmisión vertical se producen como consecuencia de la colonización del feto, bien a su paso por el canal del parto o bien por vía ascendente. Los gérmenes presentes en el canal del parto ascienden alcanzando el líquido amniótico y a partir de ahí colonizan el feto. La rotura prematura de membranas amnióticas facilita el paso de estos gérmenes al líquido amniótico y al feto. Es por tanto la presencia de gérmenes patógenos en el canal genital de la gestante el principal factor de riesgo relacionado con estas infecciones.

Como hemos visto en párrafos anteriores para confirmar el diagnóstico de sepsis vertical si la clínica se inicia después del 3º día de vida, se requiere que el hemocultivo sea positivo a germe típico de transmisión vertical (EGB, E. coli), y que haya factores de riesgo de transmisión vertical y/o aislar el germe en el canal del parto".

En suma, se alcanzan por los informes precipitados la convicción de la transmisión vía vertical de la sepsis neonatal, adoptándose por la Administración sanitaria las recomendaciones adecuadas, suministrando a la madre profilaxis antibiótica intraparto y procediendo a la finalización del parto mediante cesárea por riesgo infeccioso.

2. No se le hizo un seguimiento más exhaustivo al recién nacido.

Sin embargo, tal imputación de los reclamantes tampoco ha sido acreditada, en atención a la descripción que realiza la Inspección Médica de la asistencia recibida por el recién nacido, conforme a la historia clínica:

"el recién nacido fue valorado de forma inmediata por el pediatra en el paritorio sin que se objetivara patología alguna. A las 12 horas, dados los antecedentes del parto, se le realizó analítica en busca de datos sugestivos de infección sin encontrar anomalías. Durante su

estancia en maternidad junto a su madre se le realizaron los controles habituales para un recién nacido.

Cuando se detectan los primeros síntomas de proceso infeccioso (a los 6 días de su nacimiento) se traslada a Neonatología. La asistencia prestada por este servicio es correcta procediéndose a técnicas diagnósticas (analítica y toma de cultivos) e inicio de antibioticoterapia empírica ajustada a los protocolos. Ante la mala respuesta con coagulopatía y necesidad de intubación orotraqueal y ventilación mecánica se decide su traslado al HUVA para ingreso en UCI de neonatología (...)".

Frente a tan concreta descripción, nada se cuestiona en el escrito de alegaciones presentado por los reclamantes, que se limitan a mostrar genéricamente su disconformidad con el informe de la Inspección Médica y sobre las causas de transmisión de la infección al recién nacido, haciendo únicamente referencia a un dato relacionado con la siguiente imputación.

3. Demora en la realización de la cesárea.

En el escrito de alegaciones (folios 208 y 209) señalan los reclamantes:

"Que en relación al informe de la CIA aseguradora x, y del informe de la inspección médica, mostramos nuestra disconformidad, habida cuenta que si bien reconocen que la madre ingresa por dinámica de parto a las 8 horas de la semana 40, también dejan constancia de que se produce la rotura de las membranas a las 9,20 horas del mismo día, cuando en el folio 9 consta que la hora exacta son las 7 horas y, además con líquido amniótico teñido, sin embargo (...) la realidad es que la rotura de las membranas se produce 12 horas antes de que se realice la cesárea a la madre, cuando desde un comienzo se conocía el riesgo de infección, demorándose la intervención".

Sin embargo, no es cierto que la rotura de membranas se produjera 12 horas antes de que se realizara la cesárea a la gestante, según la historia clínica, sino que la intervención fue realizada 7 horas después de la rotura de la bolsa, como corrobora el órgano instructor, por lo que la afirmación de la Inspección Médica se basa en datos verídicos:

- En el folio 147 (Partograma), figura tanto en la cara como en el reverso, que la bolsa de aguas se rompió a las 9,20 horas.

- La hora del parto fue a las 16,15 horas, es decir, 7 horas después.
- Los propios interesados confirman tales datos en su escrito de reclamación, al indicar que la madre rompió aguas sobre las 9 de la mañana y dio a luz a las 16,15 horas.

Por lo tanto, la referencia a "la bolsa rota: 7 hr." en el informe de traslado al Hospital Virgen de la Arrixaca (folio 9) pudo deberse a un error, sin descartar que pueda ser interpretado en el sentido, ya expresado, de que la rotura de la bolsa se produjo 7 horas antes.

Fuera del equívoco respecto a este dato, los reclamantes no aportan ningún otro respecto al incumplimiento de la *praxis médica* en la realización de la cesárea. En todo caso, según expresan ellos mismos: "*su hijo x. nació sin complicación alguna, con el peso adecuado y el apgar 9/10 y la analítica efectuada las 24 horas posteriores al parto dio resultados normales*".

En consecuencia, al no haberse acreditado la infracción de la *lex artis* queda descartada la antijuridicidad del daño, careciendo asimismo la reclamación del necesario título de imputación del daño al funcionamiento del servicio público sanitario y de la imprescindible relación causal entre ambos.

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, al no apreciar en el supuesto sometido a consulta la concurrencia de los elementos a los que el ordenamiento jurídico anuda el nacimiento de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

No obstante, V.E. resolverá.