



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº 298/2013

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 31 de octubre de 2013, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación de la Excmra. Sra. Consejera de Sanidad y Política Social), mediante oficio registrado el día 26 de febrero de 2013, sobre responsabilidad patrimonial instada por x y otra, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. 78/13), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- El 7-11-06, x, en representación de x, y, presentó escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial dirigida al Servicio Murciano de Salud (SMS), en la que, en síntesis, expresa lo que sigue.

El 24-6-06, la señora x, embarazada de 25 semanas, cuyo embarazo era seguido en su Centro de Salud de Cartagena, ingresó en el Hospital Naval ("Santa María del Rosell") de esta ciudad por rotura espontánea de bolsa, y a los tres días se decidió su traslado al hospital "Virgen de la Arrixaca", de Murcia, por corioamnionitis (infección de las membranas placentarias y del líquido amniótico) y feto de bajo peso, donde ingresó en su planta de Ginecología el siguiente día 28, con deterioro progresivo de su estado, por lo que se decidió cesárea urgente, extrayendo feto muerto y líquido amniótico purulento y fétido, tras lo que la paciente quedó en shock séptico y se le realizó una histerectomía (de útero y ovarios), y se la trasladó a UCI, donde permaneció 20 días en coma, con deterioro de la función renal, episodios de trombopenia y otros; pasó luego a planta y fue dada de alta el 25-7-06 con diagnóstico de shock séptico, fracaso renal y anemia. Actualmente está recibiendo tratamiento psicológico de su médico de cabecera por depresión con antidepresivos.

Cuestionan los reclamantes el tratamiento realizado en el Hospital Naval, pues consideran que, tras la rotura espontánea de bolsa, la paciente no fue atendida adecuadamente para evitar la corioamnionitis, infección que suele aparecer tras una rotura prematura de la membrana placentaria, lo que determinó que tal infección se desarrollara durante su estancia en dicho hospital, de forma que cuando a los tres días de su ingreso fue trasladada al hospital "Virgen de la Arrixaca", en este centro, ante el shock séptico, sólo pudo ya practicársele una cesárea, con feto muerto, y una histerectomía, además de tratar la delicada situación vital de la paciente antes indicada.

Por todo ello, solicita una indemnización total de 370.000 euros, desglosados en 300.000 para la paciente y 70.000 para su pareja y progenitor del feto fallecido.

SEGUNDO.- Con fecha 23-3-07 el Director Gerente del SMS dictó resolución de admisión a trámite de la reclamación, la cual fue notificada a las partes interesadas. En la misma fecha se solicitó a los citados hospitales copia de la historia clínica e informe de los profesionales que la atendieron, así como documentación a la Gerencia de Atención Primaria de Cartagena.

TERCERO.- Mediante oficio de 7 de mayo de 2007 la citada Gerencia remitió la documentación solicitada.

CUARTO.- Mediante oficio de 10 de mayo de 2007 el hospital "Virgen de la Arrixaca" remitió copia de la historia clínica de la paciente.

QUINTO.- Mediante oficio de 29 de mayo de 2007 el hospital "Santa María del Rosell" remitió la copia de la historia clínica, y mediante oficio de 6 de junio de 2007 informe de esa fecha del Dr. x, Jefe de Servicio de Tocoginecología, que expresa lo siguiente:

"La paciente ingresó el día 24/06/06 a las 21:50 horas con una gestación de 25 semanas y el ingreso lo efectúa por rotura prematura de membranas a las 21:20 horas.

La enferma es reconocida e historiada y en el mismo paritorio se le hace una toma de cultivo vaginal para determinar si hay algún germen que pueda infectar el útero. Igualmente se le efectúa analítica general, donde presenta una ligerísima leucocitosis. En el mismo paritorio se le pone maduración pulmonar para el feto por si acaso se produjese el parto prematuro. Igualmente se hace un cultivo de la flora vaginal, donde posteriormente el resultado da ausencia de estructuras bacterianas y fúngicas. La paciente es enviada a planta con un monitor de control normal y en tratamiento antibiótico y uterolítico.

Diariamente se le efectúan monitores y analítica de control, permaneciendo la enferma apirética todo el tiempo.

El día 27/06/06 la paciente presenta un pico febril por primera vez en toda su permanencia en el Hospital y es cuando es enviada al Hospital Virgen de la Arrixaca para que se le termine el embarazo. Hasta este momento todo el tratamiento y seguimiento a la paciente efectuado en el Hospital Naval fue correcto y ajustado en todo momento al protocolo de la rotura prematura de la bolsa, por lo que podemos asegurar que la enferma fue tratada correctamente desde su ingreso hasta su traslado a la Arrixaca".

A este informe acompaña un documento de protocolo para casos de rotura prematura de membrana en el embarazo (RPM).

SEXTO.- En fecha 15-6-07 se remite el expediente a la Inspección Médica de la Consejería de Sanidad a efectos de que emita el correspondiente informe.

SÉPTIMO.- Consta en el expediente que los reclamantes interpusieron recurso contencioso-administrativo ante el Tribunal Superior de Justicia de la Región de Murcia contra la desestimación presunta de su reclamación, con emplazamiento ante el mismo de los interesados.

OCTAVO.- Obra en el expediente un escrito del representante de los reclamantes, fechado el 17 de mayo de 2011, mediante el que adjunta un informe, de 2 de diciembre de 2009, del Dr. x, del Departamento de Pediatría, Obstetricia y Ginecología del Hospital General Universitario de Valencia, que expresa lo siguiente:

"Gestante que acude el día 24/06/06, a las 20 horas, al Hospital Santa María del Rosell, por manifiesta rotura prematura de las membranas, cuando aún se encuentra en una fase en el límite de la viabilidad fetal, en la semana 24.

En este Hospital se inicia la conducción de forma correcta, pues se le administra un corticoide (Celestone) para acelerar la madurez del pulmón fetal; también es correcto, si no hay signos de otra patología y el feto está bien, el tratar de retrasar el parto mediante tocolisis, aunque la pauta de tocolisis que se va desarrollando es muy agresiva, primero se introduce la Indometacina (un antiinflamatorio no esteroideo, que aunque no está licenciado para esta indicación, es eficaz y escasos efectos secundarios, pero puede enmascarar una corioamnionitis por su acción antipirética), casi de inmediato también Adalat (un bloqueador de los canales del calcio, no licenciado para tocolisis pero sí como hipotensor, también eficaz y de escasos efectos secundarios), pero como aún se mantienen las contracciones, unas horas después se introduce un tercer tocolítico, el Tractocile (un bloqueador de los receptores de oxitocina, licenciado para tocolisis, de escasos efectos secundarios pero de mayor coste), consiguiéndose finalmente que desparezcan las contracciones.

La paciente no manifiesta fiebre, como signo de corioamnionitis (pero esto podría ser por la Indometacina), pero sí existe una taquicardia fetal discreta (en parte explicable por la prematuridad), pero ya en los análisis del día 24 de Junio existen datos que expresan la posible corioamnionitis, con una proteína C reactiva de 53,8 (dos veces el valor máximo normal de la gestación), que asciende a 69 el día 27 de Junio, momento en que ya eclosiona la clínica de corioamnionitis, con fiebre alta de 39,4° que hace que sea derivada a su Hospital de referencia, una acción que, dadas las características del hospital de origen, hubiera sido preferible el realizarla el día 25, tras administrar el Celestone y conseguir la Tocolisis.

La causa más habitual de la rotura prematura de membranas y del parto pretérmino, en esos momentos de la gestación, es la infección, y en este paso, los niveles de proteína C reactiva elevados, la taquicardia fetal y la persistencia de contracciones con la tocolisis habitual apunta que la infección estaba presente desde el inicio. La agresividad de la tocolisis (Adalat, Inacid y Tractocile), y su mantenimiento, permitieron que la corioamnionitis se agravara, a lo que contribuyeron los tactos vaginales.

La eclosión de la fiebre en la tarde del 27 de Junio hace ya manifiesta la corioamnionitis, y la paciente es remitida al Hospital de referencia, donde primero tratan de evacuar el útero por vía natural, induciendo el parto, pero ante el deterioro materno necesitan realizar una cesárea. Dado lo avanzado de la infección intrauterina, la evacuación del útero con la cesárea es insuficiente para evitar que los gérmenes que aún hay en éste dejen de agravar la septicemia, lo que obliga a realizar una Histerectomía, para eliminar todo el foco primario de infección.

"El curso posterior es el propio de un proceso septicémico".

NOVENO.- Obra en el expediente, aportado por la aseguradora del SMS, un dictamen de 14 de junio de 2011, elaborado por tres especialistas en Obstetricia y Ginecología, que concluye lo siguiente:

"1. Se trata de un caso de pérdida gestacional por rotura prematura de membranas secundaria a una corioamnionitis y desarrollo de sepsis secundaria materna, que precisó la extirpación del útero para su resolución.

2. Ante una paciente en la semana 24 de gestación que presente rotura de membranas se debe instaurar tratamiento antibiótico profiláctico, que no consta se hiciera en este caso.

3. La decisión de traslado al centro de referencia en el momento en el que la paciente empieza a presentar clínica de corioamnionitis es correcta, dada la edad gestacional tan precoz (en el límite de la viabilidad: 24-25 semanas).

4. La decisión de finalizar la gestación ante una corioamnionitis clínica instaurada es correcta, como lo es la pauta antibiótico empleada.

5. Ante la existencia de un cuadro séptico materno muy grave, la decisión de extirpar el foco infeccioso (útero) debe ser considerada totalmente correcta, siendo esta actitud la que provocó la curación del cuadro infeccioso".

DÉCIMO.- Remitido a la Inspección Médica el 18 de mayo de 2011 el informe presentado por los reclamantes, dicha Inspección emitió su informe el 8 de agosto de 2012, que concluye lo siguiente:

"1. La paciente ingresó en el Hospital Naval el día 24.06.06 con rotura prematura de membranas en la semana 24+3, siendo esto límite de la viabilidad fetal, una complicación infrecuente (1-7/1000 gestaciones), pero con una morbitmortalidad materna y fetal elevada.

2. Conforme al protocolo de tratamiento de RPM, que se siguió con la idea de disminuir la inmadurez fetal y la prematuridad, se realizó vigilancia hospitalaria (analítica, cultivo vaginal y de líquido amniótico y monitores), que no dieron signos de infección, por lo que procedió a manejo expectante con antibiótico, uterolíticos (B. miméticos, inhibidores de la dinámica uterina) y corticoides.

3. La Proteína C reactiva por encima de los valores normales no tiene un valor predictivo directo de corioamnionitis en ausencia de otros criterios clínicos vigentes.

4. Diariamente se realizan monitores y analítica de control, permaneciendo la paciente apirética todo el tiempo, no se cumplieron criterios diagnósticos de corioamnionitis hasta el día 27.06.06, procediendo entonces a adaptación del tratamiento y traslado al hospital de referencia con Servicio de Neonatología.

5. *Según la bibliografía consultada, los neonatos cuyas madres fueron afectadas por corioamnionitis tienen 4 veces mayor posibilidad de muerte neonatal.*
6. *La actuación en el HUVA fue en todo momento correcta, atendiendo la cesárea urgente, extrayendo feto muerto y después las complicaciones que surgieron (relacionadas con la realización de cesárea durante un proceso infeccioso activo), el shock séptico y la necesidad de histerectomía, consiguiendo la estabilidad clínica de la paciente".*

UNDÉCIMO.- Obra en el expediente otro dictamen, de fecha 20 de noviembre de 2012, suscrito por los mismos facultativos reseñados en el Antecedente Noveno, en el que, a la vista de documentación adicional a la facilitada en su momento, entre ella, el informe aportado por los reclamantes y el emitido por la Inspección Médica, modifican el punto segundo de las conclusiones de su dictamen previo, indicando que puede comprobarse que el mismo día que ingresó la paciente en el Hospital Naval, el 24-6-06, se inició tratamiento antibiótico profiláctico con Eritromicina 500 mg./6h. por vía oral, por lo que, frente a lo anteriormente dicho sobre este aspecto, concluyen que se instauró el tratamiento antibiótico adecuado.

DUODÉCIMO.- Mediante oficio de 22 de enero de 2013 se acordó un trámite de audiencia y vista del expediente, compareciendo el representante de los reclamantes y presentando alegaciones el 13 de febrero siguiente, en las que, en síntesis, reitera lo expresado en su escrito inicial, reproduce el informe médico que aportó en su momento y recoge las prescripciones de una denominada "guía aconsejable para el tratamiento de la rotura prematura de membranas" elaborada por la "Federación Médica de Interior" y de un protocolo sobre amenaza de parto prematuro elaborado por el hospital "Son Dureta".

DECIMOTERCERO.- El 19 de febrero de 2013 se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación; en síntesis, por no concurrir la adecuada relación de causalidad entre el funcionamiento de los servicios sanitarios públicos y los daños por los que se reclama indemnización.

DECIMOCUARTO.- En la fecha y por el órgano indicado en el encabezamiento del presente, se solicitó el preceptivo Dictamen de este Consejo Jurídico, acompañando el expediente y su extracto e índice reglamentarios.

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, en relación con el 12 del RD 429/93, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de Responsabilidad Patrimonial de la Administraciones Públicas (RRP).

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

- I. Los reclamantes están legitimados para solicitar indemnización por los daños físicos y morales alegados.

La Administración regional está legitimada pasivamente, por dirigirse contra ella la reclamación e imputarse el daño al funcionamiento de los servicios públicos sanitarios de su competencia.

- II. En cuanto a la temporaneidad de la acción, a ejercer en el plazo de un año previsto en el artículo 142.5 LPAC, no hay objeción que señalar, vistas las fechas de la asistencia sanitaria y de la presentación de la reclamación.

- III. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos.

Sin perjuicio de ello, resulta excesivo el tiempo empleado en emitir el informe de la Inspección Médica (Antecedentes Sexto y Décimo), lo que ha alargado con notable exceso el periodo de instrucción y resolución del procedimiento.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial administrativa en materia sanitaria. Consideraciones generales.

- I. La responsabilidad patrimonial dimanante de la actuación administrativa en el campo sanitario está sometida a la configuración de la responsabilidad de la Administración que se desprende del artículo 106.2 CE: "*los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufren en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos*". Por otra parte, el texto constitucional (artículo 43.1) también reconoce "*el derecho a la protección de la salud*", desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS).

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

- La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

- Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una adecuada relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.
- Que los daños no se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos.
- Ausencia de fuerza mayor.

- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

II. Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos no es una prestación de resultado, sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los 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 de éste ha de regirse por la denominada "*lex artis ad hoc*", o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla (Dictámenes números 49/01 y 97/03 de este Consejo Jurídico). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de un daño, sino que es preciso acudir al criterio de la "*lex artis*" como modo de 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. La "*lex artis*", por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

Así, la STS, Sala 3^a, 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 STS, Sala 3^a, de 23 de marzo de 2011, expresa que "la actividad sanitaria no permite exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, ya que su función ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria, utilizando al efecto los medios y conocimientos que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, mas sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir en todo caso la curación del paciente".

El mismo Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala 1^a, 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 (...) y ello 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 este sentido, pues, debe concluirse en que sólo si se produce una infracción de la "*lex artis*" responde la Administración de los daños causados que puedan imputarse a dicha actuación infractora, pues en caso contrario dichos perjuicios no son imputables a la atención sanitaria pública y no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Por lo tanto, analizar la praxis médica durante la intervención sanitaria permite determinar si se trata de un supuesto que da lugar a responsabilidad, no ya porque exista un daño, sino porque se produce una infracción del citado criterio de normalidad de los profesionales médicos; prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que habría de declararse en todos los supuestos de actuaciones médicas en centros sanitarios públicos que, por ejemplo, no pudieran evitar la muerte de un paciente, o la producción de lesiones derivadas de una complicación de una intervención quirúrgica, cuando la correspondiente actuación sanitaria fue realizada conforme a la "*lex artis*"; responsabilidad que, por lo dicho, no puede admitirse en estos casos u otros análogos.

La determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a normopraxis descansa, de forma necesaria, en la apreciación efectuada por profesionales de la medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados precisos para una adecuada valoración de los actos médicos en el contexto concreto que presenta cada supuesto. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil-, el principal apoyo probatorio de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ha de ser, para los reclamantes, un informe pericial que ponga de manifiesto los errores u omisiones cometidos durante todo el proceso asistencial (el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria es puesto de relieve por el Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala de lo Contencioso- Administrativo de 1 de marzo de 1999). En cuanto a la Administración, la valoración de la asistencia prestada será ofrecida, además de por los médicos intervenientes, 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.

CUARTA.- Relación de causalidad adecuada entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los daños por los que reclama indemnización. Inexistencia.

Los reclamantes consideran que existió una inadecuada asistencia sanitaria a la paciente durante su ingreso en el hospital "Santa María del Rosell", entre el 24 y el 27 de junio de 2006, pues consideran que, tras la rotura espontánea de bolsa por la que allí ingresó, no fue atendida adecuadamente para tratar su corioamnionitis -infección que puede aparecer tras una rotura prematura de la membrana placentaria-, lo que determinó que dicha infección se desarrollara durante su estancia en dicho hospital de forma que cuando a los tres días de su ingreso fue trasladada al hospital "Virgen de la Arrixaca", en este centro, ante el shock séptico, sólo pudo ya practicársele una cesárea, con feto muerto, y una histerectomía, además de tratar la delicada situación vital de la paciente. Se apoyan en un informe médico que aportan, que indica que en el análisis del día 24 se advierte un nivel alto de proteína C reactiva, taquicardia fetal discreta (pero que reconoce poder ser imputado a la prematuridad del feto) y persistencia de contracciones pese al tratamiento de tocolisis, circunstancias que, a pesar de reconocer que no existían otros síntomas sugestivos de corioamnionitis, sobre todo fiebre (que señala que pudo ser enmascarada

por la administración de indometacina, que no obstante consideró adecuada para evitar las contracciones y el parto prematuro y quizás no viable), sugerían que la infección estaba presente desde su ingreso, por lo que dicho informe estima que la paciente debió ser trasladada al día siguiente, 25, al hospital "Virgen de La Arrixaca", y no el 27, cuando los síntomas de la infección se hicieron patentes y ésta era intensa.

Sin embargo, dicho informe no señala qué tratamiento fue el omitido o contrario a la adecuada praxis médica en el referido hospital de Cartagena, más allá de indicar que la paciente debió ser remitida antes al hospital de Murcia, y elude reseñar que, según consta en la historia clínica (y reconocen todos los demás informes emitidos), desde su ingreso a la paciente se le administraron antibióticos, que la analítica no mostró signos relevantes de infección (el informe de la Inspección Médica señala que los niveles altos de proteína C reactiva no son concluyentes al efecto), de modo que no puede concluirse que la actuación médica y el tratamiento dispensado no fuera adecuado a los síntomas clínicos que aquélla presentaba en las referidas fechas.

Así, del informe de la Inspección Médica se destaca lo siguiente:

"Los criterios de corioamnionitis clínica vigentes son los descritos por Gibbs, que incluyen la presencia de fiebre materna (>37,8° C) y dos o más de los siguientes criterios: irritabilidad uterina, leucorrea maloliente, taquicardia materna (> 100 latidos/minuto), taquicardia fetal (>160 latidos/minuto) o leucocitosis (> 15.000 cel/mm3). Con el objetivo de detectar los signos de infección es aconsejable el control diario de las constantes vitales maternas. Hay gran variabilidad en la literatura sobre la capacidad predictiva de parámetros analíticos como la leucocitosis o la proteína C reactiva para la predicción de la corioamnionitis. En general se considera que la sensibilidad y la tasa de falsos positivos de la leucocitosis para la detección de una corioamnionitis varía del 29-47% y del 5-18% respectivamente. La especificidad de la proteína C reactiva es del 38-55%. Es decir, son pruebas con un bajo valor predictivo y, por tanto, no son costo-eficaces con un ligera leucocitosis (Los leucocitos registran aumentos durante el embarazo de un nivel de 4300-4500/mL a 5000-12000/mL y mas en el tercer trimestre)".

En este caso, la paciente ingresó en el Hospital Naval el día 24.06.06 con rotura prematura de membranas en la semana 24+3, siendo esto límite de la viabilidad fetal y que condiciona el protocolo de tratamiento. La temperatura del día 24.06.06 fue de 37°C (pág. 107 bis. Rev.) y la analítica del mismo día muestra leucocitos 10.76 MI (pág. 128), líquido amniótico claro, dinámica uterina estable (pag. 106), las frecuencias cardíacas tanto de la madre como del feto no estaban por encima de los valores que indican anormalidad.

En cuanto a la Proteína C reactiva (PCR) que dió unos valores de 53.8 mg/L (Pág. 129). Es un marcador inespecífico de infección que se eleva durante el trabajo del parto y puede aumentar dos o tres días antes de la aparición de los síntomas clínicos de corioamnionitis. Hay autores que consideran una gran especificidad de la PCR para diagnóstico de corioamnionitis con infección probable a partir de 20 mg/L(1), pero hemos de insistir en que la SEGO, en su protocolo de RPM, concreta que la especificidad de la proteína C reactiva es del 38-55%. Consultado con el Dr. x, especialista en Ginecología y Obstetricia del HUVA, nos dice que, valorada en el contexto clínico de la ausencia de criterios de corioamnionitis, se podía descartar la presencia de un proceso infeccioso, por lo que el protocolo adecuado era de actitud expectante con el tratamiento médico correspondiente...

Las pautas de tratamiento pueden ser más o menos discutibles, como no meter la indometacina por la posibilidad de enmascarar los signos de infección intraamniótica. A pesar de todo, una reciente revisión Cochrane destaca la falta de datos para concluir de forma categórica cuál es la mejor actuación ante una RPM antes de las 37 semanas de gestación, dado que hasta la fecha todos los ensayos clínicos presentan defectos metodológicos y escaso poder estadístico para detectar medidas significativas de morbilidad infantil y materna (7)

Diariamente se efectúan monitores y analítica de control, permaneciendo la enferma apirética todo el tiempo, hasta el día 27.06.06 a las 20:00 aproximadamente, cuando inicia cuadro febril, con líquido amniótico maloliente a la exploración, la analítica con ligera leucocitosis y PCR de 69, a partir de este momento se diagnostica de corioamnionitis y ante la posible viabilidad del feto se le deriva al centro de referencia con Servicio de Neonatología.

En consecuencia, y conforme con lo expresado en las precedentes Consideraciones, en el caso planteado no puede tenerse por acreditada la existencia de una infracción a la "lex artis ad hoc" determinante de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria regional.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula las siguientes

CONCLUSIONES

PRIMERA.- En el caso dictaminado, entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios objeto de análisis y los daños por los que se reclama indemnización no concurre la necesaria y adecuada relación de causalidad que determine la responsabilidad patrimonial de la Administración regional, por las razones expresadas en las Consideraciones Tercera y Cuarta del presente Dictamen.

SEGUNDA.- En consecuencia, la propuesta de resolución, en cuanto es desestimatoria de la pretensión declaratoria de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria regional, se informa favorablemente.

No obstante, V.E. resolverá.