



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **87/2015**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 30 de marzo de 2015, 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 Excm. Sra. Consejera de Sanidad y Política Social), mediante oficio registrado el día 15 de octubre de 2014, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **297/14**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 11 de abril de 2013 x, letrado del Ilustre Colegio de Abogados de Murcia, actuando en nombre y representación de x, presenta ante el Servicio Murciano de Salud una solicitud de indemnización fundamentada en la responsabilidad patrimonial que incumbe a la Administración de acuerdo con lo que se establece en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC).

El representante expone en dicho escrito de reclamación que la interesada quedó embarazada en el año 2011 y que se estimó que la fecha del parto se produciría el día 19 de marzo de 2012. Así, el día siguiente a dicha fecha, es decir, el 20 de marzo, la reclamante acudió al Hospital Universitario "*Virgen de la Arrixaca*", de Murcia, ya que creía que había roto la bolsa amniótica. Sin embargo, en el referido centro hospitalario se le dio el alta y se la dejó marchar.

El día 22 de marzo de 2012 comenzó a manchar moco con sangre por lo que, creyendo que se trataba del tapón mucoso, acudió de nuevo al Servicio de Urgencia del mencionado hospital. Allí, el mismo médico que le había atendido dos días antes le volvió a decir que estaba bien y que se fuese a su casa. Puesto que la embarazada mostró su disconformidad e insistió en que creía que estaba a punto de ponerse de parto, el Dr. x ordenó su ingreso por preparto.

De acuerdo con lo que se explica en la reclamación, al día siguiente, 23 de marzo, la interesada fue llevada a dilatación sobre las 10.45 horas y se le administró anestesia epidural. Cuando un matrón fue a romper la bolsa constató que ya no había bolsa amniótica, ya que -según manifiesta- se debió haber roto dos días antes. Sobre las 15:00 horas se advirtió que la paciente tenía fiebre, que fue incrementando hasta que a las 17:00 horas se indicó cesárea por fiebre intraparto. Cincuenta minutos más tarde se produjo el nacimiento un varón sin complicaciones. La interesada fue dada de alta cuatro días después, es decir, el 27 de marzo de 2012, ya que experimentó una

evolución puerperal favorable.

Sin embargo, el día 4 de abril la reclamante comenzó a encontrarse mal, a sufrir fiebre y a experimentar temblores. Acudió al ambulatorio de El Palmar, desde donde fue derivada inmediatamente al Hospital "Virgen de la Arrixaca", en el que se le diagnosticó "*en mujer puérpera*" (es decir, inflamación simultáneas del riñón y la vejiga) , por lo que quedó ingresada en uno de los bloques del Hospital General. El día 6 de abril sufrió una fuerte hemorragia vaginal, por lo que fue trasladada al Pabellón Materno-Infantil donde se le informó de que tenía restos placentarios en el útero y que era necesario practicar un legrado obstétrico para evacuarlos. Ese mismo día se le sometió a dicha intervención y se le extrajeron abundantes restos placentarios. El día 9 de fue dada de alta y volvió a su domicilio.

El día 24 de abril de 2012 notó pérdida de sangre por vía vaginal mientras estaba en la calle y sufrió un desmayo. Fue traslada de urgencia al referido centro hospitalario, donde se le practicó un legrado de urgencia. Puesto que el sangrado no remitía, se decidió realizar una revisión quirúrgica. A la vista de los resultados de la exploración se le practicó una histerectomía subtotal ya que se halló dehiscencia (abertura natural o espontánea) de dos tercios izquierdos de la histerorrafia (cicatriz), con tejido desvitalizado y abundante tejido de granulación y vejiga fuertemente adherida a la cara anterior del istmo uterino, con sangre abundante en la cavidad. Durante la cirugía se rompió la vejiga por dos puntos. El diagnóstico quirúrgico fue "*Dehiscencia de histerorrafia*". Fue dada de alta el siguiente día 30 de abril de 2012.

El representante manifiesta que la interesada siente mucho dolor en la zona y que sufre inflamaciones pélvicas y púbcas, y que todavía sigue siendo atendida por los servicios de Ginecología y de Urología.

De igual modo, en la reclamación se denuncia la utilización de una técnica operatoria defectuosa, lo que evidencia que se le tuviera que realizar un legrado el día 24 de abril y que en dicha intervención se le extrajeran abundantes restos placentarios, cuya presencia justifica por sí misma -según entiende la parte reclamante- la producción de la infección y el sangrado vaginal. Además, se manifiesta que se produjo un defecto de técnica al suturar el útero, de modo que contribuyó a la dehiscencia de la histerorrafia. A juicio del letrado, ello constituye una grave infracción de la "*lex artis ad hoc*", ya que infringe las previsiones que se contienen en el protocolo de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) relativo a "*cesárea abdominal*".

Por último, en la reclamación se contiene la cuantificación económica de la indemnización que se solicita, que se calcula sobre la base del baremo de la Ley de Responsabilidad Civil y Seguro para Accidentes de Circulación, en su actualización para 2012. Así, se reclaman 40 puntos por la pérdida del útero que, a razón de 1.605,22 euros por punto, dada la edad de la reclamante, arroja un total de 64.208,80 euros. A dicha cantidad se le debe aplicar un factor de corrección del 10 por 100 en concepto de perjuicio económico (6.420,88 euros), de manera que la cifra indemnizatoria ascendería a la cantidad de 70.629,68 euros.

A dicha cifra se le debe sumar la que corresponde a 90 días de baja impeditiva que, a razón de 56,60 euros por día, hace un total de 5.094,00 euros. Por esa razón, el importe total de la indemnización reclamada asciende a la cantidad de setenta y cinco mil setecientos veintitrés euros con sesenta y ocho céntimos (75.723,68 euros).

Junto con la reclamación se acompaña copia de la de escritura de poder para pleitos otorgada, entre otros, a favor del representante compareciente y copia del protocolo de la SEGO sobre "*cesárea abdominal. (Junio 2002)*", al que se ha hecho anterior referencia.

SEGUNDO.- Con fecha 22 de mayo de 2013 el Director Gerente del Servicio Murciano de Salud dicta resolución por la que se admite a trámite la reclamación de responsabilidad formulada por x, en nombre y representación de x, y se designa instructora del procedimiento, lo que es debidamente notificado a la interesada junto con un escrito en el que se contiene la información a la que se hace referencia en el artículo 42.4 LPAC.

TERCERO.- Por medio de oficios de fecha 22 de mayo de 2013 el órgano instructor da cuenta de la presentación de la reclamación de responsabilidad patrimonial a la Dirección de los Servicios Jurídicos, a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y a la correduría de seguros "--" con el propósito, en este último caso, de que lo comunicara a la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud.

CUARTO.- También por medio de otro oficio de esa misma fecha se solicita a la Gerencia del Área de Salud I- Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca" copia de la historia clínica de la reclamante e informes de los facultativos que le atendieron, relativos a los hechos descritos en la reclamación.

QUINTO.- El día 23 de agosto de 2013 se recibe en el Servicio consultante el oficio del Director Gerente del Área I, de 19 de agosto, con el que acompaña copia de la historia clínica en formato CD (229 folios) y copia de la historia clínica a fecha 21 de junio de 2013 (9 folios). De igual modo, se acompañan los informes de los Doctores x, Jefe de Servicio de Urología, de fecha 28 de junio de 2013; x, Jefe de Sección de Obstetricia y Ginecología, de 3 de julio de 2013, y x, facultativa de Ginecología, de 19 de agosto de 2013.

- Así, en el informe del Dr. x se pone de manifiesto lo siguiente:

"Paciente con antecedentes de Parto el día 23-III-13. Cesárea acto seguido por complicaciones en el primero.

El 07/04/12 acude a urgencia por metrorragia franca realizándole legrado y posteriormente histerectomía (extirpación de útero) obstétrica subtotal, en el curso de dicha intervención se produce apertura accidental vesical (de la vejiga) por dos zonas procediendo a su sutura y comprobando estanqueidad vesical.

El día 13/09/12 es enviada por su médico de cabecera a la Consulta de urología para valorar, clínica de dolor a nivel de hipogastrio.

Se explora y se piden pruebas iconográficas.

El día 17/10/13 acude consultas Externas de Urología para revisión y estudio de una tomografía axial computerizada informando de: Ausencia de imágenes litiasicas, riñones de tamaño y densidad normal no existe dilatación de sistemas excretores, el recorrido ureteral bilateral es normal. Vejiga de buena capacidad, sin alteraciones parietales ni fugas urinarias, concluyendo que el estudio realizado no presenta patología urológica.

No observándose alteraciones urológicas ni clínicas en ese momento es dada de alta en Consultas Externas de Urología".

- De otra parte, en el informe del Dr. x, Jefe de Sección del Servicio de Obstetricia y Ginecología, se señala que:

"... La reclamación relata que durante la cesárea (23/03/2012) se realizó una técnica defectuosa por dejar restos placentarios en la cavidad uterina que se extrajeron en el legrado realizado 06/04/2012. Dicha afirmación no se ajusta a la realidad, habida cuenta, que en el informe de los ginecólogos que realizaron el legrado se refieren restos, pero no de placenta. Así mismo, en el informe anatomopatológico del 09/04/2012 se informa de mucosa endometrial deciduizada con necrosis e inflamación, en ningún caso placenta.

Es posible que el informe de alta realizado por Dr. x el 09/04/2012 donde se informa de restos placentarios, que no se ajusta a la realidad de los hechos, puesto que ni el informe quirúrgico ni el diagnóstico posterior del material enviado a anatomía-patológica refieren el término de placenta, haya inducido a la demandante a error a la hora de la valoración de la técnica quirúrgica de la cesárea". Por esa razón, se expresa también la opinión de que, tras la lectura de la historia clínica, tiene la certeza de que se actuó correctamente y de que se solventaron todas las adversidades que surgieron.

- Por último, el tercer informe médico aparece suscrito el día 19 de agosto por la Doctora x, si bien aparecen también reseñados al pie del documento los nombres de los Doctores x, y.

Al comienzo de dicho documento se ofrece una detallada exposición acerca de los tipos de hemorragias puerperales y de las medidas terapéuticas que se deben aplicar en cada caso. Se explica también que entre las causas de hemorragia tardía, es decir, la que se puede producir hasta los cuarenta y cinco días después del parto, se pueden mencionar la retención de restos placentarios, la subinvolución del útero o del lecho de implantación placentaria y la endometritis puerperal (inflamación de la mucosa uterina).

Asimismo se expone que la involución completa del lecho placentario constituye un proceso que tarda en completarse hasta seis semanas y se destaca que presenta una gran importancia clínica, ya que su imperfección origina una hemorragia puerperal tardía. Se explica que el término "*subinvolución*" describe la interrupción o el retraso de la involución del lecho placentario y se apunta que ello se acompaña de loquios (derrames sanguíneos) prolongados y de hemorragia uterina irregular. También se describe que algunas causas de subinvolución se producen como consecuencia de la retención de restos placentarios e infección pélvica, aunque se pone de manifiesto que la mayor parte de estos casos se producen como consecuencia de alguna causa local que se puede diagnosticar y tratar.

De igual modo, en el informe se detallan las medidas terapéuticas específicas que pueden aplicarse en supuestos de hemorragias puerperales tardías entre las que se mencionan los taponamientos uterinos (con compresas, tapón de gasa o sonda con Balón Tipo Bakri), las suturas compresivas, la embolización radiográfica de los vasos pélvicos, el legrado uterino y la histerectomía (extirpación de útero) abdominal obstétrica, si bien ésta última se menciona como el último recurso terapéutico.

Con respecto del caso clínico de la reclamante se expone que "Se trata de una paciente de 42 años, que acude en su segunda gestación, en la semana 40 de gestación por ecografía. Presentaba una cesárea anterior por inducción fallida. Aunque se ha postulado la posible rotura de membranas previa a la consulta realizada el 22 de abril, lo cierto es que no consta ni en el motivo de consulta ni parece ser que el ginecólogo que la asiste en ese momento tenga constancia de tal hecho, ya que de lo contrario, se habría realizado un test de bolsa rota en la puerta de urgencias y/o una ecografía confirmatoria.

El día de la inducción, como la paciente era portadora del *Estreptococo* de grupo A, *beta agalactiae*, recibió dos dosis de Penicilina i.v a razón de la pauta siguiente (5 millones de unidades al inicio y 2.5 millones cada 4 horas). Como recibió, al menos dos dosis, se consideró que la profilaxis del riesgo infeccioso sobre el recién nacido estaba completada.

La cesárea se realizó porque la paciente comenzó con fiebre intraparto a las 4 horas del inicio de la dilatación. La fiebre provocó una taquicardia fetal y ello, sumado a que sólo estaba con 4 cm, hacía prever que todavía quedaba mucho tiempo para la finalización del parto, pudiendo afectarse el bienestar fetal.

En el protocolo de la cesárea se especifica que la placenta se extrajo de manera manual, se repasó la cavidad con gasa, para así constatar que no quedaban restos placentarios. Siempre se revisa la placenta en quirófano, para comprobar su integridad. Hay que resaltar que el cirujano que realizó esta cesárea es jefe de sección de ginecología, con más de 25 años de experiencia profesional. La paciente firmó consentimiento para la oclusión tubárica por ligadura bilateral, ya que no deseaba tener más hijos, la cual se realizó por fimbriectomía bilateral en el mismo acto quirúrgico de la cesárea.

El recién nacido pesó 4130 g, precisó de medidas de soporte neonatal básicas. Se le realizó un análisis con PCR a las 12 h del nacimiento (por el antecedente del exudado materno positivo a *estreptococo* y por la fiebre materna intraparto), descartándose la existencia de una infección neonatal causada por una posible corioamnionitis por *estreptococo*. Por lo tanto, es poco posible que tuviera una rotura de membranas de más de 24 h, que pasara desapercibida.

La paciente es dada de alta sin complicaciones de tipo infeccioso durante el ingreso en planta.

A los 10 días de la cesárea, el 4 de abril, reingresa por un posible cuadro de pielonefritis, con fiebre alta y tiritona, leucocitosis y sedimento urinario patológico. Se realiza interconsulta a ginecología que descarta origen ginecológico, las mamas se encuentran bien, hay ausencia de datos patológicos en la ecografía (no se aprecian restos placentarios) y los loquios no son malolientes o achocolatados. Tampoco hay dolor pélvico que denote endometritis importante.

Aún así, recibe terapia antibiótica de amplio espectro, que cubriría una posible endometritis. Sin embargo, el 6 de abril se produce la primera metrorragia indolora y profusa, quedando la paciente con una Hemoglobina de 5 g/dl y un Hematocrito de 16%. Debido a lo cual, pese al tratamiento con medidas farmacológicas con oxitocina, se procede a la realización del primer legrado con taponamiento uterino. Se administran 6 unidades de concentrados de hemáties, se aplica profilaxis antibiótica y la paciente es dada de alta por mejoría médica a los pocos días. Cabe destacar que en la primera ecografía no se apreciaba la existencia de restos placentarios, en este legrado

se informa de algunos restos, pero son debidos a la salida de detritus y esfacelos que ocurren de manera fisiológica tras la recuperación de la involución del lecho placentario.

El día 24 de abril, la paciente vuelve a ingresar con signos agudos de pérdida hemática, con síncope vasovagal y pérdida de conocimiento, siendo trasladada en ambulancia a nuestro hospital. De nuevo en la ecografía aparece la imagen de un posible pólipo placentario, por lo que se indica un segundo legrado. Esta vez, con control ecográfico en quirófano, se aprecia la salida de escaso material y coágulos del interior uterino, sin objetivarse restos placentarios.

A primeras horas de la tarde, vuelve a producirse una hemorragia masiva, hasta tal punto que hubo que transfundir en total 11 bolsas de concentrados de hematíes, 2 gramos de fibrinógeno y 2 bolsas de plasma fresco congelado. En un primer momento, para preservar el útero se intenta colocar un nuevo taponamiento con balón de Bakri y bajo control ecográfico, pero en esta ocasión, al introducir el balón, se perfora el útero y se constata la dehiscencia de la sutura de la histerorrafia. Ello casi con total seguridad fue debido a la colocación de la sonda en el contexto de un útero ya débil por el legrado previo de la mañana. Es poco probable que la dehiscencia del útero fuera previa a la colocación de la sonda, ya que se habría podido ver por ecografía esa mañana, y además debería haber dado otros síntomas, como sangrado dentro cavidad abdominal o infección de la histerorrafia.

De cualquier manera, una vez que se apreció la perforación uterina, la única opción era la laparotomía para intentar diagnosticar el problema que originaba las hemorragias masivas y su tratamiento. Cuando visualizamos el útero, ya no era posible resuturar de nuevo, pues se trataba de un útero reblandecido, con poca vitalidad y se corría el peligro de que tuviera una curación tórpida, sin poder asegurar que no volviera a sangrar. Además la paciente era una mujer de 42 años, con sus deseos de descendencia cumplidos, recordemos que se realizó ligadura de trompas. Por lo tanto, la opción más efectiva para detener la hemorragia y, por tanto, salvar la vida de la paciente, fue la de una histerectomía obstétrica subtotal. Se hizo subtotal ya que conlleva menor morbilidad posterior y menos problemas en la esfera sexual.

Finalmente, pensamos que la paciente presentó un útero con una subinvolución del lecho placentario que le ocasionó el sangrado de manera recidivante y tardía, como suele ser la norma. Esto se confirmó con la anatomía patológica del útero, se apreció un endometrio hemorrágico, el útero estaba hipertrófico con restos deciduales, con necrosis e inflamación. No había signos de endometritis.

Las medidas aplicadas fueron conservadoras hasta en tres ocasiones, hasta que no hubo más opción que quitar el útero de la paciente para salvar su vida..."

SEXTO.- El día 14 de octubre de 2013, el órgano instructor remite un oficio, de fecha 10 del mismo mes, a la Subdirección General de Atención al Ciudadano e Inspección Sanitaria en el que solicita que la Inspección Médica emita un informe valorativo de la referida reclamación. Esta solicitud se reitera el día 23 de enero de 2014. Sin embargo, no consta que ese informe haya sido emitido hasta el momento.

SÉPTIMO.- Con fecha 25 de noviembre de 2013 se recibe en el Servicio consultante un escrito de x, letrado del Colegio de Abogados de A Coruña, de fecha 23 de octubre anterior, en el que pone de manifiesto que se persona en representación de la reclamante para ejercer las acciones y derechos le correspondan y solicita que se entiendan con él los sucesivos trámites que se produzcan en el procedimiento. A tal afecto, acompaña copia de la

escritura de apoderamiento otorgada, entre otros, a su favor.

OCTAVO.- El día 17 de enero de 2014 se recibe en el Servicio consultante el oficio del Director Gerente del Área de Salud I, de 13 de enero, con el que se acompaña copia de los informes de anatomía patológica recibidos de dicho servicio.

En el de fecha 16 de abril de 2012, suscrito por x, se hace referencia a que el material recibido consiste en varios fragmentos membranosos con sangre que ocupan 5 centímetros y se contiene el siguiente diagnóstico *"Mucosa endometrial decidualizada con necrosis e inflamación"*.

En el segundo, firmado por el mismo facultativo el día 30 de abril de 2012, se expone que *"Se recibe un cuerpo uterino ... y presenta una cavidad endometrial hemorrágica no hay cuello"*, y se hace constar el siguiente diagnóstico *"Útero hipertrófico con restos deciduales con necrosis e inflamación"*.

El día 23 de enero de 2014 se remite copia de esos informes del Servicio de Anatomía Patológica a la Inspección Médica y a la compañía aseguradora del Servicio consultante con el propósito de que sean tenidos en cuenta cuando se emitan los correspondientes dictámenes periciales.

NOVENO.- Obra en el expediente un informe médico-pericial emitido por una facultativo médico, especialista en Obstetricia y Ginecología, el día 10 de abril de 2014, a instancias de la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud. En dicho informe se realiza una detallada descripción de la praxis aplicable al caso que resulta coincidente con la que ha quedado expuesta en este Dictamen en los Antecedentes previos, por lo que no resulta necesario volver a reiterarla aquí. Sin embargo, sí que conviene reproducir las conclusiones médico-periciales que se contienen en él y que son las siguientes:

"1. X ingresó el 22/3/2012 por pródromos de parto. Durante el ingreso se siguieron las recomendaciones establecidas por los protocolos de la SEGO en cuanto a la atención al parto. La cesárea realizada transcurrió sin incidencias y según la técnica habitual recomendada en los manuales de obstetricia.

2. Aproximadamente diez días después de la cesárea la paciente ingresó en el hospital con el diagnóstico de pielonefritis, una vez descartado el origen ginecológico como responsable de la clínica que presentaba la paciente. Esta complicación es una de las causas más frecuentes de fiebre durante el puerperio.

3. Durante el ingreso se presentó sangrado abundante lo que obligó a la realización de un legrado puerperal. Este tratamiento resultó efectivo ya que cesó el sangrado y la paciente pudo ser dada de alta asintomática tres días después.

4. El 24/4/2013 volvió a presentar una hemorragia copiosa y dado que los procedimientos médicos utilizados fueron insuficientes para corregirla se decidió realizar una histerectomía obstétrica.

5. La hemorragia puerperal tardía aparece tras el parto en el 1% de las mujeres, la subinvolución del lecho placentario es la responsable del 50-65% de las mismas y en su origen nada tiene que ver la retención de restos placentarios. En nuestro caso ni por ecografía ni, lo que es más significativo, por el estudio anatomopatológico se pudo demostrar que la causa de la hemorragia hubiera sido la persistencia de restos placentarios tras la cesárea.

6. La histerectomía obstétrica practicada estaba perfectamente indicada al fracasar el resto de actuaciones médicas que previamente se habían aplicado.

7. La hemorragia puerperal complica el 5-15% de todos los partos y es la causa aislada más importante de mortalidad materna, en España se estima que la mortalidad materna está alrededor del 7.15 por 100.000 nacidos vivos, y la hemorragia postparto es la responsable del 23.07% de las mismas".

DÉCIMO.- Mediante escritos con fecha 8 de mayo de 2014 se confiere a la parte reclamante y a la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud el correspondiente trámite de audiencia, a los efectos de que pudiesen formular las alegaciones y presentar los documentos y justificaciones que tuviesen por convenientes. Sin embargo, no consta que ninguna de ellas haya hecho uso de ese derecho.

UNDÉCIMO.- El día 26 de septiembre de 2014 se formula propuesta de resolución desestimatoria, por entender que no existe relación de causalidad entre los daños alegados y el funcionamiento del servicio sanitario regional.

Una vez incorporados el preceptivo índice de documentos y el extracto de secretaría, se remite el expediente en solicitud de Dictamen, mediante escrito recibido en este Consejo Jurídico el pasado 15 de octubre de 2014.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, ya que versa sobre una reclamación que en concepto de responsabilidad patrimonial se ha formulado ante 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 artículo 142.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC) y el artículo 12.1 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los procedimientos en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas (RRP).

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

I. Por lo que se refiere a la legitimación activa, corresponde a la reclamante, por ser la persona que sufre los daños por los que solicita indemnización.

La Administración regional está legitimada pasivamente por dirigirse contra ella la pretensión indemnizatoria e imputarse el daño a uno de los servicios públicos de su competencia.

II. Desde el punto de vista temporal, la reclamación fue interpuesta dentro del plazo de un año que la Ley concede para que los perjudicados deduzcan su pretensión ante la Administración (artículo 142.5 LPAC), dado que la paciente obtuvo el alta médica el día 30 de abril de 2012 sin que padeciese secuelas derivadas de los distintos procedimientos a los que debió someterse e interpuso la reclamación que motiva la incoación del presente procedimiento el día 11 de abril 2013.

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, si bien se advierte que se ha sobrepasado en exceso el plazo de tramitación del procedimiento al que se refiere el artículo 13.3 RRP.

De manera particular, interesa señalar que la decisión del órgano instructor de continuar con los trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial, una vez transcurrido el plazo máximo de tres meses previsto para la emisión de informe por parte de la Inspección Médica, aparece justificada en la existencia de elementos suficientes de juicio para adoptar la decisión, de acuerdo con lo señalado en nuestro Dictamen núm. 193/2012. Así, se considera que la decisión que se contiene en la propuesta de resolución elevada se sostiene en suficientes elementos de juicio técnicos que se contienen tanto en el informe que emitieron los facultativos que asistieron al reclamante como en el informe médico pericial que remitió la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud. Además, puede entenderse que dichos elementos de juicio resultan suficientes desde el momento en que la parte interesada no ha presentado ningún elemento probatorio acreditativo ni, concretamente, prueba pericial alguna en la que sostenga la realidad de sus imputaciones.

TERCERA.- La 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, según el cual *"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 con sujeción a 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 (STS, Sala 3ª, de 14 de octubre de 2002). La "*lex artis*", por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

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 (LEC)-, 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).

CUARTA.- Sobre el fondo del asunto.

Como se ha puesto de manifiesto a lo largo del presente Dictamen, la reclamante se sometió el día 23 de marzo de 2012 a una intervención de cesárea y sufrió días después, a comienzos del mes de abril, dos hemorragias vaginales que requirieron que se le tuviesen que practicar sendos legrados uterinos. Finalmente, se le tuvo que someter a una histerectomía subtotal de útero.

Ante esta circunstancia, el representante de la interesada alega que pudo no habersele dispensado a la peticionaria una asistencia sanitaria adecuada porque, a pesar de que creía que había roto la bolsa amniótica tres días antes de la cesárea, no se le ingresó en el centro hospitalario en ese momento sino que le dio el alta y la envió a su casa.

De igual forma, la parte reclamante manifiesta que en la cesárea que se le realizó el día 23 de marzo se le aplicó una técnica quirúrgica defectuosa ya en el legrado que se le realizó el día 24 de abril se le extrajeron restos placentarios, cuya existencia constituye la causa de la infección y del sangrado vaginal que sufrió. Así, pues, en dicha intervención quirúrgica no se le habría extraído la totalidad de la placenta sino que habrían quedado restos o porciones de ese órgano en la cavidad uterina que habrían constituido la causa de las hemorragias que experimentó la reclamante.

En último lugar, el letrado señala asimismo que en la citada operación de cesárea se le aplicó al suturar el útero una técnica deficiente, defecto que contribuyó a la dehiscencia de la histerorrafia y que constituye una grave infracción de la *"les artis ad hoc"*, ya que infringe las determinaciones que se contemplan en el protocolo de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) sobre cesárea abdominal.

En consecuencia, resulta necesario efectuar un análisis detenido de las anteriores alegaciones para tratar de dilucidar si concurren en el supuesto que aquí se examina y ello puede provocar, en su caso, el nacimiento de la correspondiente responsabilidad administrativa.

a) Procede entonces pasar a estudiar el primer título de imputación. Así, se explica en el escrito de reclamación que la interesada, que se encontraba en la semana 40 de gestación, acudió el día 20 de marzo de 2012 al Hospital *"Virgen de la Arrixaca"*, ya que creía que se había producido la rotura de la bolsa amniótica.

Sostiene que los facultativos que le asistieron le dijeron *"que no era nada"* y que le dieron el alta. Apunta que dos días más tarde, es decir, el día 22 de marzo comenzó a manchar moco con sangre por lo que, creyendo que se

trataba del tapón mucoso, acudió de nuevo a Urgencias del citado centro hospitalario en el que el mismo médico que le había atendido con anterioridad le volvió a decir que estaba bien y que se fuese a su casa. Sin embargo, ante su insistencia, el Dr. x ordenó su ingreso por parto y dio a luz al día siguiente, esto es, el 23 de marzo.

A pesar de ello, en el informe de la Doctora x (del que se da cuenta en el Antecedente Quinto de este Dictamen) se expone que, aunque se ha postulado la posible rotura de membranas previa a la consulta realizada el día 22 de marzo, lo cierto es que no consta expresado en el motivo de la consulta ni parece que el ginecólogo que la asistió en ese momento tuviese constancia de ese hecho ya que, de lo contrario, se le hubiera realizado un *"test de bolsa rota"* en la puerta de urgencias o una ecografía confirmatoria.

Otro argumento que avala la impresión de que no se produjo la rotura de membranas a la que se refiere la parte reclamante se justifica por el hecho de que la paciente era portadora del estreptococo de grupo A, *"beta agalactiae"*. Como consecuencia de ese antecedente y de la fiebre materna intraparto que presentaba, se le realizó a su hijo recién nacido, a las doce horas de su alumbramiento, un análisis con PCR que descartó la existencia de una infección neonatal causada por una posible infección del líquido amniótico y las membranas que lo contienen (corioamnionitis) por estreptococo. Por esa razón, como se ha señalado, se sostiene en el informe de la Dra. x que resulta muy improbable que se hubiese producido la rotura de la bolsa amniótica que se menciona en el escrito de reclamación.

En este sentido, una vez examinada la historia clínica de Obstetricia se ha podido constatar que no se recoge la alusión a la referida rotura de membranas en ninguno de los documentos que la integran y de modo particular en los que obran a los Folios 5 y 9 (Hoja de evolución tocológica-Matronas). Por lo tanto, resulta necesario destacar que se trata de un hecho cuya realidad no se ha acreditado de ningún modo en la historia clínica y que, en cualquier caso, no presentó ninguna incidencia en la evolución posterior de la paciente ni de su hijo recién nacido, dado que la cesárea se desarrolló con normalidad y que su hijo se encuentra en perfecto estado de salud. De hecho, en el dictamen médico pericial se señala que la cesárea transcurrió sin incidencias y según la técnica habitual recomendada en los manuales de obstetricia (Conclusión 1ª). Por estas razones, dado que no se ha acreditado infracción alguna de la *"lex artis"* y que no se produjo en la realidad ningún daño real y efectivo, esa alegación no puede ser considerada en modo alguno por este Órgano consultivo.

b) El segundo título de imputación encuentra su origen en la alegación de que durante la cesárea que se le realizó a la reclamante el día 23 de marzo de 2012 se realizó una técnica defectuosa ya que se dejaron restos placentarios en la cavidad uterina que se extrajeron en el legrado que se le practicó el día 6 de abril siguiente. Así parecería acreditarlo el Informe de alta emitido por el Dr. x que se recoge en el Folio 75 de la historia clínica, en el que se señala que se extrajeron con ocasión de ese procedimiento *"abundantes restos placentarios"*.

No obstante, en el informe emitido por el Dr. x (Antecedente Quinto) se manifiesta que dicha afirmación no se ajusta a la realidad puesto que en el informe de los ginecólogos que realizaron el legrado se refieren restos, pero no de placenta. Así, en el Protocolo quirúrgico de ginecología (Folio 77 de la historia clínica) se detalla que *"Se extraen abundantes restos con pinza de anillo. Se repasa la cavidad con legra y se comprueba por ecografía que la cavidad está vacía"*. De igual modo, señala el Dr. x que en el informe anatomopatológico que se realizó de esos restos se informa de mucosa endometrial decidualizada con necrosis e inflamación, pero en ningún caso de placenta. Así se deduce de la lectura de este informe, suscrito por el Dr. x el día 16 de abril de 2012 (Folio 52 del expediente).

En este sentido, señala en su informe el Dr. x, Jefe de Sección del Servicio de Obstetricia y Ginecología, que es

posible que el informe de alta realizado por el Dr. x el día 9 de abril tras el primer legrado, en el que se informa de restos placentarios, no se ajuste a la realidad de los hechos, puesto que reitera que ni en el informe quirúrgico ni en el informe acerca del material que se envió al Servicio de Anatomía Patológica se refiere el término "*placenta*". Por ese motivo, sostiene el Dr. x que esa alusión incorrecta pudo haber inducido a error a la demandante a la hora de valorar la técnica quirúrgica empleada en la cesárea.

Por otro lado, la Dra. x también apunta en su informe que en el protocolo de la cesárea se especifica que la placenta se extrajo de manera manual y que se repasó la cavidad con gasa para así constatar que no quedaban restos placentarios. De manera particular, se señala que la paciente reingresó a los diez días de la cesárea, esto es, el día 4 de abril por un posible cuadro de pielonefritis y que el Servicio de Ginecología no apreció en esos momentos la existencia de restos placentarios. Así, se explica que "*hay ausencia de datos patológicos en la ecografía (no se aprecian restos placentarios)*" y los loquios, es decir, los derrames que se producen por la vagina en las primeras semanas después del parto, no eran malolientes o achocolatados.

Sin embargo, con posterioridad la interesada sufrió dos hemorragias que motivaron que, después de que se le aplicaran otros tratamientos, se le tuviesen que practicar sendos legrados uterinos los días 6 y 24 de abril. Así, en relación con el resultado de dichas intervenciones se destaca que no se apreció en esos momentos la existencia de restos placentarios. Con referencia al primer procedimiento se apunta en el informe que en la primera ecografía no se apreciaba la existencia de restos placentarios pero que "*en este legrado se informa de algunos restos, pero son debidos a la salida de detritus y esfacelos que ocurren de manera fisiológica tras la recuperación de la involución del lecho placentario*".

Acerca del legrado realizado el día 24 de abril por la mañana se señala en el informe de la Dra. x que "*... De nuevo en la ecografía aparece la imagen de un posible pólipo placentario, por lo que se indica un segundo legrado. Esta vez, con control ecográfico en quirófano, se aprecia la salida de escaso material y coágulos del interior uterino, sin objetivarse restos placentarios*".

A modo de resumen puede traerse a colación la Conclusión número 5 que se recoge en el dictamen pericial, de acuerdo con la cual "*ni por ecografía ni, lo que es más significativo, por el estudio anatomopatológico se pudo demostrar que la causa de la hemorragia hubiera sido la persistencia de restos placentarios tras cesárea*". Por esa razón debe descartarse que la causa de las hemorragias puerperales tardías que sufrió la reclamante pueda encontrarse en la retención de una porción de la placenta, como sostiene la parte reclamante, circunstancia que no ha sido en modo alguno acreditada, lo que impide establecer una relación de causa a efecto entre el daño por el que reclama y la asistencia sanitaria que se le dispensó.

c) La tercera imputación realizada por la parte reclamante se refiere a que durante la cesárea se realizó una técnica defectuosa a la hora de suturar el útero, lo que provocó la dehiscencia de la histerorrafia. Sin embargo, de manera contraria a lo que alega la parte reclamante deben tomarse en consideración las explicaciones ofrecidas por los facultativos que atendieron a la interesada.

Como señala la Dra. x, durante la tarde del día 24 de abril de 2012 se manifestó una hemorragia masiva (Folios 154 y 160 de la historia clínica), hasta el punto de que hubo que transfundir a la paciente once bolsas de concentrados de hematíes, fibrinógeno y plasma fresco congelado. Con el fin de preservar el útero de la reclamante se intentó colocar un taponamiento con balón de Bakri bajo control ecográfico. Sin embargo, se produjo una perforación del útero por lo que se decidió realizar una laparotomía. Se constató entonces la dehiscencia de la sutura de la histerorrafia debido casi con total seguridad, según manifiesta la ginecóloga, a la

colocación de la sonda en el contexto de un útero ya débil por el legrado previo de la mañana. Esta debió ser, por tanto, la causa que provocó la abertura de la histerorrafia y no un defecto a la hora de suturar, como sostiene la parte interesada.

Además, añade en el informe que es poco probable que la dehiscencia del útero fuera previa a la colocación de la sonda ya que se hubiera podido advertir en la ecografía que se le realizó esa mañana. Explica asimismo que si eso se hubiese producido de esa forma, debería haber mostrado otros síntomas como sangrado dentro de la cavidad abdominal o infección de la histerorrafia. Pero no se evidencia que ninguno de ellos se produjese en el caso de la paciente.

Como se ha señalado, una vez que se apreció la perforación uterina, sólo resultaba adecuado realizar una laparotomía para intentar diagnosticar el problema que originaba las hemorragias masivas y poder aplicar un tratamiento. Cuando se visualizó el útero se llegó a la conclusión de que no era ya posible resuturar de nuevo, pues se trataba de un órgano reblandecido, con tejido desvitalizado y abundante tejido de granulación. Además, se corría el riesgo de que tuviera una curación tórpida y no se podía asegurar que no volviera a sangrar. De otra parte, la vejiga se encontraba firmemente adherida a la cara anterior uterina.

Ante esa circunstancia, y con la finalidad de detener la hemorragia de la paciente, se realizó una histerectomía subtotal, que estaba perfectamente indicada al haber fracasado las actuaciones médicas que se habían aplicado previamente (Conclusión 6ª del dictamen médico-pericial), en cuyo transcurso se produjo la rotura de la vejiga en dos puntos, por lo que se tuvo que suturar con "vicryl". La evolución de la paciente fue satisfactoria y se le dio el alta hospitalaria el día 30 de abril, a pesar de que llevaba una sonda vesical.

Con posterioridad, la paciente fue controlada por el Servicio de Urología, además de por el de Ginecología, sin que se produjeran ulteriores complicaciones. En el informe del Dr. x (Antecedente Quinto) se informa de que la paciente acudió a consultas Externas de Urología para revisión y estudio de una tomografía axial computerizada el día 17 de octubre de 2013. Dado que el resultado mostró que no presentaba en ese momento alteraciones urológicas ni clínicas fue dada de alta en ese Servicio.

A juicio de la Dra. x la paciente presentó un útero con una subinvolución del lecho placentario que le ocasionó el sangrado de manera recidivante y tardía, como suele ser la norma. Esta opinión se ve confirmada con los resultados obtenidos del estudio anatomopatológico del útero, que permitió apreciar un endometrio hemorrágico. También permitió constatar que el útero estaba hipertrófico con restos deciduales, con necrosis e inflamación. No había signos de endometritis. Así se expresa el informe emitido por el Dr. x el día 30 de abril de 2012 (Folio 53 del expediente).

Como se señala en el dictamen médico pericial, la hemorragia puerperal tardía aparece tras el parto en el 1 por 100 de las mujeres y se estima que la subinvolución del lecho placentario constituye su causa entre el 50 y el 65 por 100 de ellas.

Por tanto, y una vez expresadas las consideraciones anteriores, se puede concluir que no ha quedado acreditado en modo alguno que los daños por los que se reclama puedan imputarse a una infracción, no demostrada por otro lado, de la "*lex artis ad hoc*" empleada en la asistencia sanitaria dispensada a la reclamante. En consecuencia, no existen motivos para sostener la necesaria y adecuada relación de causalidad entre los daños alegados y el

funcionamiento de los servicios sanitarios regionales.

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 presentada, al no haber resultado acreditada la relación de causalidad que debe existir entre el funcionamiento del servicio público sanitario y los daños por los que se reclama.

No obstante, V.E. resolverá.

