



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **188/2015**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 29 de junio 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 13 de enero de 2015, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **15/15**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 3 de septiembre de 2013, el legal representante de la mercantil "-", actuando en nombre y representación de x y de y, interpone una solicitud de indemnización, de la misma fecha, 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).

Según se expone en dicho escrito, la reclamante quedó embarazada en el mes de febrero de 2012, cuando tenía 38 años de edad. Se explica que se trataba de su cuarta gestación y que las tres primeras no llegaron a buen término. De hecho, en la primera de ellas se produjo un desprendimiento previo de placenta a las 31 semanas.

También se pone de manifiesto que el embarazo fue seguido en la Unidad Materno Fetal del Hospital "*Virgen de la Arrixaca*", de Murcia, ya que se trataba de un embarazo de alto riesgo.

El día 12 de abril de 2012 la reclamante padeció una intensa hemorragia en su domicilio por lo que fue trasladada de urgencia al citado hospital, donde le dieron el alta después de constatar que el feto y la madre se encontraban bien. Poco más de dos meses después, el día 22 de junio, sufrió otra segunda hemorragia. En esa ocasión estaba siendo tratada con Utrogestan y Clexane.

El 30 de agosto volvió a experimentar de nuevo un episodio de sangrado por lo que se le ingresó en el hospital sobre las 21:50 horas, donde se le realizó un monitor y se le preparó para practicarle una cesárea inminente. Una hora después, sobre las 22:50 horas, se le administró una primera dosis de Celestone y se le prescribió otra para el día siguiente a las 23:00 horas, seguido de un control ecográfico.

Se le realizó, sobre las 11:43 horas, una ecografía en la Unidad de Medicina Fetal del mencionado hospital. Sobre el resultado de la ecografía se señala en el escrito que no consta ninguna valoración en la hoja de evolución tocológica de las matronas. También se destaca que no existe ninguna hoja de evolución médica donde figure alguna referencia ni valoración en la historia clínica que les fue facilitada. Sin embargo, se apunta que en la prueba ecográfica se estimó un peso del feto de 1,198 kilogramos, se indicó que no se le proporcionase alimento a la paciente y se comentó que el bebé se encontraba bien pero que la placenta ya estaba *"dando la cara"*.

El día 31 de agosto la Dra. x entregó a la paciente el correspondiente documento de consentimiento informado con el propósito de realizarle una cesárea urgente por *"placenta previa más sangrado"*. Sobre las 00:45 horas se le realizó un monitor, que fue valorado por el tocólogo de guardia que decidió no practicar la intervención e ingresarla en la planta del hospital. Se resalta en la reclamación que no consta en la historia clínica quién decidió, y por qué motivos, no realizar la cesárea prevista. También se apunta que no se encuentran en la historia clínica las hojas de evolución médica correspondientes a la asistencia prestada los días 30 y 31 de agosto y 1, 2 y 3 de septiembre de 2012.

Tampoco se le intervino a lo largo de los días 1 y 2 de septiembre, aunque continuaba con sangrado, si bien los monitores confirmaban que el bebé estaba vivo. El día 3 de septiembre, con desaprobación de la paciente, se decidió darle el alta hospitalaria; así pues, la interesada fue enviada de nuevo a su domicilio sin que se le realizase ninguna prueba ecográfica y a pesar de que refería dolor en hipogastrio, síntoma -según apunta la parte interesada- de posible desprendimiento de placenta.

El 4 de septiembre de 2012 sufrió otra hemorragia, acompañada de un fuerte dolor, por lo que tuvo que llamar de nuevo al Servicio de Emergencias 112. En esa ocasión la recogió tan sólo el conductor de la ambulancia que la obligó a rellenar los formularios con sus datos personales, lo que provocó un retraso injustificado en su traslado. Una vez en el Hospital *"Virgen de la Arrixaca"* fue atendida por presentar *"Metrorragia grave en tercer trimestre de gestación"*. Aunque se le practicó urgentemente la cesárea, el bebé había fallecido.

Según sostiene la parte reclamante, existe una relación de causalidad entre los hechos que determinan la actuación sanitaria y el resultado lesivo ocasionado, como es el fallecimiento del feto. Este daño se hubiera evitado si se hubiera practicado una cesárea el día 31 de agosto de 2012, tal y como estaba programada o, en su defecto, si la paciente se hubiera quedado ingresada en el hospital para un mayor control mediante ecografías, seguimiento de la medicación anticoagulante suministrada y manejo hospitalario ante un inminente y previsible desprendimiento de placenta, debido a sus antecedentes y a los signos clínicos que mostraba.

También exponen los interesados que se produjo una vulneración del derecho a la información pues una vez anulada la cesárea no fue informada de los riesgos que se podían derivar de su situación, ya que el tocólogo de guardia asumió indebidamente el riesgo de no realizarla, privando a la madre del derecho a decidir sobre su derecho a tener un niño del todo viable. Manifiestan asimismo que si se le hubiera informado de los riesgos que corría podía haber acudido a la sanidad privada.

De igual modo, se pone de manifiesto en el escrito que la paciente sufrió un infarto pulmonar el día 25 de septiembre de 2012 lo que, unido a sus antecedentes obstétricos, le hace imposible volver a quedarse embarazada de nuevo. Además, debido a la situación post-traumática que sufrió ha desarrollado frustraciones que le provocan un estado de afecto *"hipotímico"*.

Por todo lo expuesto, los peticionarios solicitan una indemnización de 120.000 euros por la pérdida del feto; 50.000 euros por la vulneración del derecho a la información y 30.000 euros por el desarrollo de nuevos trastornos psicológicos. En consecuencia, la indemnización reclamada asciende a la cantidad de doscientos mil euros (200.000euros).

Como medios de prueba solicitan la documental consistente en los documentos aportados con su escrito, la historia clínica que obre en el citado centro hospitalario y la copia videográfica de la ECO que se practicó a la paciente con fecha 31 de agosto de 2012.

Junto con la reclamación se acompaña copia de la escritura de apoderamiento otorgada a favor de la mercantil "--"; la copia de la escritura de constitución de esa sociedad y numerosa documentación clínica.

SEGUNDO.- Con fecha 19 de septiembre de 2013 la Jefa de Servicio Jurídico del Servicio consulta requiere a la parte reclamante para que aporte copia compulsada de la escritura de constitución de la sociedad limitada "--" otorgada el día 15 de marzo de 2013 por x, debidamente inscrita en el Registro Mercantil.

El día 16 de octubre x presenta un escrito, de esa misma fecha, con el que acompaña la copia compulsada solicitada.

TERCERO.- El Director Gerente del Servicio Murciano de Salud dicta resolución el día 24 de octubre de 2013 por la que admite a trámite la reclamación de responsabilidad formulada por los interesados y 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.

CUARTO.- El día 25 de octubre de 2013 se 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 comunique a la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud.

QUINTO.- También con esa misma fecha de 25 de octubre se solicita de la Gerencia de Área I-Hospital "*Virgen de la Arrixaca*" la copia de la historia clínica de la paciente que obre en sus archivos, la copia videográfica de la ECO practicada a la paciente el pasado día 31 de agosto de 2012 y los informes de los facultativos que la atendieron, relativos a los hechos descritos en la reclamación.

SEXTO.- El día 20 de enero de 2014 se recibe la comunicación del Director Gerente del Área I de Salud, del día 15 de ese mismo mes, con la que se acompaña la copia de la historia clínica de la paciente y el informe clínico elaborado por el Doctor x, Coordinador de la Unidad Médica de Medicina Fetal (UMMF), con fecha 13 de enero de 2014. En dicho documento se pone de manifiesto lo siguiente:

"Tras un diagnóstico de sangrado secundario a placenta previa oclusiva, el día 2/09/2012 en el pase de visita de planta se objetiva que la paciente x está asintomática tras más de 24 h de ingreso hospitalario.

Su situación clínica es la siguiente: constantes vitales normales, no presenta sangrado vaginal desde hace más de 24 h, monitorización seriada sin alteraciones en el registro fetal y sin dinámica uterina, analíticas conservadas (Hb 10.7 gr/dl desde el ingreso).

El día 31/08/2012 se había realizado Ecografía en UMMF confirmando el diagnóstico inicial de placenta previa oclusiva, con adecuado bienestar fetal.

La paciente había finalizado maduración pulmonar fetal con Celestone Cronodose (administrado 30-31/8/2012) y se administró también Sulfato de Magnesio para neuroprotección fetal por si fuera necesario finalizar la gestación. Se mantuvo tratamiento profiláctico de trombosis con Clexane 40 mg sc 1/24 h.

El día 3/09/2012 la paciente continua estable tanto clínica como analíticamente y dado que el sangrado cedió 48 h antes, es dada de alta consensuando con la paciente seguimiento ambulatorio estricto avisándola de las señales de alarma e insistiendo que ante cualquier sangrado por mínimo que fuera acudiera a Urgencias.

El desprendimiento de placenta es una patología obstétrica impredecible e inevitable y por tanto no fue posible evitar el fatal resultado.

La actuación médica siguió la lex artis, ya que se ajustó en todo momento a los protocolos de Obstetricia de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología, cuyos contenidos más destacados al respecto de la patología que presenta x son:

"Manejo de placenta previa: estabilización hemodinámica, control de bienestar fetal, maduración pulmonar con corticoides, reposo, evitar tactos vaginales, intentar mantener Hto materno > o igual a 30% y Hb > o igual a 10 gr/dl". "La actuación más lógica ante una placenta previa sintomática, es el ingreso y control hospitalario, planteándose el alta una vez que el cuadro se ha estabilizado". "Una vez haya cedido la hemorragia, si el estado materno-fetal es adecuado, se puede plantear el manejo ambulatorio tras 48-72 horas de ausencia de hemorragia".

Se acompañan los protocolos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) sobre "Placenta previa" y sobre "Desprendimiento prematuro de placenta", así como fotografías de la exploración a la que se sometió a la paciente, si bien se destaca que no se guardan vídeos de las exploraciones ecográficas por imposibilidad técnica en la inmensa mayoría de los centros españoles.

SÉPTIMO.- Con fecha 28 de enero de 2014 se remite copia del expediente administrativo a la compañía aseguradora y se solicita de la Subdirección General de Atención al Ciudadano e Inspección Sanitaria que la Inspección Médica emita informe valorativo de la reclamación presentada.

El día 16 de junio de 2014 se reitera la solicitud de informe.

OCTAVO.- El día 10 de febrero de 2014 se recibe un escrito de la misma fecha del letrado x, del Colegio de Abogados de A Coruña, en el que manifiesta que se persona en el procedimiento en nombre de los reclamantes y que solicita que se conozcan con él los sucesivos trámites que se produzcan. A tal efecto, acompaña la oportuna copia de la escritura de apoderamiento otorgada a su favor.

NOVENO.- Obra en el expediente un informe médico-pericial suscrito el día 28 de abril de 2014 por una Doctora en Medicina y Cirugía, Especialista en Ginecología y Obstetricia, aportado por la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud. En dicho documento se ofrece una relación de los hechos, unas consideraciones médicas acerca de la placenta previa y el desprendimiento prematuro de la placenta normalmente inserta, una descripción de la praxis aplicable al caso y las siguientes:

"Conclusiones médico-periciales:

- 1. La paciente fue ingresada inicialmente por sangrado asociado a placenta previa. La patología aguda que produjo la muerte fetal no fue la placenta previa sino el desprendimiento placentario. Entidad conocida como: desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta (DPPNI) o abruptio placentae.*
- 2. El desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta (DPPNI) es uno de los eventos hipóxicos agudos fetales que tiene la suficiente magnitud para lesionar a un feto previamente sano. Se denomina junto con otras circunstancias agudas y gravísimas para el feto como eventos hipóxicos centinelas.*
- 3. El desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta (DPPNI) es un hecho agudo e inesperado, no existen indicadores anteriores que nos puedan alertar de su aparición, y puede aparecer de una forma tan brusca que aunque esté la paciente ingresada y se actúe rápidamente, no existen garantías de poder salvar la vida al feto.*
- 4. La paciente estuvo ingresada previamente durante 4 días por sangrado asociado a placenta previa (del 31 de agosto al 3 de septiembre). Durante el ingreso hospitalario se le realizaron a la paciente las pruebas y tratamientos habituales.*
- 5. Ante una placenta previa sangrante, en un gran prematuro (29 semanas) como en este caso, la actuación correcta es la observación; siempre y cuando no exista grave compromiso materno o fetal. Si el episodio agudo de sangrado se resuelve como en este caso, no es necesario adelantar el nacimiento dado los graves riesgos neonatales de un gran prematuro de 29 semanas.*
- 6. Se actuó correctamente, al no existir en el momento de la alta médica, compromiso materno ni fetal. Como*

indican los protocolos la placenta previa se puede manejar de manera ambulatoria tras 48-72 horas de observación con ausencia de hemorragia.

7. Las actuaciones médicas fueron en todo momento correctas y adecuadas a la Lex Artis".

DÉCIMO.- Con fecha 6 de septiembre de 2014 se recibe la comunicación de la Subdirección General de Atención al Ciudadano e Inspección Sanitaria, del día 3 anterior, con la que se remite el informe valorativo de la Inspección Médica, de 19 de agosto. En dicho documento también se contiene una relación de los hechos, unas consideraciones médicas acerca de la placenta previa; el desprendimiento prematuro de placenta; el trastorno esquizoafectivo y el trastorno de ideas delirantes. También se incorpora un juicio crítico y se formulan las siguientes conclusiones:

"1. El objeto de la reclamación es la indemnización por la pérdida del feto en la semana 29 de gestación, por la vulneración del derecho a la información y por el desarrollo de nuevos trastornos psicológicos.

2. Gestante de 38 años que el día 30 de agosto del 2012 se encuentra en la semana 28+3 con una placenta previa sintomática. Se decide por parte del facultativo que la asiste iniciar un tratamiento conservador expectante, quedando ingresada para manejo y control hospitalario. Durante el ingreso la evolución es adecuada. El día 3 de septiembre tras más de 48 horas de cese de la hemorragia, con un estado materno fetal adecuado se da de alta hospitalaria y se cita para control en 1 semana. Se insiste en volver si hay nuevo sangrado.

3. En una placenta previa sintomática únicamente hubiera estado indicada la cesárea urgente en una gestación de 28 semanas si la metrorragia fuera de tal cuantía que no se hubiera podido estabilizar apareciendo compromiso fetal o materno. En este caso el día 31 de agosto se indicó la realización de una cesárea programada al ser una placenta previa oclusiva, donde el parto vaginal no es posible y no la realización de una cesárea urgente pues la paciente permanecía estabilizada hemodinámicamente, sin dinámica uterina y con una edad gestacional de 28+3 semanas, es decir con una gran prematuro donde lo más indicado si se puede es mantener la gestación hasta alcanzar la mayor madurez fetal.

4. La muerte fetal se produce el día 4 de septiembre por un desprendimiento prematuro de placenta grave. Esta patología es un hecho imprevisible e inevitable, del que no existen indicadores que nos puedan alertar de su aparición. Ante un desprendimiento de placenta grave aunque la paciente hubiera estado ingresada no existen garantías de que se hubiera salvado la vida del feto.

5. La paciente fue adecuadamente informada tal como queda recogido en la historia clínica y en la firma del consentimiento informado de la cesárea programada.

6. La paciente padece una enfermedad mental crónica y no se puede afirmar que su estado se haya agravado desde el día 4 de septiembre del 2012.

7. Nos encontramos con una gestante en la que coinciden dos patologías independientes cuya clínica es la metrorragia del tercer trimestre, por un lado presenta una placenta previa oclusiva sintomática tratada de manera correcta y el 4 de septiembre debuta con un desprendimiento que provoca la muerte fetal y en la que la actuación médica fue en todo momento correcta y acorde a los Protocolos y Guías de actuación Clínica en Ginecología y Obstetricia de la SEGO".

UNDÉCIMO.- Mediante escritos con fecha 8 de octubre 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.

El día 6 de noviembre siguiente se recibe un escrito del representante de los interesados, del día anterior, en el que manifiesta que se afirman y ratifican íntegramente el contenido de la reclamación interpuesta el día 3 de septiembre de 2013.

DUODÉCIMO.- El día 28 de noviembre de 2014 se formula propuesta de resolución desestimatoria, por entender que no concurren los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial sanitaria.

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 13 de enero de 2015.

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 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. La legitimación activa corresponde a los reclamantes por ser las personas que sufren los daños, físicos y morales, por los que solicitan una indemnización.

La Administración regional está legitimada pasivamente por dirigirse contra ella la reclamación e imputarse el daño a los servicios públicos sanitarios 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). En el presente caso, el desprendimiento prematuro de placenta se produjo el día 4 de septiembre de 2012 y la reclamación se presentó el día 3 de septiembre del año siguiente, por lo que se debe concluir que se interpuso dentro del plazo legalmente establecido.

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

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, 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 ya se ha puesto de manifiesto con anterioridad, los reclamantes formulan tres imputaciones distintas a la Administración sanitaria. Así, por un lado, a) consideran que existe una relación de causa a efecto entre la asistencia que se prestó a la paciente y el fallecimiento del feto. A su juicio, ese daño se hubiera evitado si se hubiera practicado una cesárea, como estaba programada, el día 31 de agosto de 2012 o, en su defecto, si la paciente se hubiera quedado ingresada en el hospital para un mayor control, seguimiento y manejo hospitalario, ante un inminente y previsible desprendimiento de placenta, debido a sus antecedentes y a los signos clínicos que

mostraba (tres visitas anteriores al Servicio de Urgencias con sangrado).

b) También entienden los interesados que se produjo una vulneración del derecho a la información pues una vez anulada la cesárea no fue informada de los riesgos que se podían derivar de su situación y se privó a la madre de su derecho a tener el bebé.

c) Por último, manifiestan asimismo que, debido a la situación post-traumática que sufrió, la interesada ha desarrollado frustraciones que le provocan un estado de afecto "*hipotímico*".

Para analizar dichos títulos de imputación resulta necesario traer a colación los antecedentes del caso. Ya se ha dejado apuntado que la interesada presentaba como antecedente médico un trastorno esquizoafectivo desde 1999 que había motivado varios ingresos hospitalarios por descompensación, así como un aborto espontáneo y un desprendimiento de placenta con pérdida fetal.

En la segunda ecografía de control que se le realizó el día 2 de julio de 2012, en la semana 20+1 de gestación, se diagnosticó una placenta previa oclusiva, si bien el resto de la exploración ecográfica resultó normal.

El día 30 de agosto de 2012, en la semana 28+3, acudió al Servicio de Urgencias de Alhama por metrorragia intensa. En la exploración se apreciaron coágulos y restos de sangrado, por lo que fue trasladada al Hospital "*Virgen de la Arrixaca*". En la ecografía se confirmó una placenta previa y un crecimiento fetal acorde con la edad gestacional. La monitorización fetal fue normal, con frecuencia cardíaca fetal (FCF) 140, buena variabilidad, buena reactividad y ausencia de dinámica uterina.

Se inició tratamiento con Celestone (para maduración respiratoria fetal) y se cursó preoperatorio en previsión de una posible cesárea. La paciente firmó el consentimiento para cesárea programada (no urgente) y se mantuvo el tratamiento con Clexane.

Durante su ingreso, el sangrado fue escaso durante el primer día y cesó posteriormente. Se realizaron monitorizaciones diarias (7 en total, además de la de urgencias). El mismo día del alta, es decir, el 3 de septiembre, se realizó la última, y se apreció buena variabilidad y reactividad, así como ausencia de dinámica uterina. Se decidió el alta hospitalaria y se formuló la recomendación de volver si el sangrado era mayor que una regla.

Al día siguiente, 4 de septiembre de 2012, la paciente fue trasladada al Hospital mencionado por sangrado. En la monitorización no se detectó latido fetal y se realizó cesárea urgente para extracción. En la intervención se objetivó un desprendimiento masivo placentario y el fallecimiento del feto.

Finalizado ese proceso, el día 26 de septiembre de 2012 la paciente acudió a urgencias por dolor torácico acompañado de tos con expectoración marronácea y disnea en las últimas horas. Por medio de un angioTAC se diagnosticó un tromboembolismo pulmonar con infarto pulmonar derecho.

Una vez que se han relatado los principales hechos que se produjeron en relación con la asistencia que se dispensó a la interesada, se hace necesario valorar su adecuación con la normopraxis exigible en cada caso.

a) Con relación a la primera imputación, se apunta en el informe valorativo de la Inspección Médica que nos encontramos ante el caso de una gestante de 38 años de edad que el día 30 de agosto de 2012 se encontraba en la semana 28+3 de gestación, con una placenta previa sintomática.

Se pone de manifiesto así mismo que en ese momento se decidió por parte del facultativo que la asistió iniciar un tratamiento conservador expectante, y que quedó ingresada para manejo y control hospitalario, puesto que concurrían las siguientes circunstancias: no se trataba de una hemorragia grave; el estado hemodinámico materno era estable; la edad gestacional del feto era inferior a la semana 36, y no se advertían datos de pérdida de bienestar fetal. Por último, resalta la Inspección Médica que la paciente no presentaba dinámica uterina.

También se añade en dicho informe que durante el ingreso en planta la paciente permaneció en reposo; no se le realizaron tactos vaginales; se le realizó un control de las constantes maternas y de las pérdidas hemáticas, así como un control diario del bienestar fetal. Se le trató con corticoides para favorecer la maduración pulmonar y con sulfato de magnesio para conseguir la neuroprotección del feto.

De manera significativa, se destaca en el informe que en ningún documento de la historia clínica queda reflejado que el día 31 de agosto se hubiera indicado la realización de una cesárea urgente. Ello contradice, pues, de manera frontal, la alegación de los interesados de que se hubiese programado la realización de una cesárea. En ese sentido, se explica que la paciente firmó el consentimiento informado para cesárea programada, única forma de finalizar la gestación en este caso (ya se trataba de una placenta previa oclusiva), cuando procediese.

Por ello, y de conformidad con lo que se dispone en los Protocolos y Guías de actuación Clínica en Ginecología y Obstetricia de la SEGO, se concluye en el informe de la Inspección Médica que el día 31 de agosto de 2012 no estaba indicada la realización de una cesárea urgente cuando la reclamante comenzó con la metrorragia secundaria a la placenta previa, dado que ésta no comprometía el estado hemodinámico materno-fetal y que el feto podía ser considerado entonces un gran prematuro, que se encontraba en la semana de gestación 28+3.

De manera contraria, se apunta en el informe de la Inspección Médica que sólo hubiera estado indicada la cesárea urgente cuando la edad gestacional es menor de 36 semanas si el cuadro no se estabilizara y comprometiese el bienestar de la madre o del feto.

Por otro lado, resulta necesario analizar la alegación formulada por la parte reclamante de que la paciente hubiera debido quedar ingresada ante un inminente y previsible desprendimiento masivo de placenta, para hacer posible un mayor control, seguimiento y manejo hospitalario. En este sentido, en el informe de la Inspección Médica se destaca que, de acuerdo con los protocolos de la SEGO, la actuación más lógica ante una placenta previa sintomática es el ingreso y el control hospitalario, y sólo resulta posible plantearse el alta de la paciente una vez que el cuadro se haya estabilizado.

Una valoración similar se contiene en el informe pericial cuando se manifiesta que ante una placenta previa sangrante, en un gran prematuro de 29 semanas, como en este caso, la actuación correcta es la observación, siempre y cuando no exista grave compromiso materno o fetal. También se añade que si el episodio agudo de sangrado se resuelve, como en este supuesto, no resulta necesario adelantar el nacimiento, dados los graves riesgos neonatales que podría tener que enfrentar un gran prematuro de esa edad de 29 semanas.

Asimismo, la Inspección apunta que a pesar de que la paciente presentaba factores de riesgo de que se produjese un desprendimiento prematuro de la placenta (como el hecho de fuese mayor de 35 años y el antecedente de desprendimiento en su primera gestación), no se puede afirmar que el desprendimiento prematuro sea inminente y previsible. Lejos de ello, se señala que el desprendimiento de placenta es una patología obstétrica impredecible e inevitable. Como también se pone de manifiesto en el informe pericial, el desprendimiento placentario es un hecho agudo e inesperado, no existen indicadores anteriores que puedan alertar de su aparición y puede aparecer de una forma tan brusca que aunque la paciente esté ingresada y se actúe rápidamente, no existen garantías de poder salvar la vida al feto (Conclusión 3ª de su informe). Por esa razón, también resulta necesario rechazar la apreciación de los reclamantes de que el desprendimiento prematuro de placenta fuera previsible y pudiera deducirse de los síntomas que presentaba la paciente en aquellos momentos.

Así, se destaca que, en este caso, el día 3 de septiembre el facultativo que asistió a la reclamante consideró que el manejo podía ser ambulatorio, y decidió el alta hospitalaria al comprobar que el cuadro se había estabilizado, ya que el sangrado había cedido desde el día 31 de agosto, no presentaba dinámica uterina y se apreciaba además un adecuado bienestar fetal. Así se aprecia además, de la simple lectura de dicho informe de alta de gestantes que obra al folio 259 del expediente administrativo. Allí se dice de manera literal que *"La paciente refiere haber manchado? un poco, pero a la exploración no hay sangrado activo"*.

Coincide con ello el informe pericial (Conclusiones 5ª y 6ª). También se apunta que en el informe de alta del día 3 de septiembre consta que la paciente fue informada de que debía acudir al hospital si experimentaba cualquier episodio hemorrágico (*"Volver si sangrado mayor que regla"*).

Por todo ello, se considera en el informe valorativo de la Inspección Médica que el alta hospitalaria se ajustó en todo momento a los protocolos de obstetricia de la SEGO. En el informe pericial se determina también que se actuó correctamente, dado que no existía en el momento del alta médica compromiso materno ni fetal (Conclusión 6ª). También apunta la Inspección que no se puede afirmar que el ingreso hospitalario hubiera evitado el fallecimiento del feto, pues los graves desprendimientos prematuros de placenta, como sucedió en este caso, se suelen asociar generalmente a muerte fetal, que ocurre de forma súbita y por anoxia.

b) En segundo lugar, sostiene la parte reclamante que se vulneró su derecho a la información pues una vez anulada la cesárea no fue informada de los riesgos que se podían derivar de su situación, ya que el tocólogo de guardia asumió indebidamente el riesgo de no realizarla, privando a la madre del derecho a decidir sobre su derecho a tener un niño del todo viable.

Acerca de esta cuestión conviene aclarar, tal y como hace la Inspección Médica en su informe, que en ningún documento de la historia clínica queda reflejado que el día 31 de agosto se hubiera indicado la realización de una cesárea urgente. La simple lectura de la historia clínica permite obtener esa impresión y, particularmente, del documento *"Evolución Tocológica Matronas"* (folios 267 y 268 del expediente).

Lo que sí es cierto es que aparece en él la anotación, realizada a las 23:00 horas del día 30 de agosto, de que "*Se cursa preoperatorio y pruebas cruzadas*". Esta misma anotación figura en el informe de ingreso desde urgencias, de 31 de octubre (folio 260), pero parece referirse más bien a una medida preventiva. En este sentido, en el informe pericial (folio 439 vuelto) se explica que "*... se cursó preoperatorio en previsión de una posible cesárea*", aunque lo cierto es que en ningún momento resultó necesario indicar la realización de esa intervención urgente a la vista de la favorable situación en la que se encontraban la paciente y el propio feto y del riesgo que ello podía suponer para un feto menor de 36 semanas.

De igual manera, obra en el expediente el "*Documento de consentimiento informado para cesárea programada*" (folios 265 y 266), firmado por la reclamante el día 31 de agosto de 2012, en el que se recoge que, en el caso concreto de la paciente, la indicación de cesárea se debía a "*placenta previa + sangrado*". Sin embargo, no resulta difícil entender que la firma de ese documento se produjo ante la posibilidad, luego no materializada, de que se hubiese tenido que realizar una cesárea, pero de ello no cabe extraer la conclusión de que se hubiese indicado realmente dicha operación.

De otra parte, resulta difícil de creer que la reclamante no fuese consciente de la corta edad gestacional del feto en aquellos momentos (un gran prematuro de 29 semanas) y de los graves riesgos que podía suponer para su vida que fuese extraído del vientre materno, máxime -se debe insistir- cuando el cuadro estaba estabilizado y no existía compromiso materno ni fetal. Debido a esa circunstancia, no cabe apreciar que se infringiera ningún deber de información sanitaria que pudiera haber permitido a la reclamante adoptar la decisión de solicitar que se le practicara una cesárea de urgencia.

c) Con relación a la posible agravación de la patología psiquiátrica, se apunta en el informe valorativo de la Inspección Médica que no se puede afirmar que el estado mental de la paciente se haya agravado desde el día 4 de septiembre de 2012. De hecho, no se evidencia en la documentación clínica analizada que a partir de esa fecha la paciente haya precisado un cambio en el tratamiento crónico prescrito por su psiquiatra de referencia, ni que se haya producido un ingreso hospitalario por descompensación del trastorno esquizoafectivo que padece desde 1999 y por el que ha necesitado ser ingresada en varias ocasiones, la última cuando se encontraba en la sexta semana de gestación del embarazo objeto de la presente reclamación.

Por lo tanto, y de acuerdo con lo que acaba de quedar expuesto, se puede concluir con la Inspección Médica que en la paciente coincidieron dos patologías independientes cuya clínica consiste en la metrorragia del tercer trimestre. Así, por un lado presenta una placenta previa oclusiva sintomática de la que fue tratada de manera correcta y un desprendimiento prematuro de placenta que provocó la muerte fetal, del que también fue asistida con sujeción a los Protocolos y Guías de actuación clínica en Ginecología y Obstetricia de la SEGO.

De ello se puede considerar que no se advierte que concurra en este caso la relación de causa a efecto que debe mediar entre el funcionamiento del servicio público sanitario y los daños alegados para que se genere la responsabilidad patrimonial administrativa.

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 por no concurrir los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración pública sanitaria.

No obstante, V.E. resolverá.

