



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **309/2018**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 19 de noviembre de 2018, 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 del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 7 de junio de 2018, sobre responsabilidad patrimonial instada por D.^a X como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **151/18**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 4 de diciembre de 2015 D.^a X y D. Y, asistidos por un letrado, presentan una solicitud de indemnización con fundamento en la responsabilidad patrimonial que incumbe a la Administración de acuerdo con lo que se establecía en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), entonces vigente.

Los interesados exponen en la reclamación que están casados y que ella quedó embarazada en abril de 2014. También explican que la gestación fue controlada en el Centro de Salud *Profesor Jesús Marín López*, de Molina de Segura, y que la reclamante se realizó varias analíticas en el Hospital General Universitario *Morales Meseguer* (HMM), de Murcia.

Añaden que el 6 de diciembre de 2014 ella ingresó para dar a luz en el Hospital Clínico Universitario *Virgen de la Arrixaca* (HUVA), también de Murcia, pero que después de unas horas se advirtió que se había producido la muerte del feto antes del parto.

La interesada fue dada de alta el 5 de enero de 2015 con los diagnósticos de síndrome incompleto con hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y descenso de las plaquetas (HELLP, por sus siglas en inglés); hígado graso agudo del embarazo; desprendimiento de placenta, coagulación intravascular diseminada (CID) y hemorragia masiva.

Los reclamantes sostienen que la embarazada presentaba durante el embarazo una sintomatología compatible con el síndrome referido. Así, en los controles analíticos que se realizaron los días 27 de julio; 1 de septiembre, 14 de octubre y 3, 7 y 20 de noviembre de 2014 se evidenciaban alteraciones de las que podía inferirse la existencia

de una anemia hemolítica microangiopática -que es la principal manifestación de la existencia de un HELLP-, de una trombocitopenia y de una elevación de las enzimas hepáticas.

Consideran que el proceso de gestación estuvo mal controlado por los facultativos que la trajeron y la asistieron, ya que la falta de diagnóstico permitió la progresión del proceso hasta su consolidación final, lo que impidió que el tratamiento de la enfermedad se hubiera abordado con mayores garantías de éxito. Reiteran que había síntomas y signos clínicos (malestar general; sangrado vaginal; cefaleas, dolor abdominal y gastroenteritis aguda) que debían haber inducido a pensar en un cuadro de preeclampsia.

Por ese motivo, solicitan una indemnización de 750.000 euros y demandan que se practique prueba documental para que se incorporen al expediente administrativo las copias de las historias clínicas de la interesada que se encuentren depositadas en los centros sanitarios mencionados.

Con el escrito se adjuntan copias de la Cartilla de Salud de la Embarazada y numerosos documentos de carácter clínico.

SEGUNDO.- El 23 de diciembre de 2015 una Asesora Facultativa del Servicio Jurídico del Servicio Murciano de Salud remite una comunicación a los reclamantes en la que solicita que acrediten la legitimación con la que dicen intervenir y aporten, a ese efecto, una copia del Libro de Familia.

Mediante un escrito fechado el 27 de enero de 2016, el abogado de los interesados explica que, aunque en la reclamación se dijo que los interesados estaban casados, lo cierto es que se produjo un error dado que mantienen una relación afectiva como pareja de hecho (con convivencia *more uxorio*) y, como prueba de ello, aporta la copia de un Volante Colectivo de Inscripción Padronal expedido por el Ayuntamiento de Molina de Segura en el que se expone que en el Padrón municipal figura, a 23 de enero de 2016, que los reclamantes conviven en el mismo domicilio.

No obstante, la Asesora Facultativa remite un nuevo escrito a los peticionarios el 18 de febrero de 2016 en el que expone que ese documento no demuestra la legitimación activa del Sr. Y y le requiere para que aporte un certificado que acredite que la unión está inscrita en el Registro de Parejas de Hecho o aporte cualquier otra prueba que sirva para justificar la relación de afectividad que pueda existir entre ellos.

Como no se presenta el documento requerido ni se practica la prueba demandada, el Director Gerente del Servicio Murciano de Salud dicta una orden el 28 de junio de 2016 por la que tiene a D. Y por desistido de la reclamación presentada.

TERCERO.- El Director Gerente del Servicio Murciano de Salud dicta una resolución el 15 de septiembre de 2016 por la que admite a trámite la solicitud de indemnización presentada por la Sra. X y designa a la instructora del procedimiento. Ese acto se le comunica debidamente al letrado de la interesada y se le proporciona la información a la que se refiere el artículo 42.4 LPAC.

CUARTO.- Por medio de comunicaciones fechadas el mismo 15 de septiembre se da cuenta de la presentación de la reclamación de responsabilidad patrimonial a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y a la correduría de seguros *Aon Gil y Carvajal, S.A.* para que lo comunique a la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud.

QUINTO.- El 19 de septiembre de 2016 se demanda a las Direcciones Gerencias de las Áreas I-HUVA y VI-HMM que remitan copias de las historias clínicas de la reclamante de las que respectivamente dispongan y los informes de los profesionales que la atendieron, acerca de los hechos expuestos en la solicitud de indemnización.

SEXTO.- Después de que se reiterara la solicitud de información, el 13 de enero de 2017 se recibe la documentación remitida por el HMM que comprende una copia de las historias clínicas de la interesada de Atención Primaria y Especializada y dos informes.

En el primero de ellos, realizado el 22 de diciembre de 2016 por la Dra. D.^a Z, médico de Medicina Familiar y Comunitaria adscrita al Centro de Salud *Profesor Jesús Marín López*, de Molina de Segura, se describe con detalle la asistencia que se prestó a la reclamante y se formulan las siguientes consideraciones:

"- Los controles analíticos realizados de forma protocolizada valorados por mí (tanto de forma previa como en presencia de la paciente en consulta) fueron rigurosamente normales, y solamente en la analítica programada y protocolizada del tercer control de gestación se produjo un descenso leve de la cifra de plaquetas, en rango no suficiente para provocar alarma ni sangrado aparente ni manifiesto. Además, como bien se sabe desde un punto de vista médico, la trombocitopenia leve dilucional y/o por secuestro placentario puede ser fisiológica a lo largo de la gestación careciendo la misma de trascendencia clínica. Por tanto, a lo largo de nuestra atención, no aparecieron criterios analíticos suficientes ni manifiestos para sospechar ni diagnosticar un "síndrome de HELLP".

- Por último, querría resaltar que los controles tensionales realizados en la consulta de la Matrona adscrita a este EAP fueron absolutamente normales a lo largo de todo el proceso de atención a la gestación. Esto, unido a la ausencia de proteinuria (analíticas de orina practicadas normales) y de edemas en la paciente, descartan, desde un punto de vista conceptual, el diagnóstico de Preeclampsia, al menos hasta la última atención en consulta realizada por mí el día 25 de Noviembre".

En el segundo, elaborado por D.^a Q, matrona del Centro de Salud ya mencionado, se describe asimismo la asistencia que se prestó a la interesada y se expone que los resultados de las tomas de tensión arterial y las pruebas de control del peso, del latido cardíaco del feto y de la altura uterina fueron completamente normales durante el proceso de gestación. También destaca que *"en ningún momento esta gestante tuvo ninguna H.T.A. [Hipertensión arterial] como para ser derivada por mí como matrona a su médico de familia"*.

SÉPTIMO.- Tras ser objeto asimismo de reiteración la solicitud de información, en junio de 2017 se recibe la documentación demandada a la Dirección Gerencia del HUVA. Entre ella figura una copia de la historia clínica de la interesada con la que se adjuntan 8 discos compactos (CD) que contienen imágenes radiológicas relacionadas con el procedimiento y otro disco que guarda dos fotografías, que se adjuntó con el informe realizado conjuntamente, el 18 de mayo de 2017, por los doctores D. N y D.^a K, facultativos especialistas de Obstetricia y Ginecología del HUVA.

En ese extenso documento se contiene la siguiente conclusión:

"La paciente gestante presentó un cuadro agudo de CID (coagulopatía de consumo intravascular diseminada) secundaria a un hígado graso del embarazo que debuta de forma brusca llevando a la muerte fetal intrauterina con un desprendimiento pequeño de la placenta.

Esta es la complicación aguda más cataclísmica que puede presentarse en una embarazada con una tasa de muerte materna del 18% y una tasa de muerte fetal de 23%.

Fue un cuadro agudo, del último día de su embarazo y por lo tanto no fue previsible ni evitable, dado que los signos previos que la paciente presentó antes del ingreso no eran orientativos de este desenlace. No reúne los criterios diagnósticos de SwanKA (hígado graso) y tampoco los criterios de Tennessee (S. Hellp).

Tras su ingreso en el Hospital con CID (sangre no coagulable), feto muerto y sospecha de DPPNI (desprendimiento precoz de la placenta normalmente inserta) se aplicó protocolo diagnóstico y conducción del parto de acuerdo a los protocolos de SEGO (Sociedad de Obstetricia y Ginecología), de reconocida evidencia científica. Se utilizaron todos los medios existentes en un Hospital de III nivel para evitar el impacto (sangrado masivo) asociado a este cuadro clínico y que pudo tener consecuencias fatales para la paciente.

(...).

Por todo ello, la actuación médica en todo momento se ajustó a protocolos científicos y gracias a la rápida, coordinada y eficaz intervención, la paciente salvó la vida y sólo presentó un hematoma perineal. Se evitó una hemorragia de retina (ceguera), una rotura hepática (trasplante), una hemorragia intracranal (secuelas cerebrales), una necrosis hipofisaria (S. Sheehan), fallo renal, etc.

Desafortunadamente no se pudo evitar la muerte fetal".

También se aporta el informe elaborado el 22 de mayo de 2017 por el Dr. D. V, responsable del Área de Urgencias y Paritorio, en el que se relatan detalladamente las asistencias de urgencia que se dispensaron a la interesada los días 30 de noviembre y 2 de diciembre de 2014. En ese documento se explica finalmente que *"La paciente acudió en las ocasiones a urgencias refiriendo un cuadro digestivo inespecífico, de estreñimiento y acidez gástrica sin referir dolor hipogástrico o en hipocondrio derecho, no aumento de tensión arterial, no cefalea, no alteraciones visuales, síntomas todos ellos que nos podrían haber orientado hacia un cuadro clínico que sufrió días más tarde. En Urgencias se le practicaron las exploraciones clínicas necesarias según los síntomas que presentaba la gestante en ese momento (...). La complicación que sufrió la gestante se trata de una complicación aguda, de una presentación atípica al no asociarse a hipertensión arterial materna".*

Por último, se remite el informe realizado el 25 de noviembre de 2016 por la Dra. D.^a W, del Servicio de Digestivo del HUVA, en el que relata el tratamiento que se dispensó a la interesada en ese Servicio en fechas posteriores al parto -a partir del 18 de diciembre de 2014-, dado que el cuadro clínico que presentaba entonces con carácter predominante era el fallo hepático.

OCTAVO.- La instructora del procedimiento da traslado el 13 de junio de 2017 de una copia del expediente a la Subdirección General de Atención al Ciudadano e Inspección Sanitaria para que la Inspección Médica emita su informe valorativo. De igual modo, ese mismo día se le envía otra copia a la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud.

NOVENO.- Obra en el expediente un informe médico pericial elaborado 4 de julio de 2017, a instancia de la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud, por una médica especialista en Obstetricia y Ginecología. En ese documento se concluye que las asistencias prestadas a la reclamante en el Centro de Salud citado y en el HUVA fueron acordes con la *Lex Artis ad hoc*.

DÉCIMO.- El 16 de octubre de 2017 se confiere el correspondiente trámite de audiencia a la interesada y a la compañía aseguradora para que puedan formular alegaciones y presentar los documentos y justificantes que consideren oportunos pero no consta que ninguna de ellas haya hecho uso de ese derecho.

UNDÉCIMO.- El 29 de mayo de 2018 se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación por no concurrir los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración 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 7 de junio de 2018.

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 los artículos 142.3 LPAC y 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.- Régimen legal aplicable; legitimación, plazo de ejercicio de la acción de resarcimiento y

procedimiento seguido.

I. En cuanto al régimen jurídico que resulta de aplicación a este procedimiento, conviene recordar que la LPAC ha sido derogada por la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP) y que este nuevo Cuerpo legal y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), configuran una nueva regulación de la responsabilidad patrimonial de la Administración.

Sin embargo, la Disposición transitoria tercera, apartado a), de la LPACAP dispone que no resulta de aplicación a los procedimientos iniciados antes de su entrada en vigor, sino que se regirán por la normativa anterior. De conformidad con ello, el régimen legal que resulta aplicable en este caso es el que se contenía en la LPAC.

II. La reclamación por daño moral ha sido interpuesta por una persona interesada como es la madre del recién nacido fallecido, cuya condición se deduce del contenido del expediente administrativo.

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

III. En relación con el requisito del plazo, el artículo 142.5 LPAC establece que, en todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo.

En el caso que nos ocupa, la muerte del feto se produjo el 6 de diciembre de 2014 y la reclamación se presentó el 4 de diciembre del año siguiente, dentro del plazo de un año establecido al efecto y de forma temporánea, por tanto.

IV. 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 embargo, se aprecia que se produjo una demora que no parece justificada entre la fecha en que se adoptó la orden de desistimiento del reclamante, en junio de 2015, y la de la incoación del procedimiento, en septiembre siguiente. Además, se advierte que ha sobrepasado en exceso el plazo de tramitación del procedimiento al que se refiere el artículo 13.3 RRP.

Por otro lado, y a pesar de que se plantea en este caso una reclamación por la muerte antes del parto del hijo que esperaba la interesada, se debe 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 en los informes médicos que se han aportado al

expediente y en el pericial realizado a instancias de la compañía seguradora del Servicio Murciano de Salud. Además, puede entenderse que dichos elementos de juicio resultan suficientes desde el momento en que la interesada no ha presentado ningún elemento probatorio acreditativo ni, concretamente, prueba pericial alguna en la que sostenga la realidad de sus imputaciones.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.

Sin perjuicio de lo que se ha expuesto, y dado que se han traído al procedimiento dos informes que analizan la práctica médica desarrollada, además del de la facultativo que atendió a la reclamante, resulta posible efectuar algunas consideraciones acerca del fondo del asunto que, asimismo, conducirían a tener que rechazar la existencia de la pretendida responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

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 3^a, 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-, 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 con anterioridad, la reclamante solicita una indemnización de 750.000 euros porque entiende que presentaba durante su embarazo síntomas, signos clínicos y alteraciones claras que resultaban compatibles con la existencia de un síndrome HELLP que se manifestó con virulencia el último día de gestación y que provocó la muerte del feto antes del parto. Considera que el proceso de gestación estuvo mal controlado por los facultativos que la trataron en el Centro de Salud Profesor Jesús Marín López y por los que la asistieron en el HUVA.

A pesar de esas alegaciones, la reclamante no ha aportado ningún medio de prueba, preferentemente de carácter pericial, que avale el contenido de sus imputaciones puesto que el artículo 217.2 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, aplicable asimismo en materia de práctica de medios de prueba en el procedimiento administrativo, establece que *"Corresponde al actor... la carga de probar la certeza de los hechos de los que ordinariamente se desprenda... el efecto jurídico correspondiente a las pretensiones de la demanda"*.

De manera contraria, la Administración sanitaria ha traído al procedimiento varios informes (Antecedentes sexto y séptimo de este Dictamen) en los que se afirma que los controles tensionales que se realizaron a la peticionaria fueron normales durante la gestación; también, que no aparecieron criterios analíticos suficientes ni manifiestos para sospechar ni diagnosticar un síndrome HELLP, y que los síntomas gástricos que experimentaba cuando acudió en dos ocasiones al Servicio de Urgencias en fechas muy anteriores al parto eran inespecíficos y que no venían acompañados de otras alteraciones (aumento de tensión arterial, cefalea o alteraciones visuales) que pudieran haber ayudado a realizar otro diagnóstico.

De hecho, según explica la perito médica en su informe, la interesada era una paciente sana, de 29 años de edad en aquel momento, sin hepatopatías previas y con un seguimiento del embarazo rigurosamente normal salvo una intolerancia oral a los hidratos de carbono, sin llegar al rango de diabetes gestacional, que se controló en Endocrinología, y una plaquetopenia leve aislada sin ningún signo patológico y que no requería ninguna intervención adicional, salvo un nuevo control en el momento del parto. Nunca presentó hipertensión, proteinuria ni alteración de las pruebas de función hepática y renal. Por lo tanto, la atención obstétrica hasta ese momento fue absolutamente correcta.

Según se ha adelantado ya, la paciente había acudido a Urgencias en dos ocasiones durante los días previos al episodio, y refería síntomas digestivos inespecíficos en el contexto de una gastroenteritis. En esas visitas se realizaron controles clínicos y obstétricos -incluidos una ecografía y un registro cardiotocográfico- que no evidenciaron hallazgos patológicos, por lo que fue correctamente dada de alta a su domicilio.

En la madrugada del 6 de diciembre de 2014 se presentó en Urgencias refiriendo contracciones uterinas. Se constató el inicio del trabajo de parto pero se comprobó seguidamente, mediante cardiotocografía y ecografía, la ausencia de actividad cardíaca fetal. En aquel momento, la tensión arterial seguía siendo normal, de 120/80 mmHg. A partir de ese momento, la atención médica no sólo se ajustó a lo estrictamente protocolizado en las guías sino que fue especialmente eficaz y rápida.

A juicio de la perito, el cuadro clínico fue totalmente fulminante, inesperado e inevitable. Requirió una gran movilización de recursos hospitalarios para mantener la vida de la paciente a pesar de que, lamentablemente, no se pudo hacer nada por salvar al feto, que llegó sin actividad cardíaca al hospital.

Por último, destaca la perito que ni el análisis anatomo-patológico de la placenta (que mostró sólo un pequeño hematoma intravellositario de 2 cm) ni del hígado (con hallazgos compatibles con un cuadro totalmente distinto) han podido a día de hoy ayudar a ofrecer un diagnóstico definitivo del cuadro que padeció la reclamante, ya que existen datos a favor y en contra de dos entidades distintas (síndrome HELLP e hígado graso agudo del embarazo), para las cuales la paciente no presentaba ningún factor de riesgo y que, por lo tanto, no habrían sido predecibles ni mucho menos evitables.

En el mismo sentido, los doctores D. Ñ y D.ª K expusieron en su informe que la gestante experimentó un cuadro agudo el último día de su embarazo y que, por lo tanto, no fue previsible ni evitable, dado que los signos previos que presentaba antes del ingreso no eran orientativos de este desenlace. Así, no reunía los criterios diagnósticos de Swank (hígado graso) y tampoco los criterios de Tennessee (síndrome HELLP).

A pesar de ello, entienden que la embarazada presentó un cuadro agudo de CID (coagulopatía de consumo intravascular diseminada) secundaria a un hígado graso del embarazo que debutó de forma brusca llevando a la muerte fetal intrauterina con un desprendimiento pequeño de la placenta. Y añaden que esa complicación puede presentarse en una embarazada con una tasa de muerte materna del 18% y una tasa de muerte fetal del 23%.

Debido a esas circunstancias, resulta evidente que no puede establecerse la menor relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el daño moral alegado por la interesada, cuya antijuridicidad no ha sido debidamente demostrada. Por esa razón, procede la desestimación de la reclamación formulada.

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria ya que no concurren los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración pública sanitaria y, de manera concreta, el nexo causal que debe existir entre el funcionamiento del servicio público y el daño producido, cuya antijuridicidad tampoco ha resultado acreditada.

No obstante, V.E. resolverá.