



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **181/2023**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 27 de junio de 2023, 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 15 de febrero de 2023 (COMINTER 39703) y CD recibido en la sede de este Consejo Jurídico el día 17 de febrero de 2023, sobre responsabilidad patrimonial instada por D. X, en representación de D.^a Y y otro, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2023_042), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO. - El 7 de octubre de 2016, un abogado, en nombre y representación de D.^a Y, que a su vez actúa en nombre propio y en el de su hijo menor de edad Z, presenta una reclamación por los perjuicios causados por la asistencia que le fue prestada por los servicios sanitarios del Servicio Murciano de Salud (SMS) en el Hospital General Universitario “Santa Lucía” (HSL), de Cartagena, tras romper aguas el día 16 de abril de 2015.

Fundamenta su reclamación en los siguientes hechos:

Que tras romper aguas la mañana del 16 de abril de 2015, se dirigió al HSL. A las ocho de la mañana la ingresaron en el Servicio de Ginecología y Obstetricia, la monitorizaron y le hicieron varios tactos vaginales para controlar la dilatación del cuello uterino. A las dos del mediodía se iniciaron las contracciones uterinas regulares y se apreció hipertonía uterina. La paciente indicó reiteradamente al personal de enfermería que se estaba realizando demasiados tactos vaginales y que había riesgo de infección; pero no le hicieron caso. A las ocho de la mañana del 17 de abril se informó a la Sra. Y que la dilatación era de 8cm y el bebé no estaba bien colocado, lo intentaron recolocar y finalmente decidieron hacer cesárea.

En los días siguientes aumenta el dolor abdominal y se pauta analgesia endovenosa; dándole el alta el 22 de abril. Ya en casa la paciente siguió sintiéndose mal y a los dos días empezó un nuevo proceso de fiebre y, tras el nuevo ingreso, se realizó ecografía vaginal, urocultivos y hemocultivos. Ante la persistencia de fiebre y dolor los facultativos del Hospital procedieron a repetir las ecografías, se solicitó una radiografía de abdomen y finalmente se diagnosticó miometritis nosocomial; decidiendo hacer una histerectomía y, tras la misma, se mantuvo a la reclamante en cuidados intensivos y se le administró antibiótico; pasando después a ginecóloga dándole el alta con tratamiento farmacológico. Ya en casa la Sr. Y tuvo un nuevo cuadro de dolor y fue llevada de nuevo a urgencias, donde se diagnosticó absceso abdominal y se pautó antibioterapia intravenosa.

A consecuencia de dichos hechos sufrió estrés postraumático estando de baja laboral hasta marzo de 2016.

Acompaña a su reclamación poder para pleitos, copia del libro de familia e informes psiquiátricos.

SEGUNDO. - Con fecha 3 de noviembre de 2016 se solicita a la Subdirección General de Atención al Ciudadano e Inspección Sanitaria: *“que se informe sobre el periodo en que permaneció esta paciente en situación de incapacidad temporal después del alta médica tras el parto, el 22 de abril de 2015, y si el diagnóstico emitido con ocasión de esa situación de baja médica se corresponde con el trastorno postraumático que según manifiesta le quedó a consecuencia de los hechos ocurridos”.*

Con fecha 25 de noviembre de 2016, la citada Subdirección contesta en los siguientes términos:

“... le informamos que permaneció en baja médica desde el 03.09.2015 hasta el 28.02.2016 con el diagnóstico de “estados de ansiedad”. En los archivos de este Servicio, sobre el citado proceso de I.T., sólo consta un informe del médico especialista en psiquiatría “Dr. P” emitido en consulta privada con juicio clínico de “trastorno depresivo reactivo””.

TERCERO. - Por Resolución del Director Gerente del SMS, de 2 de diciembre de 2016, se admitió a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Al mismo tiempo la reclamación se notificó a la Gerencia de Área de Salud II -HSL-, a la Subdirección General de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica (Hospital Ramón Alberca), a la Correduría Aón Gil y Carvajal, S.A., a efectos de su traslado a la compañía aseguradora del SMS y a la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

CUARTO. - Fueron recabados y remitidos la historia clínica de la paciente y el informe de los profesionales implicados.

En cuanto a los profesionales del Área de Salud II, han emitido informe:

1. Con fecha 19 de enero de 2017, el Coordinador del Centro de Salud Mental de Cartagena informa:

“... consultados los archivos, tanto físicos como informáticos, le comunico que no tenemos constancia de que dicha persona haya sido atendida en el centro, por lo que no podemos enviar otra documentación que la presentada por la paciente.

Dicho lo anterior, no significa que no haya sido vista por la profesional que firma dicho informe, no teniendo constancia de la misma en nuestro sistema informático”.

2. Con fecha 14 de febrero de 2017, el Dr. Q, Jefe de Sección de Obstetricia, que indica:

“El 16-4-2015 a las 10:30, la paciente Y de 35 años de edad, gestante de 40 + 3 semanas, acudió a urgencias por rotura prematura de membranas de 5 horas de evolución y líquido amniótico claro. La gestación cursó con normalidad y no presentaba factores de riesgo.

Tras la realización de un tacto vaginal en el que se comprobó un Bishop de 2 y una vez comprobado el bienestar materno-fetal mediante la realización de un registro cardiotocográfico se decidió la inducción médica del parto con PG (propress).

Se colocó el propress a las 10:40 y tras monitor de control satisfactorio, pasa a planta para observación y control en espera de inicio de periodo activo de parto.

Cuando este se inicia, se baja a la paciente a paritorio a las 20:30 con 3 cm de dilatación. La evolución de la dilatación fue progresiva pero lenta, requiriendo varias valoraciones médicas (los tactos vaginales son necesarios para valorar la progresión de la dilatación y el descenso de la presentación).

El expulsivo puso de manifiesto una desproporción pelvi-cefálica, por lo que el 17-4-2015 a las 10:18 de la mañana se realizó una cesárea que cursó sin incidencias. Previamente se administró profilaxis antibiótica intraparto con ampicilina + gentamicina por fiebre intraparto.

El 22-4-2015 la paciente fue dada de alta tras un postoperatorio de evolución favorable.

El 25-4-2015 (15:15) la paciente consultó en urgencias por fiebre de 2 días de evolución y dolor abdominal más intenso desde la noche anterior. A su llegada la paciente estaba normotensa pero presentaba fiebre de 38° y mal estado general. Tras realizar una minuciosa exploración física se objetivó un abdomen muy doloroso con signos de irritación peritoneal. La herida quirúrgica presentaba buen aspecto sin signos infecciosos.

En la exploración ginecológica se objetivó dolor hipogástrico a la palpación uterina y a pesar de unos loquios no malolientes se tomó una muestra endometrial para cultivo.

Se realizó una eco transvaginal visualizando un útero puerperal sin restos placentarios y ovarios normales.

La analítica a su ingreso presentaba leucocitosis (22180) con una PCR de 22 y una procalcitonina normal.

Con la sospecha diagnóstica de abdomen agudo y sepsis en una paciente hemodinámicamente estable se solicitó un TAC abdominal para precisar el foco de la infección.

Mientras la paciente esperaba a la realización del mismo se le administró antibioterapia intravenosa con augmentine 2gr y metronidazol 500 mg así como analgesia iv.

A las 19:00 horas se realizó el TAC abdominal que informó de los siguientes hallazgos: peritonitis secundaria a endometritis complicada con absceso en la pared miometrial pastero superior. Cambios inflamatorios - infecciosos con microabscesos en el espesor del recto anterior del abdomen.

A las 21:00 horas, con el resultado del TAC que confirma la sospecha de abdomen agudo, se decidió practicar laparotomía urgente tras explicar a la paciente la gravedad de la situación clínica y las posibles implicaciones de la cirugía (histerectomía) si se confirmaba el foco uterino de la infección intraabdominal.

Sin demora, tan pronto estuvo el equipo anestésico preparado y el quirófano disponible, se pasó a la paciente a quirófano.

Se realizó una laparotomía en la que se objetivaron los siguientes hallazgos: Salida de material purulento de pared abdominal y cavidad abdominal del que se tomó muestra para cultivo. Útero aumentado de tamaño, hiperémico y de consistencia blanda en el que no se objetivaban claramente zonas abscesificadas, ovarios normales y trompas congestivas e hiperémicas. A pesar de que el foco de la peritonitis era uterino se avisó a cirujanos de guardia para que revisaran aparato digestivo y se descartara foco digestivo tras objetivar por nuestra parte un apéndice algo engrosado. El equipo de cirugía general descartó foco digestivo y realizó una apendicectomía profiláctica.

Con el diagnóstico intraoperatorio de peritonitis, endometritis y absceso uterino y teniendo en cuenta la situación clínica y analítica de la paciente (sospecha de sepsis) se decide realizar histerectomía abdominal subtotal + salpinguectomía bilateral con preservación de ambos ovarios. Se deja drenaje Blake en lado izquierdo.

La intervención cursó sin incidencias.

Tras la intervención la paciente pasó a la UCI para un correcto manejo y estabilización hemodinámica de la sepsis. En UCI se continuó con antibioterapia iv de amplio espectro y permaneció estable hemodinámica y respiratoriamente comenzando tolerancia oral al tercer día y pasando a planta de ginecología.

El 28-04-2015 pasa a planta de hospitalización ginecológica. Durante su estancia en ella continuó evolucionando de forma favorable pero desde el principio se encontró muy afectada psicológicamente por la situación por lo que se realizó una interconsulta a psiquiatría que consideraron que no precisaba tratamiento.

El 3-5-2015 fue dada de alta ante la evolución favorable del postoperatorio, tanto clínica como analíticamente. Al alta se mantuvo el tratamiento con antibiótico oral.

El 12-5-2015 llegó el resultado de AP que confirmó el diagnóstico intraoperatorio:

-Endometritis aguda inespecífica

- Miometritis

- salpingitis aguda con perisalpingitis bilateral

- Apéndice cecal con tumor neuroendocrino de 8 mm con patrón insular y trabecular, bien diferenciado con infiltración de pared muscular serosa y mínimos focos en grasa mesoapendicular.

El resultado de los diferentes cultivos realizados también apoyaron el diagnóstico realizado ya que se halló el mismo germen causante de la peritonitis en el endometrio (*Escherichia Colli*). El urocultivo también fue positivo para el mismo germen.

El 9-5-2015 la paciente volvió a consultar en urgencias por dolor periumbilical irradiado a hipogastrio de 24-36 horas de evolución. A pesar de que la paciente estaba apirética, que la exploración abdominal y ginecológica era normal y que la analítica no presentaba signos de infección (leucocitosis ni desviación izda) se solicitó un TAC abdominal que informó de posible masa inflamatoria pélvica con área de abscesificación de 5 x 3 cm.

Con el diagnóstico de posible hematoma del lecho quirúrgico sobreinfectado se reingresó a la paciente para realizar tratamiento con antibioterapia intravenosa. Al sexto día se repitió ecografía transrectal observando reducción de la colección pélvica a 2 cm.

El 21-5-2015, tras una evolución favorable y paso del tratamiento a vía oral la paciente es dada de alta, siendo controlada posteriormente de forma ambulatoria en nuestras consultas.

De la descripción realizada detalladamente del caso clínico de la paciente Y se deducen las siguientes conclusiones:

- El manejo del inicio del parto (inducción por rotura prematura de membranas) y la conducción médica del periodo activo de parto, se realizaron de acuerdo a las guías de práctica clínica actuales.
- El postoperatorio de la cesárea cursó de manera favorable con un tratamiento médico adecuado (manteniendo la pauta antibiótica iv de profilaxis de endometritis durante 48 horas).
- Cuando la paciente vuelve a urgencias el 25-4-2015, el diagnóstico inicial de sepsis y abdomen agudo con foco ginecológico fue adecuado, no hubo dudas ni retrasos diagnósticos.
- La cirugía no se demoró, realizándola inmediatamente a la confirmación del diagnóstico, sin posponer la misma ni la decisión de las maniobras quirúrgicas que hubo que realizar que evitaron el shock séptico. Un retraso en la decisión de realizar la histerectomía hubiese supuesto un grave peligro para la vida de la paciente con un importante aumento de su morbimortalidad.
- La evolución de la paciente tras la intervención fue favorable salvo la esfera psicológica, como era de esperar por la gravedad de la situación.
- El diagnóstico de absceso postquirúrgico en el reingreso de la paciente es solo de sospecha, pues se basó sólo en una prueba de imagen, pero la paciente no presentó ni fiebre ni alteración de la analítica (ni leucocitosis ni elevación franca de la PCR).

El absceso postquirúrgico es una complicación frecuente en procesos infecciosos intraabdominales, aunque la cirugía se realice de forma reglada y dejando drenajes.

Sin embargo, en este caso la sospecha era débil dada la estabilidad clínica de la paciente y se solucionó sólo con antibioterapia iv sin tener que realizar maniobras quirúrgicas ni intervencionistas, por lo que realmente el diagnóstico más probable es un hematoma del lecho quirúrgico, algo mucho más leve que un absceso.

- Tanto la AP como el resultado de los cultivos confirmaron el diagnóstico intraoperatorio así como las maniobras quirúrgicas realizadas que supusieron una inevitable histerectomía para poder controlar la sepsis y evitar el shock séptico y la muerte de la paciente.

• Gracias a la cirugía realizada y a la minuciosa inspección de la cavidad abdominal realizada por los ginecólogos de guardia que objetivaron un apéndice engrosado, se avisó a cirugía general que realizó una apendicectomía profiláctica.

De este modo se extirpó un tumor neuroendocrino de apéndice microscópico y asintomático, que de no haber sido extirpado se habría diagnosticado en un estadio mucho más avanzado poniendo nuevamente en riesgo la vida de la paciente”.

QUINTO. - Con fecha 3 de abril de 2017, la reclamante presenta informe médico-pericial elaborado por el Dr. R, Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, con las siguientes consideraciones médicas y juicio crítico:

“Creemos que en este caso se realizó un diagnóstico tardío del CUADRO SÉPTICO y de la miometritis por E. Coli.

La manipulación excesiva realizada con los tactos vaginales es la causa más probable que originó la infección, primero localizada y después sistémica.

El no pautar de forma precoz la antibioterapia de elección (amoxi- clavulánico) hizo que el cuadro séptico se exacerbara.

La no realización del TAC abdominal en los primeros momentos de la progresión de la sintomatología de persistencia de dolor abdominal y fiebre, condujo inevitablemente a actitudes quirúrgicas que dieron lugar a la histerectomía.

PERJUICIO OCASIONADO.

La histerectomía y la aparición del absceso abdominal posterior se podían haber evitado con un diagnóstico precoz y un tratamiento con antibioterapia desde la sospecha del cuadro séptico.

Por ello la paciente ha perdido la posibilidad de nuevos embarazos y sufre un daño moral constatable por el mantenimiento de apoyo psicoterapéutico por Psiquiatría.

NEXO CAUSAL.

El daño causado de la pérdida del útero y el daño moral y psíquico aún en tratamiento son consecuencia de la ausencia de diagnóstico precoz del cuadro séptico y la no implementación del tratamiento antibiótico adecuado en los primeros momentos de sospecha del cuadro de sepsis. Por ello el nexo es CIERTO, DIRECTO Y TOTAL.

VALORACIÓN DEL PERJUICIO.-

Pendiente”.

SEXTO. - Con fecha 6 de abril de 2017, se solicita informe de la Inspección Médica, emitido con fecha 2 de agosto de 2022, con las siguientes conclusiones:

“En el análisis del proceso asistencial a Doña Y, tanto en lo referente al parto mediante cesárea como al tratamiento de la mio-endometritis posterior no se detectan elementos que puedan suponer una vulneración de la Lex Artis.”

SÉPTIMO. - Con fecha 16 de septiembre de 2022 se otorgó trámite de audiencia a los interesados en el procedimiento, no constando que hayan hecho uso de dicho trámite.

OCTAVO. - La propuesta de resolución, de 13 de febrero de 2023, desestima la reclamación de responsabilidad

patrimonial al no haberse podido establecer el nexo causal entre la actividad sanitaria y el resultado dañoso; no concurre un daño antijurídico consecuencia del funcionamiento del servicio; y la actuación de los profesionales del Servicio Murciano de Salud fue conforme a *Lex Artis Ad hoc*.

En la fecha y por la autoridad indicada se ha recabado el Dictamen preceptivo del Consejo Jurídico, acompañando el expediente administrativo.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA. - Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, al versar sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo jurídico de la Región de Murcia (LCJ), en relación con los artículos 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 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RRP), aprobado por Real Decreto 429/1993 (RRP).

SEGUNDA. - Legitimación, plazo para reclamar y procedimiento.

I. La reclamante se encuentra legitimada para ejercitar la acción de responsabilidad patrimonial, en su propio nombre, al sufrir los daños cuya indemnización solicita, y en nombre de su hijo, al ostentar la representación legal de la paciente, su hijo menor de edad, conforme a lo dispuesto en el artículo 162 del Código Civil en relación con lo establecido en el artículo 139.1 LPAC y 4.1 RRP.

En cuanto a la legitimación pasiva de la Administración regional, no existen dudas acerca de la titularidad regional del servicio público sanitario al que se imputa el daño por el que se reclama indemnización.

II. La reclamación fue interpuesta dentro del plazo de un año previsto en el artículo 142.5 LPAC. En efecto, si bien la asistencia médica derivada del parto finaliza el día 21 de mayo de 2015, la reclamante permaneció de baja médica desde el 3 de septiembre de 2015 hasta el 28 de febrero de 2016 con el diagnóstico de “estados de ansiedad”. Por ello, cuando se presenta la reclamación el día 7 de octubre de 2016, ha de considerarse presentada dentro del plazo legalmente establecido.

III. La tramitación realizada se ha ajustado, en lo esencial, a las normas procedimentales reguladoras de esta clase de procedimientos, salvo en lo que se refiere al plazo para resolver, que ha excedido, en mucho, al previsto reglamentariamente en contra del principio de eficacia por el que se ha de regir el actuar administrativo (artículo 3 LPAC, ya citada), debido, fundamentalmente, a la tardanza de la Inspección Médica en emitir su informe (más de 5 años).

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

I. La responsabilidad patrimonial dimanante de la actuación administrativa en el campo sanitario está sometida a la configuración de la responsabilidad de la Administración que se desprende del artículo 106.2 CE: “*Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que 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 (LGS).

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

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

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

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

La actuación de éste ha de regirse por la denominada “*lex artis ad hoc*”, o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla (Dictámenes números 49/01 y 97/03 de este Consejo Jurídico). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de un daño, sino que es preciso acudir al criterio de la “*lex artis*” como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. La “*lex artis*”, por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

Así, la STS, Sala 3ª, de 22 de diciembre de 2001, afirma: *“ciertamente que en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido, ya que, cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si, a pesar de ello, causó el daño o más bien éste obedece a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente”*.

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

El mismo Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala 1ª, de 24 de mayo de 1999, entiende que *“los criterios médicos a desarrollar se ceñirán a los que se estiman correctos para una actuación concreta, siempre en base a la libertad clínica y a la prudencia (...) y ello supone tomar en consideración el caso concreto en el que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla, así como las incidencias inseparables a una actuación profesional normal, teniendo en cuenta las especiales características del realizador del acto médico, de la profesión, de la complejidad del caso, de la trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos (estado e intervención del enfermo) o exógenos (incidencia de sus familiares o de la misma organización sanitaria), para calificar el acto como conforme o no a la técnica media normal requerida”*.

En este sentido, pues, debe concluirse en que sólo si se produce una infracción de la “*lex artis*” responde la Administración de los daños causados que puedan imputarse a dicha actuación infractora, pues en caso contrario dichos perjuicios no son imputables a la atención sanitaria pública y no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Por lo tanto, analizar la *praxis* médica durante la intervención sanitaria permite determinar si se trata de un supuesto que da lugar a responsabilidad, no ya porque exista un daño, sino porque se produce una infracción del citado criterio de normalidad de los profesionales médicos;

prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que habría de declararse en todos los supuestos de actuaciones médicas en centros sanitarios públicos que, por ejemplo, no pudieran evitar la muerte de un paciente, o la producción de lesiones derivadas de una complicación de una intervención quirúrgica, cuando la correspondiente actuación sanitaria fue realizada conforme a la “*lex artis*”; responsabilidad que, por lo dicho, no puede admitirse en estos casos.

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. - Concurrencia de los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial en el presente caso. Falta de acreditación.

Considera la reclamante que en su caso se produjeron los siguientes errores:

- Se realizó un diagnóstico tardío del cuadro séptico y de la miometritis por E. Coli.
- La manipulación excesiva realizada con los tactos vaginales es la causa más probable que originó la infección, primero localizada y después sistémica.
- El no pautar de forma precoz la antibioterapia de elección (amoxi-clavulánico) hizo que el cuadro séptico se exacerbara.
- La no realización del TAC abdominal en los primeros momentos de progresión de la sintomatología de persistencia de dolor abdominal y fiebre, condujo inevitablemente a actitudes quirúrgicas que dieron lugar a la histerectomía.
- En los informes médicos aparece cada vez un médico distinto, no queda claro quien se encarga del seguimiento de la paciente, se advierte descoordinación, falta de información entre los facultativos, pruebas mal informadas...

Por ello, considera que ha habido vulneración de la *lex artis* y, en cualquier caso, desproporción del resultado, siendo el daño causado consistente en la pérdida del útero y el daño moral y psíquico, consecuencia directa del cuadro séptico y de la no implementación del tratamiento para evitarlo y/o tratarlo de forma precoz.

De conformidad con el principio sobre distribución de la carga de la prueba que se contiene en el artículo 217.2 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, que resulta de aplicación en materia administrativa: “*Corresponde al actor... la carga de probar la certeza de los hechos de los que ordinariamente se desprenda, según las normas jurídicas a ellos aplicables, el efecto jurídico correspondiente a las pretensiones de la demanda...*”.

Y, en concreto, en el ámbito de la responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria, adquiere especial valor probatorio la prueba pericial médica, como así ha puesto de manifiesto la Sala 3ª del Tribunal Supremo en numerosas ocasiones, como en su sentencia de 1 de marzo de 1999 (recurso 7980/1994).

Aporta la reclamante un llamado “Pre-Informe Médico-Pericial”, elaborado por el Dr. R, Especialista en Medicina familiar y Comunitaria, el cual, sin mayor análisis o descripción de los procesos, se limita a afirmar, como la reclamación, que:

“La manipulación excesiva realizada con los tactos vaginales es la causa más probable que originó la infección, primero localizada y después sistémica.

El no pautar de forma precoz la antibioterapia de elección (amoxi-clavulánico) hizo que el cuadro séptico se

exacerbara.

La no realización del TAC abdominal en los primeros momentos de la progresión de la sintomatología de persistencia de dolor abdominal y fiebre, condujo inevitablemente a actitudes quirúrgicas que dieron lugar a la histerectomía”.

Por el contrario, en el informe del Jefe de Sección de Obstetricia del HSL se afirma que los tactos vaginales son necesarios para valorar la progresión de la dilatación y el descenso de la presentación, a lo que debemos añadir lo expuesto por la Inspección Médica en su informe, que, al referirse a la afirmación de la recurrente del excesivo número de tactos vaginales, indica: *“estamos ante una afirmación de imposible demostración ya que, aunque como ya ha quedado dicho un elevado número de exploraciones vaginales es un factor de riesgo de endometritis-miometritis, no hay ningún elemento en la documentación analizada que nos permita afirmar que el número de exploraciones vaginales realizadas fue excesivo”.*

En cuanto a la tardanza en pautar la antibioterapia de elección, sigue diciendo el informe de la Inspección Médica que: *“nos encontramos con un parto con rotura prematura de membranas, y la RPM es también un factor de riesgo para la endometritis. A la paciente se la ingresó y se procedió a la inducción de parto (prostaglandinas y oxitocina), actitud plenamente correcta y, además, se indicó profilaxis antibiótica por la RPM, con inicio a las 23 horas del día 16/04/2015 (es decir a las 18 horas aproximadamente de la RPM), actitud no obligada pero prudente en el caso de las RPM a término. La profilaxis se realiza con Augmentine (amoxicilina más clavulánico) que es la asociación de primera elección en estos casos. Una dosis de Augmentine se pone a las 06:30 del 17/04/2015, pero al mantenerse temperaturas superiores a 37,5°C, aunque inferiores a 38°C, se decide realizar también profilaxis para la fiebre intraparto (FI) (aunque la definición de la FI contempla determinaciones de temperatura iguales o superiores a 38°C). De nuevo la actitud de los facultativos es prudente y adecuada a la buena práctica. La profilaxis de la FI se realiza con ampicilina más gentamicina (una hora y 15 minutos después de la administración del Augmentine). La cesárea, correctamente indicada por desproporción pelvis-fetal, se realiza a las 10:00 horas, constando en el protocolo que se realiza con profilaxis antibiótica intraparto con ampicilina más gentamicina según pauta por FI (tres horas y media antes del inicio de la cesárea la paciente también había recibido una dosis de amoxicilina+clavulánico). No cabe duda de que la cesárea se ha realizado bajo profilaxis antibiótica. En puridad podría argumentarse que la bibliografía contempla que en los casos de FI en los que el parto finaliza por cesárea, se indica considerar la adición de clindamicina o metronidazol para garantizar cobertura anaeróbica y esto no se hizo, pero hay que tener presente dos argumentos: • Las pautas de profilaxis son recomendaciones generales que cada centro adapta a sus circunstancias y a las circunstancias de la paciente (en nuestro caso se había iniciado profilaxis por RPM y luego se añadió profilaxis por FI) • La adición de clindamicina o metronidazol tienen como objetivo ampliar la cobertura antibiótica para incluir bacterias que fueran resistentes a la ampicilina y gentamicina que estaban ya siendo usadas y, en nuestro caso, la E. Coli que se aisló (en el urocultivo, único cultivo positivo que se ha localizado en Ágora) era sensible tanto a la amoxicilina/clavulánico como a la gentamicina que se utilizaron en la profilaxis. De todo lo expuesto se desprende que en el proceso del parto de Doña Y se realizó una profilaxis antibiótica correcta tanto de la rotura prematura de membranas, como de la fiebre intraparto y de la cesárea. Evidentemente las profilaxis antibióticas disminuyen la probabilidad de infección posterior (endo-miometritis) pero no impiden su aparición”.*

En cuanto a la no realización del TAC abdominal en los primeros momentos de la progresión de la sintomatología de persistencia de dolor abdominal y fiebre, añade el reiterado informe de la Inspección Médica que:

“tras la cesárea del día 17/04/2015 y tras un postoperatorio y puerperio sin incidencias, la paciente fue dada de alta el 22/04/2015. Tres días después del alta, el 25/04/2015 acude a urgencias del HCU Santa Lucía. En el apartado de enfermedad actual se registra que se trata de una puerpera con cesárea 8 días antes que acude por fiebre de 2 días de evolución con dolor abdominal importante desde anoche. No consta la hora en que llega a urgencias, la primera referencia horaria es la hora de entrada en el laboratorio de la analítica que se solicita, las 15:24; es de suponer que llegó a urgencias poco antes. Se realiza exploración general (abdomen doloroso con signos de irritación peritoneal, con herida quirúrgica sin signos de infección), ginecológica (aspecto normal, loquios normales, movilización cervical no dolorosa) y analítica que evidencia leucocitosis y elevación de la PCR, se solicita ecografía ginecológica que no evidencia signos de endometritis. Ante los síntomas abdominales se solicita ecografía abdominal que se intenta realizar a las 18:13 pero que, ante el dolor abdominal de la paciente no se realiza, decidiéndose realizar TAC abdominal. El TAC informa hallazgos compatibles con peritonitis secundaria a

endometritis que se está complicando con absceso en miometrio. Ante estos hallazgos se decide instaurar antibioticoterapia empírica (anterior a resultado de cultivos) con Augmentine (amoxicilina clavulánico 2g iv) más metronidazol y se indica laparotomía urgente. Los reclamantes argumentan que hubo un retraso en el diagnóstico y tratamiento de la endometriometritis y que por ese retraso motivó la intervención en la que se realizó la histerectomía a la paciente, es decir entienden que la histerectomía se hubiera evitado si se hubiera diagnosticado y tratado (con antibióticos) antes a la paciente. Los hechos relatados no refrendan en absoluto este argumento. La paciente es dada de alta, con buena evolución tras la cesárea, el 22/04/2025. Según el informe de urgencias debió ser un día después (dos días antes de acudir a urgencias) cuando, en su domicilio inició cuadro de fiebre que se acompañó con dolor abdominal importante en la noche del 24 al 25, día en que acudió a urgencias a una hora sin determinar pero razonablemente poco antes de las 15 horas. Se le realiza exploración general y analítica, ecografía ginecológica y se intenta ecografía abdominal que se suspende por dolor y se indica TAC. Estamos en torno a las 18:15 y la actitud de los profesionales ha sido activa y diligente con la realización de exploraciones completas y la práctica de pruebas complementarias. Cuando el TAC se informa como compatible con peritonitis secundaria a endometritis se prescribe y administra tratamiento antibiótico intravenoso adecuado para la endometritis y se indica y realiza en poco tiempo laparotomía urgente, cuyos hallazgos aconsejan realizar histerectomía. La intervención se inicia a las 21:40, se desarrolla sin incidencias inmediatas y no es objeto de reclamación. No hay retraso ni en el diagnóstico ni en el tratamiento, la paciente llevaba dos días con sintomatología descrita como fiebre y varias horas con dolor abdominal en su domicilio cuando decidió acudir al hospital. No se puede determinar con exactitud pero fueron pocas horas las que transcurrieron entre la llegada a urgencias y el inicio del tratamiento antibiótico y estas horas estuvieron ocupadas en exploraciones y pruebas complementarias: analítica y varias pruebas de imagen. En el momento en que el TAC reveló la existencia de endometritis-peritonitis-absceso miometral, se instauró antibioticoterapia y se indicó cirugía urgente. La actitud de los profesionales fue plenamente correcta”.

Tampoco explica la reclamante en qué hechos se apoya para afirmar que no queda claro quien se encarga del seguimiento de la paciente, que se advierte descoordinación, falta de información entre los facultativos y pruebas mal informadas, por lo que dicha afirmación debe rechazarse de plano.

Por todo ello debemos concluir que no ha existido en el presente caso infracción de la *lex artis* que convierta el daño causado en antijurídico, y esta circunstancia excluye, a su vez, la aplicación de la doctrina del daño desproporcionado a la que se refiere la reclamante.

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA. -Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria porque el daño por el que se reclama no reviste carácter antijurídico y ello impide que se pueda declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria regional.

No obstante, V.E. resolverá.