



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

ANTECEDENTES

PRIMERO.- El 7 de julio de 2004, x., en representación de x, y., que actúan en su propio nombre y en el de su hija, presenta reclamación de responsabilidad patrimonial ante el Servicio Murciano de Salud por una defectuosa asistencia sanitaria prestada por el Hospital Rafael Méndez de Lorca, que trajo como consecuencia, según refiere, la práctica de una histerectomía abdominal total, con anexectomía derecha, a x. (en lo sucesivo la paciente), resultando estéril, mientras que a su hija le ocasionó una encefalopatía hipóxico-isquémica severa.

Describe los hechos ocurridos del siguiente modo:

El 16 de mayo del 2000, la paciente -embarazada de 34 semanas- acude sobre las 2 horas de la madrugada al Servicio de Urgencias del Hospital Rafael Méndez, por tener un dolor intermitente en la fosa ilíaca derecha. Queda ingresada en el Hospital con el diagnóstico de Amenaza de Parto Prematuro (APP). En la hoja de ingreso, el facultativo que le atiende anota: *"Antecedentes ginecológicos: endometriosis tratada previamente con nemestrán, esterilidad 1ª (2ª). Ingesta (mediante inducción con gonadotropinas).*

No se explora por referirnos placenta previa o baja.

Exploraciones especiales: orina, holograma.

Diagnóstico: APP, 34 semanas".

Señala que el médico se abstuvo de explorarla porque la paciente le comentó que en una ecografía efectuada en la vigésima octava semana de embarazo se había informado de placenta previa o baja, pero no la sustituyó por otro tipo de exploración, ni indicó la realización de una ecografía para constatar el estado de la placenta en el momento de la asistencia. Su actuación se orientó a evitar el parto prematuro, pautando Prepar y un ansiolítico, sedativo y relajante muscular (Valium), pero sin solicitar la práctica de una ecografía que se considera primordial en estos casos.

Continúa relatando que a la paciente se le realizó un monitor sobre las 2,45 horas de la madrugada del mismo día 16 por espacio de dos horas, y otro a la mañana siguiente, y que se le administró buscapina intravenosa (señal de que el dolor era muy intenso).

A la paciente no se le remitía el dolor, por lo que se quejaba a las enfermeras, sin que ningún médico le hubiera vuelto a visitar desde por la mañana, siendo avisado el ginecólogo a las 23 horas del mismo día 16, según observaciones de enfermería. Éste ordenó que subieran a la paciente para hacerle un reconocimiento, que consistió en otra monitorización durante 20 minutos, cambiando entonces la medicación (Nervobión cápsulas 1/8 horas), prescribiendo *"poner sonda rectal y comprobar si mejora"*. A las 2 horas de la madrugada del día 17 las enfermeras avisaron al médico porque no mejoraba, indicándoles por teléfono que le tomaran las constantes y le hicieran un reffolux (autocontrol de la glucosa) que reflejó 179 mg./dl. Según las enfermeras, la paciente estaba tan mareada que no podía ni levantarse. El médico indicó la administración de Bepanthene y Benadon, fármacos para el estreñimiento y la atonía intestinal. Destaca la parte reclamante que, pese a que la paciente no había mejorado tras la sonda rectal, el médico seguía sin explorarla considerando que era un problema digestivo.

A las 7 horas es avisado nuevamente el facultativo, indicándole las enfermeras que, además

del dolor en todo el abdomen, estaba "mareosa y sudorosa", prescribiéndole de nuevo refluflux que arrojó un resultado de 170 mg./dl. A las 9 horas se le hizo una ecografía abdominal urgente, cuyo resultado fue líquido libre peritoneal (probable hemoperitoneo).

Con el diagnóstico de shock hipovolémico materno se indicó cesárea, que fue llevada a cabo hacia las 10,30 horas con los siguientes hallazgos:

"Quiste ovárico derecho roto, con gran hemorragia, desde el parametrio derecho, de origen arterial, a nivel para-wagional."

"Se practica cesárea, seguida de histerectomía abdominal total, con anexectomía derecha, hemostasia por pinzamiento de arteria uterina y colaterales".

En relación con la niña, el letrado actuante relata que fue extraída a las 10,50 horas, presentando una asfixia moderada que se reflejó en un Apgar de 5, 7 y 8. Pesó 2.530 gramos. Se le aspiraron secreciones y se le administró oxígeno. A continuación, pasó al cuidado del servicio de neonatología, iniciando un cuadro de distress respiratorio que requirió intubación por lo que fue remitida al Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca con el diagnóstico de prematuridad, anoxia fetoneonatal moderada y sospecha de membrana hialina. A su llegada al Hospital presentaba:

"Llega con tubo orotraqueal en boca (extubado), con Sat O2: 55%, FC: 110, Tª, 35º C, TA: 62/40. REG, coloración cianótica de piel y mucosas. Pulsos y revascularización normales. ACP : Hipoventilación en hemitorax izquierdo. Abdomen normal CU dos arterias y una vena (vía periférica)".

Incide la parte reclamante en que durante el traslado de un Hospital a otro, el tubo endotraqueal se descolocó sin que el personal que debía cuidar de la niña durante el mismo se apercibiese de ello, lo que provocó un episodio de asfixia severa.

En el Hospital Virgen de la Arrixaca quedó ingresada en la UCI pediátrica, pasando con posterioridad al cuidado del Servicio de Neonatología, siendo dada de alta el 23 de junio de 2000 con los siguientes diagnósticos: recién nacido pretérmino (RNPT, 34 semanas) AEG (2.530 gr.), asfixia fetoneonatal severa, neumonía, hemorragia intraventricular grado II izquierdo y I-II derecho, síndrome convulsivo y encefalopatía hipóxico-isquémica severa con alteración EEG.

Imputa a los servicios sanitarios las siguientes actuaciones anómalas:

- a) Respecto a la paciente achaca a los facultativos del Hospital Rafael Méndez que la atendieron una grave imprudencia, que demuestra impericia profesional y una omisión de medios, pues si se presenta un cuadro de abdomen agudo, señalando como antecedentes la posible inserción anormal de la placenta, es obligada la realización de una ecografía. Concretamente atribuye al Dr. x. que le prescribiera fármacos totalmente contraindicados. Al Dr. x., que se hizo cargo de la paciente durante el día 16 y la noche del 17, que le diagnosticara gases y que no le realizara una ecografía obstétrica diagnóstica, pese a la persistencia del dolor, que luego se demostró que era una torsión ovárica causada por un quiste previsible con los antecedentes de la paciente (endometriosis). En relación con la intervención quirúrgica del Dr. x. la considera inadecuada, en la medida que extirpó el útero estando totalmente sano, produciendo una esterilidad irreparable. Concluye en la existencia de relación de causalidad entre las actuaciones-omisiones de los facultativos y la pérdida del útero de la paciente.
- b) Respecto a la menor, manifiesta que el retraso en el diagnóstico de la madre colocó a la niña en una situación de riesgo mayor que la que tenía por su prematuridad. Además de poner en evidencia la falta de medios del Hospital (carece de una UVI pediátrica), el traslado al Hospital Virgen de la Arrixaca se efectuó de forma incorrecta, pues a la niña se le salió el tubo endotraqueal, llegando al lugar del destino con una asfixia severa causante de la patología que ahora le afecta. Concluye que ha quedado establecido el nexo causal entre la falta de medios

técnicos del Hospital y el deficiente traslado con el episodio de asfixia severa, que le ha ocasionado a la menor las gravísimas secuelas que presenta.

En cuanto a la valoración del daño, los reclamantes solicitan una indemnización de 56.932, 8 euros, por la pérdida del útero de la paciente antes de la menopausia (40 puntos), a la que añaden 14.233,2 euros, en concepto de perjuicio moral para el cónyuge por la esterilidad total de su esposa, más la cuantía correspondiente a las secuelas de la menor y el daño moral de sus progenitores, que no cuantifican aún en espera de conocer la historia clínica completa en el Servicio de Neuropediatría del Hospital Virgen de la Arrixaca.

Además de proponer como prueba las distintas historias clínicas de los Hospitales citados y del Centro de Estimulación Temprana de Lorca, solicita el letrado actuante que se requiera al Hospital Rafael Méndez para que informe sobre los medios con los que contaba el servicio de pediatría neonatal en mayo de 2000, y tipo de ambulancia y categoría profesional de quienes acompañaban a la menor en el traslado al Hospital Virgen de la Arrixaca.

Por último, al escrito de reclamación acompaña la documentación que obra en los folios 8 a 229, entre ellos un informe pericial suscrito por x., especialista en Obstetricia y Ginecología, que sirve de base a las imputaciones que sostienen los interesados.

SEGUNDO.- Entre la documentación remitida consta que, por los hechos relatados anteriormente, los reclamantes interpusieron denuncia ante el Juzgado de Instrucción núm. Uno, de Lorca, contra los facultativos que atendieron a la paciente y contra la Administración pública sanitaria en concepto de responsable civil subsidiario; en dicho Juzgado se siguieron las Diligencias Previas núm. 2398 del año 2000, que fueron archivadas tras el Auto de la Audiencia Provincial de 8 de julio de 2003, que desestima el recurso de apelación interpuesto por los denunciados contra el auto de archivo, entre otros, con el siguiente fundamento: *"por tanto, la pretendida negligencia e impericia en el diagnóstico ha de reconducirse al campo civil, mediante el ejercicio de acciones de tal naturaleza que correspondan, con exclusión del ámbito penal, pues como decimos el comportamiento de los profesionales sanitarios no es revelador de imprudencia que deba exigirse penalmente"*. En dichas Diligencias Previas, que obran en los folios 15 a 229, también consta el informe del Médico Forense (folios 128 y 129).

TERCERO.- Con fecha 13 de julio de 2004, la Directora Gerente del Servicio Murciano de Salud dicta resolución de admisión a trámite de la reclamación de responsabilidad patrimonial, siendo notificada a las partes interesadas, a la vez que solicita copia de las historias clínicas de la madre y de la niña a los Hospitales Rafael Méndez y Virgen de la Arrixaca, así como el informe de los profesionales que les atendieron en los citados Hospitales y en el Centro Municipal de Atención Temprana de Lorca.

CUARTO.- Por el Centro de Atención Temprana de Lorca se remite documentación en la que se detalla el historial de la menor hasta junio de 2003, indicando que ha sido posteriormente escolarizada en el Colegio Público de Educación Especial "Pilar Soubrier" de aquella ciudad. En el resumen remitido, suscrito por profesionales de distintas ramas, se hace constar que *"el tratamiento de x. y la intervención con su familia ha sido difícil debido a las innumerables complicaciones tanto físicas (problemas de alimentación, ajuste de medicación, espasmos continuos, llanto irritativo cerebral, etc.) como emocionales (depresión de la madre, imposibilidad de nuevo embarazo, etc.)"*.

QUINTO.- El Director Gerente del Hospital Virgen de la Arrixaca remite el historial de la menor (folios 279 y ss.), al que se acompaña, entre otros, el siguiente informe del Dr. x., de la Sección de Neuropediatría, de 21 de septiembre de 2004 (folio 280):

"En atención a la solicitud de información sobre la paciente x. (...) se refiere que la paciente comenzó a ser atendida por la Sección de Neuropediatría de este hospital infantil desde su periodo neonatal, a requerimiento de la Sección de Neonatología, donde había ingresado con 7

horas de vida procedente del Hospital Rafael Méndez de Lorca. Posteriormente ha sido atendida, en diversas ocasiones, por esta Sección, tanto en régimen de ingreso hospitalario como de consulta externa.

Presentaba y presenta todas las características clínicas y evolutivas de una Encefalopatía Crónica, sin carácter progresivo (o involutivo), cuya etiología se ubica en una hipoxia-isquemia cerebral, que por los datos recogidos de los informes del Hospital Rafael Méndez de Lorca, y de la Sección de Neonatología se relaciona con periodo perinatal.

Presenta una encefalopatía tetra-parética espástica, con epilepsia secundaria, siguiendo tratamiento antiepiléptico, así como un programa de estimulación y fisioterapia".

Se acompaña de un informe de la UCI de Neonatología de dicho Hospital, en la que ingresó procedente del Hospital Rafael Méndez con 7 horas de vida (folio 281), destacando los siguientes aspectos que han servido de base a la reclamación presentada:

ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES: Madre de 31 años (...) esterilidad previa. Embarazo controlado. Serología negativa, rubeola inmune. Gestación de 34 sem. Parto: cesárea urgente por hemoperitoneo secundario a rotura de quiste de endometriosis. Monitor: ritmo comprimido. P. Neonatal: Apgar 5/8/8. Peso: 2.530. Inicia distress respiratorio progresivo que requiere intubación por lo que se traslada a este centro.

EXPLORACIÓN FÍSICA: Llega con tubo oro-traqueal en boca (extubado), con Sat O2 = 55%. FC:110. Tª 35°. TA 62/40. REG: coloración cianótica de piel y mucosas. Pulsos y revascularización normales. ACP: Hipoventilación en hemotórax izquierdo. Abdomen normal. CU dos arterias y una vena (vía periférica).

EVOLUCIÓN:

1 (...)

2 **RESPIRATORIO:** A su ingreso se procede a reintubación y conexión a ventilación mecánica. Se administra una dosis de surfactante con ligera mejoría pero persiste infiltrado intersticial en hemotórax izquierdo durante unos días, catalogándose de neumonía. Extubación a los 8 días con buena respuesta.

El informe de Alta del Servicio de Pediatría, Unidad de Neonatología (folio 283), recoge como juicio diagnóstico:

1. RNPT (34 semanas) AEG (2530 gr.)
2. Asfixia fetoneonatal severa.
3. Neumonía.
4. Hemorragia intraventricular grado II izquierdo y II derecho.
5. Síndrome convulsivo.
6. Encefalopatía hipóxico-isquémica severa con alteración EEG.

Destacar también del historial la hoja de transporte y asistencia sanitaria de la menor desde el Hospital Rafael Méndez a la UCI Neonatal del Hospital Virgen de la Arrixaca (folio 286), que se realizó a través de una UCI móvil, en la que se consignaba específicamente que debía vigilarse la sonda de intubación oral y debía ser acompañada por un facultativo.

SEXTO.- El Hospital Rafael Méndez remite la historia clínica de la paciente, acompañando los informes emitidos por varios facultativos que la atendieron, especificando que los datos de los profesionales que acompañaban a los enfermos en los traslados de la Unidad de Urgencias del año 2000 se han extraviado, si bien aclara que el médico que acompañó a la menor en ambulancia fue el Dr. x., según reconoce en el informe que remite, si bien manifiesta que no es posible facilitar los datos del ATS.

Entre todos los pareceres caben destacar:

a) El informe evacuado por el Dr. x. (folios 362 a 374), que se encontraba de guardia la noche del 16 de junio de 2000, y que atendió a la paciente desde las 2,30 horas hasta las 5,30 de la

madrugada, por unas molestias abdominales según se hace constar. De su extenso informe extraemos los siguientes párrafos:

"Realicé una anamnesis inicial atendiendo a los datos suministrados por la propia paciente y los que figuran en la cartilla del embarazo, consignando los antecedentes de supuesta endometriosis (que finalmente no se confirmaría), el tratamiento por infertilidad y la existencia de una placenta previa en la exploración ecográfica de la semana 28º.

Cuando yo la atendí y durante el tiempo que estuve observándola quedó patente que su estado general era bueno (y así quedó reflejado en la historia de su ingreso), se encontraba con una tensión arterial normal (...), unos niveles de hemoglobina y hematocrito rigurosamente normales (...), apirética y no presentaba signos de sangrado vaginal ni de alteración hemodinámica materna.

La palpación abdominal (maniobra que realizamos instintivamente a toda embarazada con dolor abdominal) evidenció un fondo uterino adecuado para el tiempo de embarazo -reflejando un crecimiento fetal adecuado- un útero no doloroso ni contracturado y una ausencia de defensa abdominal en los flancos, salvo las molestias referidas en la fosa ilíaca derecha (que no dolor ni leve ni moderado ni severo, como así lo consigné en la historia). Es decir que no evidenciaba ningún signo de anomalía significativa. Hay que reseñar que aunque no se describe la exploración abdominal en la historia clínica, esta maniobra se realizó (...)

La gestante por lo tanto no presentaba un cuadro de abdomen agudo y su situación clínica no era crítica ni amenazante ni de riesgo vital en el periodo de tiempo en que yo la valoré, es decir, durante 3 horas de estrecha vigilancia en dilatación/paritorios.

Se procedió seguidamente como segunda opción prioritaria a la documentación del estado fetal mediante la monitorización cardiotocográfica por un periodo de 2 horas mientras le era realizaba una extracción de sangre y de orina. Este tiempo fue más que suficiente para asegurar el óptimo estado de bienestar y de oxigenación fetal (monitor reactivo en todo momento).

La paciente presentaba un cuadro compatible con amenaza de parto pretérmino (...) Pero, por supuesto, antes de proceder a tratar esta amenaza de parto pretérmino descarté otros procesos más serios (...) A continuación procedí al tratamiento según la pauta habitual, en este caso con prepar por vía oral y no intravenosa por tratarse de un cuadro de amenaza de parto pretérmino de una intensidad leve. Asimismo le administré diazepam (Valium), que habitualmente se asocia al prepar para mitigar los efectos colaterales de éste (...) Cuando las molestias empezaron a remitir decidí ingresar preventiva y prudentemente a la paciente para vigilar la evolución clínica y el efecto del tratamiento durante las horas subsiguientes (...).

Además, el Dr. x. rebate las concretas imputaciones formuladas contra él por el perito de la parte reclamante, concretamente la Dra. x.

1) Sobre que los datos analíticos y la tensión arterial al ingreso no eran normales para el embarazo, sino que eran bajos y evidenciaban pérdida de sangre y reducción de oxigenación fetal.

"Nuestra paciente mostraba unos niveles de hemoglobina de 10,5 cifras compatibles con la normalidad durante el embarazo.

En el caso de que existiera un déficit de oxigenación del feto en el momento del ingreso hubiera tenido que detectar una alteración de la frecuencia cardíaca fetal en el trazado cardiotocográfico (monitor prolongado de 2 horas de duración) hecho que no constaté, sino todo lo contrario, el monitor evidenciaba un adecuado nivel de bienestar y oxigenación fetal y no presentaba ningún tipo de sufrimiento.

Una tensión de 120/70 al ingreso es rigurosamente normal".

2) Sobre la falta de realización de una ecografía.

"Como ya he referido el realizar una ecografía transvaginal hubiera podido reportar mayor daño por el riesgo de provocar hemorragia vaginal ante una sospecha de placenta previa.

Antes de realizar o solicitar una exploración complementaria como puede ser la ecografía hemos de calibrar que es lo que pretendemos diagnosticar o encontrar y conocer el rendimiento de esa técnica para obtener dicha información. La ecografía no es un instrumento milagroso o la panacea que sirve para diagnosticarlo todo.

Como ya he referido en el tercer trimestre los ovarios no se pueden visualizar ni mediante ecografía transvaginal ni mediante ecografía abdominal motivo por el cual no podemos apoyarnos en dicha técnica para valorar una posible complicación anexial (de los ovarios).

En ese momento el hecho de constatar si la placenta seguía siendo previa o no (mediante ecografía vaginal) aumentaba el riesgo de la hemorragia vaginal en caso de existir placenta previa, pero además no era en absoluto trascendente esta información ya que la clínica que presentaba no era compatible con ninguna complicación derivada de una posible placenta previa como la hemorragia vaginal (que no presentaba) y por lo tanto, ante la existencia de contracciones uterinas el tratamiento iba a ser el mismo tuviera o no una placenta previa.

El estado general materno era bueno, no se detectaron signos de gravedad, ni signos exploratorios alarmantes en esos momentos que justificaran la realización de ninguna prueba complementaria como es una ecografía (...)"

3) Sobre que el diagnóstico de placenta previa parcial realizado al ingreso constituye un factor de riesgo y que el tratamiento correcto era la cesárea.

"El diagnóstico de sospecha de PP parcial puede suponer un riesgo durante todo el embarazo. Existe una situación de verdadero riesgo en una gestación con placenta previa cuando ésta es sintomática, es decir, cuando ocurre hemorragia vaginal indolora, que en el caso que nos ocupa no la había.

Por lo tanto, estaremos realizando una mala praxis si ante todo diagnóstico de placenta previa y a cualquier edad gestacional finalizamos la gestación mediante una cesárea".

4) Sobre el antecedente de endometriosis.

"Yo sólo constaté la información verbal proporcionada por la misma paciente ya que su ginecólogo privado no le proporcionó a ella ningún tipo de informe escrito o iconográfico sobre la supuesta endometriosis o sobre los tratamientos efectuados para resolver su problema de esterilidad ni de las incidencias acaecidas durante el mismo. Tampoco hay referencia alguna a quistes ováricos, en la ecografía realizada durante el primer trimestre de la gestación que figura en la cartilla de embarazo (único periodo en el que sí es posible valorar los ovarios mediante ecografía transvaginal). El diagnóstico de endometriosis es siempre a la fuerza de presunción. Tan sólo se puede verificar fehacientemente cuando el patólogo analiza la pieza. De hecho nunca hubo tal endometriosis (...)"

5) Sobre que se abstuvo de explorar a la paciente y no le prestó la atención suficiente ni le dio crédito a sus dolencias.

"La frase que consta en la historia clínica "no se explora por referirnos placenta previa" está sacada de contexto y se interpreta en el informe pericial de una manera malintencionada.

Quiero dejar constancia que ante la posibilidad de existencia de una placenta previa (observé el diagnóstico en la cartilla del embarazo en la semana 28ª) no realicé maniobra exploratoria vaginal por precaución para no provocar un mal mayor (...) En cambio, como mencioné al principio, sí se realizaron las maniobras exploratorias físicas del abdomen. La paciente gestante presentaba un buen estado general y siempre me manifestó que lo que tenía eran molestias y así lo reflejé en la historia (...)

Después de 15 años de práctica activa en la obstetricia ambulatoria y hospitalaria puedo afirmar que casi el 100 % de las embarazadas experimentan dolor o molestias abdominales

inespecíficas a lo largo del embarazo en alguna ocasión (...)

En consecuencia y como prueba inequívoca de que se le prestó a la paciente la debida atención y consideración a sus dolencias es que decidí su ingreso preventivo para valorar los cambios que pudiera experimentar antes de darle de alta y modificar y adecuar en función de ello el tratamiento (...)

El dolor abdominal intenso no es en absoluto típico de nada en concreto como se empeñan en recalcar en el informe pericial sino que hay que valorar y sopesar un amplio abanico de patologías que pueden originarlo como procesos digestivos (...)"

6) Sobre que el tratamiento administrado estaba contraindicado:

"El tratamiento administrado de Prepar fue por vía oral y a dosis bajas (1 comp./8 h.) y no intravenosa, adecuándolo a un cuadro leve de parto pretérmino, por lo tanto su acción tocolítica es más suave y menos susceptible de causar efectos secundarios colaterales (...) El tratamiento con Valium es para mitigar los efectos colaterales del Prepar tales como temblores o taquicardias. El tratamiento con buscapina, al poseer una muy pobre acción analgésica, no es capaz de enmascarar ningún tipo de dolor que tenga su origen en una patología orgánica. En este caso no lo enmascaró ya que como ocurrió posteriormente las molestias fueron en aumento".

Concluye en que la atención que le prestó a la paciente se ajustó a las pautas de la buena *praxis*; cuando finalizó la guardia (a las 8 horas, 30 minutos) informó a sus compañeros que trabajaban por la mañana. Además, sustenta su actuación en la bibliografía citada en el folio 374.

b) El informe emitido por Dr. x., Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital (folios 359 a 361), que se hizo cargo de la paciente durante el resto del día 16 y la noche del 17, según los reclamantes, del que entresacamos los siguientes párrafos:

"Por otro lado, existen algunas confusiones respecto a las indicaciones telefónicas ya que si bien eran ciertas (constantes y analíticas) después bajamos a la planta cuando dichos datos estaban ya realizados y se hicieron constar en la hoja de evolución (...)

Pues bien, desde los diagnósticos de A.P.P., Aerocolia (que pensaba la paciente) (...) hasta que se produce un hemoperitoneo agudo, supuso una espera vigilada (constantes vitales) ante un embarazo con feto prematuro y monitorizaciones normales.

Sabemos que el feto nació con Apgar 5-8 y que posteriormente hizo una membrana Hialina (previsible), razón por la que Pediatría, con buen criterio, trasladó a Murcia. Las consecuencias del traslado las hemos conocido ahora tras la lectura del informe de reclamación y que todos sentimos profundamente".

c) Constan, igualmente, los informes de los facultativos que atendieron a la recién nacida, Dres. x, y. (folios 376 y 377), quienes resaltan que *"nace hembra pretérmino (34 semanas) AEG (2530 grs.), con APGAR de 5/8/8, depresión respiratoria precisando reanimación superficial. Se ingresa en planta de pediatría con los diagnósticos de RNPT (34 s.) AEG (2530 grs.), anoxia fetal, depresión respiratoria, cesárea urgente por anemia aguda, placenta sincrética y hemoperitoneo, cifras elevadas de glucemia en el embarazo y esterilidad previa. Se instaura tratamiento con incubadora con oxígeno, protocolo habitual de RN y perfusión de IV. Monitorización de constantes y dieta absoluta. Inicia quejido intermitente manteniendo buenas saturaciones que descienden progresivamente a pesar del incremento de aporte de O2. Se inicia canalización de arteria umbilical sufriendo caída importante de saturación que precisa intubación orotraqueal (...). Se solicita, tras estas maniobras, traslado a la UCI Neonatal del Hospital de referencia (...)"*.

d) También el informe evacuado por el médico de urgencia hospitalaria, Dr. x. (folio 378), quien reconoce que acompañó a la neonata en la UCI móvil:

"A mi llegada al servicio de pediatría el neonato está intubado, conectado a respirador de incubadora y en el interior de ésta.

Durante el traslado no aprecio datos objetivos que hicieran pensar en una extubación, siendo los valores de saturación de O2 entre 80 y 90%, con oscilaciones que ya observé, por otro lado, antes del inicio del mismo en la planta.

A la llegada de la puerta de urgencias de infantil de la HUVA, creo recordar, fue acompañado hasta la UCI neonatal por un pediatra de servicio. En UCI neonatal, por personal de la misma, es sacado de la incubadora de transporte el neonato, disponiéndolo sobre una camilla de exploración, a la vez que por un médico allí presente se firma la recepción del mismo".

e) Por último, cabe citar el evacuado por el Jefe de Servicio de Pediatría, Dr. x., que expone los medios técnicos de los que dispone dicho Servicio en estos casos: "todos los medios necesarios para intubación neonatal tanto orotraqueal como nasotraqueal, respiradores neonatales, incubadora de transporte de última generación con respirador neonatal incluido. Las UCI neonatales están situadas en los hospitales de referencia, el nuestro es el Hospital Virgen de la Arrixaca (...)"

SÉPTIMO.- El protocolo de la cesárea de urgencia realizada a la paciente (folio 413) por presentar shock hipovolémico recoge los siguientes datos:

"Quiste ovárico derecho roto con gran hemorragia desde el parametrio derecho, de origen arterial. Rotura de arteria uterina a nivel para-waginal.

Se practica cesárea, seguida de histerectomía abdominal total, con anexectomía derecha, hemostasia por pinzamiento de arteria uterina y colaterales. Posterior dirección de uréter hasta túnel del parametrio y canalización del mismo, sin hallar obstrucción.

- Hemostasia correcta.

- Suspensión de muñon vaginal a redondos.

- No complicaciones.

- Cierre por planos. Piel con grapas.

- Diagnóstico operativo. Rotura de quiste ovárico. Hemorragia por rotura de arteria uterina".

(...). También el informe clínico de alta hospitalaria de la paciente del Servicio de Obstetricia y Ginecología (folio 436) refiere lo siguiente "a la laparotomía, rotura de quiste ovario derecho, que provoca hemorragia por rotura de arteria uterina (...)"

OCTAVO.- Recabado el informe de la Inspección Médica, es evacuado el 18 de mayo de 2005 (folios 585 a 597), alcanzando las siguientes conclusiones:

"En relación con la madre x.:

- No resulta evidente que los servicios sanitarios no adecuaron su organización y funcionamiento a los principios de eficacia, celeridad, economía y flexibilidad, ya que no puede afirmarse que el diagnóstico de abdomen agudo estuviera claro desde su ingreso.

- Sí se establece la relación de causalidad entre la prestación del servicio y el daño causado (pérdida de útero), consecuencia más probable de una lesión iatrogénica (rotura de la arteria uterina) al realizar la cesárea, que como complicación de endometriosis o rotura del quiste ovárico, según la bibliografía consultada.

"En relación con la niña x.:

- No es posible afirmar que el sufrimiento feto-neonatal en el momento del nacimiento se hubiera podido evitar con la prestación de una asistencia sanitaria adecuada durante el periodo perinatal.

- Sí consideramos el posible agravamiento del cuadro inicial de sufrimiento fetal hipóxico-isquémico por las incidencias sufridas durante la realización del traslado".

En consecuencia propone la estimación de un acuerdo indemnizatorio a la presente reclamación.

Posteriormente, emite un informe complementario al anterior (folio 614), en el que matiza la relación de causalidad de la intervención de cesárea con la rotura de la arteria uterina en el sentido siguiente:

"A la vista de nuevas referencias bibliográficas consultadas es obligado reconocer que la rotura de vasos uterinos es una complicación posible, aunque muy rara, en la endometriosis. No se han localizado comunicaciones de rotura de vasos uterinos tras una rotura o torsión de quiste ovárico no endometriósico.

Por tanto y en relación con el estudio de causalidad de la rotura de la arteria uterina, existen ambas posibilidades: de que fuera una rotura espontánea secundaria a endometriosis, o que sea una lesión iatrógena".

Sin embargo, añade una nueva conclusión sobre la asistencia prestada a la paciente:

"Independientemente de la etiología de la rotura de la arteria uterina, sí se establece relación de causalidad entre la asistencia sanitaria y la realización de la histerectomía, ya que la instauración del shock hipovolémico condicionó:

La necesidad de realizar la cesárea de forma urgente.

Una pérdida de oportunidad en la intervención y la posibilidad de salvar el órgano".

NOVENO.- Consta la interposición del recurso contencioso administrativo por los reclamantes contra la desestimación presunta de la reclamación (folio 601), y la remisión del expediente administrativo a la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de la Región de Murcia, con las notificaciones de los emplazamientos realizados. También consta un correo electrónico de 4 de abril de 2006 (folio 623), en el que una empleada de la aseguradora del ente público, x., pone en conocimiento del órgano instructor que *"proceden a iniciar negociaciones en el expediente de x "*.

DÉCIMO.- Con fecha 3 de octubre de 2006, el letrado actuante presenta escrito (folios 625 y ss.), en el que pone de manifiesto la tardanza en la resolución del expediente y la falta de coordinación entre la aseguradora y el Servicio Murciano de Salud, al haber transcurrido 11 meses desde que la comisión de seguimiento del seguro había acordado ponerse en contacto con los reclamantes. De otra parte, pone de manifiesto la falta de acreditación de que el Dr. x. acompañara a la menor en su traslado al Hospital Virgen de la Arrixaca y, frente a la ausencia de identificación por el Hospital de la ATS que la cuidaba, cuya firma sí aparece en la hoja de traslado, aporta un acta de manifestaciones en la que x. reconoce su letra y su firma en dicha hoja. Además, destaca las deficiencias advertidas por la Inspección Médica que corrobora, en su opinión, el nuevo informe pericial que aporta, realizado por el Dr. D. x., especialista en Obstetricia y Ginecología, cuyas conclusiones obran en los folios 650 y 651, destacándose las siguientes en relación con la atención prestada a la menor:

- La niña nace en buen estado, con un buen test de Apgar. Sin embargo, a pesar de la prematuridad y a pesar de que presentó posteriormente depresión respiratoria, no se administró surfactante pulmonar como profilaxis del síndrome de membrana hialina.
- Posteriormente, y a pesar de que se realiza el diagnóstico de síndrome de membrana hialina en el Hospital Rafael Méndez, se decide el traslado de la niña, pero no se administra surfactante pulmonar.
- El traslado de la niña al Hospital Virgen de la Arrixaca se realiza de forma incorrecta, ya sea porque no se realizó bien la intubación, ya sea porque no se mantuvo la adecuada vigilancia y se salió el tubo orotraqueal sin que se detectara. Lo que si está claro es que la niña llegó a aquel Hospital extubada, con el tubo orotraqueal en la boca y con una saturación de oxígeno del 55%.
- La hipoxemia padecida durante el traslado le provocó una hipoxia tisular, que produjo lesiones cerebrales irreversibles. La hipoxia también pudo facilitar la aparición de hemorragia

intraventricular, que vino a agravar el cuadro cerebral que padece la niña.

Finalmente, los reclamantes solicitan la cantidad total de 1.244.425,7 euros, tomando como criterio orientador el baremo de indemnizaciones por accidentes de tráfico. A la cantidad anterior añaden 4.800 euros de renta mensual vitalicia, revalorizable conforme al IPC, para que sea atendida la niña por tres personas titulares y un suplente en el caso de enfermedad o turno vacacional.

UNDÉCIMO.- Con fecha 31 de enero de 2007, x., en representación de los reclamantes, presenta escrito ante el Servicio Murciano de Salud en el que expone que la compañía aseguradora le ha ofertado 350.000 euros, que considera insuficientes teniendo en cuenta la existencia de dos víctimas en este expediente y las gravísimas lesiones de la menor. Solicita que prosigan las actuaciones y propone un acuerdo al que sus representados estarían dispuestos a alcanzar: que se reconozca a la madre la cantidad de 75.000 euros y a la menor 750.000 euros. Acompaña diversos pronunciamientos judiciales sobre indemnizaciones concedidas en otros casos y la última resolución del Instituto Murciano de Acción Social (IMAS), que reconoce a la menor una minusvalía del 91%.

DUODÉCIMO.- Previa nueva propuesta de los reclamantes de terminación convencional del expediente si se les reconoce una indemnización de 600.000 euros a su hija (folio 680), la instructora, mediante informe-propuesta de resolución de 5 de febrero de 2008, considera que dicha cuantía es adecuada para la justa compensación de daños (sic) y propone:

"1.- Citar a los reclamantes para una comparecencia en la que muestren su conformidad con la cuantía señalada y expresen su renuncia a cualquier acción administrativa o judicial por estos mismos hechos, siempre y cuando les sea abonada la mencionada indemnización en un plazo no superior a tres meses, a contar desde la autorización del Ministerio Fiscal.

2. Que dicho acuerdo junto con el expediente instruido y la propuesta de resolución sean remitidos al Consejo Jurídico de la Región de Murcia para que emita el correspondiente dictamen, a ser posible mediante el procedimiento de urgencia, de forma que pueda abonarse la indemnización al reclamante en el referido periodo de tres meses".

En su cumplimiento, los interesados suscriben una propuesta de acuerdo convencional con el Director Gerente del Servicio Murciano de Salud por la cantidad expresada (folios 690 y 691), en la que se comprometen a renunciar expresamente al ejercicio de cuantas acciones y derechos les pudieran corresponder por estos mismos hechos contra el Servicio Murciano de Salud y su aseguradora, al igual que se comprometen a presentar escrito de desistimiento para el archivo de las actuaciones en el recurso contencioso administrativo 196/2005, condicionado a lo arriba indicado.

Por diligencia expedida por el órgano instructor de 17 de marzo de 2008, se hace constar que en las dependencias del Servicio Jurídico del Servicio Murciano de Salud se ha personado un representante de los reclamantes para retirar una copia de la propuesta de acuerdo convencional, con el fin de presentarla ante el Ministerio Fiscal para solicitar su autorización, así como la suspensión del procedimiento contencioso administrativo en curso.

DECIMOTERCERO.- Por Auto de 17 de julio de 2008 de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de la Región de Murcia, se autoriza la transacción en los términos que consta en la propuesta de acuerdo convencional suscrito por los interesados y por el Director Gerente del Servicio Murciano de Salud, destinada a la atención y cuidado de su hija menor.

Posteriormente, el 23 de julio de 2008 (registro de entrada), el letrado actuante presenta ante el Servicio Murciano de Salud escrito al que acompaña el informe favorable a la transacción de la Fiscalía de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia (folios 688 y 689), que considera que *"la cantidad de 600.000 euros no perjudica los intereses del*

incapacitado, sin que se considere necesaria la práctica de prueba para demostrar la necesidad de la transacción y su utilidad, al entenderse adecuada y justificada, no tanto por la demora existente en la resolución de los asuntos cuanto por lo próximo de la cantidad que en su caso pudiera corresponderle al incapacitado al aplicar dicho baremo".

DECIMOCUARTO.- Con fecha 31 de julio de 2008 se ha recabado el Dictamen preceptivo del Consejo Jurídico, acompañando el expediente administrativo que consta de 701 folios, y solicitando su despacho por el trámite de urgencia dado que la propuesta de terminación convencional suscrita por las partes recoge un compromiso de pago en un plazo perentorio. 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 reclamación de responsabilidad patrimonial presentada 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 (LCJ), en relación con el 12 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RRP).

El Dictamen ha de pronunciarse sobre la existencia o no de relación de causalidad entre el funcionamiento de los servicios públicos y la lesión producida y sobre la valoración del daño causado y la cuantía y modo de indemnización, según establece el artículo 12.2 RRP.

SEGUNDA.- Legitimación y plazo.

1. Ha quedado acreditado en el expediente la condición de interesados de los reclamantes para ejercitar la acción de responsabilidad patrimonial, conforme a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, sobre Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), ya que se consideran perjudicados por la actuación del servicio público sanitario en la asistencia dada a la paciente y a la hija menor de edad que representan.

Si bien cuando ocurrieron los hechos el centro hospitalario, a cuyos facultativos y medios se atribuye la inadecuada praxis médica, no pertenecía al Servicio Murciano de Salud, el posterior proceso de transferencias de funciones y servicios en materia de sanidad de la Administración del Estado a la CARM sustenta plenamente la legitimación pasiva de la Administración regional, como ha indicado de forma reiterada el Consejo Jurídico (por todos, nuestro Dictamen 65/2002).

2. En cuanto al plazo para ejercitar la acción, la interposición por los reclamantes de denuncia por un presunto delito de lesiones causadas por imprudencia médica ante el Juzgado de Instrucción núm. Uno de Lorca (Diligencias Previas 2398/2000) por estos mismos hechos, interrumpió el plazo de prescripción conforme a nuestra doctrina (por todos, Dictamen 21/08), habiendo sido dichas actuaciones archivadas tras el Auto de la Audiencia Provincial de Murcia de 8 de julio de 2003, fecha que tiene la consideración de *dies a quo* para el cómputo del plazo en relación con la asistencia dada a la paciente, de lo que se deduce que la reclamación presentada el 7 de julio del 2004 se ha ejercitado en plazo, aun sin tener en cuenta la fecha de notificación del citado Auto a la parte reclamante. En el caso de la menor, el cómputo del inicio del plazo para el ejercicio de la acción es muy posterior, en tanto ha de tenerse en cuenta la determinación del alcance de las secuelas, conforme al artículo 142.5 LPAC, en atención a que su patología se ha ido agravando con el tiempo, como reconoce la última resolución del IMAS, de 31 de enero de 2007, que establece un grado de minusvalía del 91%.

TERCERA.- Procedimiento.

1. 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, salvo el plazo máximo para resolver, de conformidad con lo previsto en el artículo 13.3 RRP.

Sin embargo, las peculiaridades del presente expediente que propone la terminación convencional del procedimiento suscita una serie de cuestiones, algunas ya solventadas y otras susceptibles de ser advertidas a la Consejería competente:

a) Conviene destacar que la instrucción culmina en un informe-propuesta de resolución del órgano instructor, cuya denominación ha sido objeto de consideración en nuestro Dictamen núm. 154/2008, y con una propuesta de acuerdo convencional suscrita por los reclamantes y el Director Gerente del Servicio Murciano de Salud, si bien para la emisión de Dictamen por el Consejo Jurídico se requiere únicamente la propuesta de acuerdo convencional del órgano instructor, según establece el artículo 12.1 RRP, puesto que la formalización del acuerdo por el órgano competente se ha de producir tras la emisión del preceptivo Dictamen (artículo 13 del mismo Reglamento).

Al afectar el acuerdo de terminación convencional a los derechos de una menor, el procedimiento ha sido completado con la autorización para la transacción por parte de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de la Región de Murcia, mediante Auto de 17 de julio de 2008, previo informe favorable del Ministerio Fiscal, por exigencia de los artículos 2.025 y ss. de la Ley de Enjuiciamiento Civil, al haberse interpuesto por los reclamantes el correspondiente recurso contencioso administrativo contra la desestimación presunta de la reclamación.

No obstante, no consta en el expediente el traslado de las actuaciones tendentes a dicho acuerdo al letrado del Servicio Murciano de Salud en el pleito correspondiente, con fundamento en el principio de coordinación con la Dirección de los Servicios Jurídicos en su condición de centro superior directivo de los asuntos contenciosos en los que es parte la Administración regional (artículo 4.2 de la Ley 4/2004, de 22 de octubre, de Asistencia Jurídica de la CARM). En tal sentido, debe traerse a colación que el artículo 76 de la Ley 29/1998, de 13 de julio, Reguladora de la Jurisdicción Contencioso Administrativa, recoge un procedimiento *ad hoc* para cuando, interpuesto el recurso contencioso administrativo, se reconocen en vía administrativa las pretensiones de los demandantes.

b) En cuanto a los requisitos procedimentales exigibles a la propuesta de acuerdo convencional, el Consejo Jurídico ha de realizar las siguientes observaciones:

La primera hace referencia al cumplimiento del requisito temporal para proponer el acuerdo indemnizatorio, en la medida que el artículo 11.2 RRP posibilita que el interesado proponga la terminación convencional durante el plazo del trámite de audiencia, si no lo hubiera hecho con anterioridad. En el presente caso, la situación de paralización del procedimiento, tras el acuerdo de la comisión de seguimiento del seguro de entablar negociaciones con los interesados, no permite encuadrar *strictu sensu* dicha petición en el trámite de audiencia otorgado pero, en todo caso, se ha planteado durante el periodo de instrucción y, sobre todo, se ha propuesto por los interesados con anterioridad a la propuesta que ha de realizar el órgano instructor.

La segunda observación, de mayor importancia aún, está relacionada con la falta de razonamiento en el "informe-propuesta de resolución del órgano instructor" del contenido exigido por el artículo 12 RRP para que el Consejo Jurídico proceda a dictaminar sobre los extremos arriba referenciados (Consideración Primera), en relación con los requisitos establecidos en los artículos 139 y 141.1 LPAC para el reconocimiento de la responsabilidad patrimonial. Es decir, el informe-propuesta de resolución carece de un análisis del nexo causal con el funcionamiento del servicio público sanitario, pese a la abundancia de informes técnicos

evacuados por los facultativos del Hospital Rafael Méndez, Inspección Médica y peritos de parte, estos últimos no siempre coincidentes en sus apreciaciones sobre la praxis médica seguida; del mismo modo, las razones por las que el órgano instructor considera adecuada la cuantía indemnizatoria y es compatible con el interés público, como requisito necesario para poder terminar convencionalmente el procedimiento, según establece el artículo 88 LPAC. Esta exigencia de motivación se hace aún más necesaria cuando, en las actuaciones penales previas que fueron archivadas, el médico forense (folios 128 y 129) había informado que, en su opinión, no se había producido descuido o negligencia en el cuidado a la paciente.

CUARTA.- La responsabilidad patrimonial en la asistencia 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: "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:

- a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupos de personas.
- b) 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.
- c) Ausencia de fuerza mayor.
- d) 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 médico ha de llevarse a cabo 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 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 (SAN, Sección 4ª, de 18 de septiembre de 2002, y STS, Sala 3ª, de 14 de octubre de 2002).

Veamos la aplicación de esta doctrina al presente supuesto.

QUINTA.- Actuaciones anómalas que se imputan al funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y concurrencia de los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial. En sus imputaciones los reclamantes diferencian la praxis médica seguida con la paciente y

con la menor que, a su juicio, ha dado como resultado, en el caso de la primera, su esterilidad (extirpación del útero totalmente sano) y, en el de la segunda, una encefalopatía hipóxico-isquémica severa.

Para el órgano instructor ha existido una inadecuada praxis médica, que no concreta, concluyendo, no obstante, en una propuesta de acuerdo convencional por la cantidad global de 600.000 euros sin mayor motivación, como se ha indicado con anterioridad.

1) Actuaciones sanitarias en relación con la paciente.

Respecto a la paciente los reclamantes achacan a los facultativos que la atendieron en el Hospital Rafael Méndez una grave imprudencia, que demuestra impericia profesional y una omisión de medios, pues si se presenta un cuadro de abdomen agudo, refiriendo la paciente posible inserción anormal de la placenta, es obligada la realización de una ecografía, atendiendo también a sus antecedentes (endometriosis), sin que se diagnosticara hasta que se produjo el hemoperitoneo. También consideran inadecuada la intervención quirúrgica en la medida que se le extirpó el útero totalmente sano, produciendo una esterilidad irreversible a la interesada, que tenía por entonces 31 años.

De la historia clínica y de los informes evacuados por los distintos facultativos, el Consejo Jurídico distingue en su asistencia hospitalaria tres periodos:

- Cuando la paciente acude al servicio de urgencias y posteriormente el facultativo que la atiende ordena su ingreso en el Hospital Rafael Méndez.

- La atención desde su ingreso hasta la cesárea.

- La intervención quirúrgica.

a) Cuando la paciente acude al Servicio de Urgencias del Hospital Rafael Méndez, embarazada de 34 semanas, no presenta un dolor abdominal agudo en contra de lo que exponen los reclamantes, sino que refiere "*molestias en fosa ilíaca derecha de modo intermitente*", según consigna la hoja de ingreso que refleja que su estado general era bueno. A este respecto, ha de tenerse en cuenta, conforme expone la Inspección Médica, de que uno de los motivos más frecuentes de consulta en los Servicios de Urgencias es el dolor abdominal, que puede tener su origen en una gran cantidad de causas, por lo que el diagnóstico diferencial puede ser en ocasiones difícil.

El Dr. x., que atendió a la paciente en el Servicio de Urgencias en el Hospital Rafael durante tres horas, detalla de forma exhaustiva las pautas que siguió con la paciente (Antecedente Sexto), si bien destacamos de la misma que procedió a la monitorización cardiotocográfica por un periodo de 2 horas mientras le realizaban una extracción de sangre y de orina. En este tiempo comprobó el estado de bienestar y de oxigenación fetal ("monitor reactivo en todo momento"). Consideró que la paciente presentaba un cuadro compatible con amenaza de parto pretérmino de una intensidad leve y siguió el tratamiento habitual con Prepar por vía oral y Valium para mitigar los efectos colaterales. Finalmente, decidió ingresar preventivamente a la paciente para vigilar la evolución clínica y el efecto del tratamiento durante las horas subsiguientes.

Esta asistencia, pese a que se discute por los reclamantes la conveniencia de haberle realizado una ecografía a su ingreso por la placenta previa que refiere entre sus antecedentes (así se recoge en el último informe pericial de parte), sin embargo es justificadamente refutada por el Dr. x., que señala: "*Como ya he referido el realizar una ecografía transvaginal hubiera podido reportar mayor daño por el riesgo de provocar hemorragia vaginal ante una sospecha de placenta previa*".

De la actuación relatada, ni la Inspección Médica ni el segundo perito de la parte reclamante (folio 642), infieren una *praxis* incorrecta, al igual que el médico forense que informa: "*considero que la sintomatología que presentaba la paciente al ingreso era inespecífica y que podría*

corresponder con otros diagnósticos, que se le hicieron cuantas exploraciones complementarias eran necesarias y, en función del resultado de las mismas, se actuó".

b) Sin embargo, de la asistencia sanitaria que se prestó a la paciente tras su ingreso, sobre todo durante la madrugada del día 17, la Inspección Médica presupone una actuación incorrecta cuando deriva relación de causalidad con el daño alegado (pérdida de oportunidad), pero sin arrojar mucha luz, frente a la opinión más concluyente de los peritos de la parte reclamante.

Conviene recordar a este respecto que el Auto de 8 de julio de 2003 de la Audiencia Provincial de Murcia, ya citado, hace referencia a que *"la definitiva depuración de responsabilidades por esa alegada falta de control inicial de la paciente y por la comentada actuación incorrecta de los profesionales médicos, debe ser debatida en el marco de un proceso ajeno al ámbito penal"*. Precisamente la falta de pronunciamiento del órgano instructor sobre la *praxis* médica y el nexo de causalidad con el daño alegado durante este periodo, y en la posterior intervención de cesárea, es singularmente destacable y pone en juego, ante una propuesta de acuerdo convencional, la distribución de la carga de la prueba entre las partes, a la que nos hemos referido en la Memoria correspondiente al año 1999 (págs. 42 y 43).

De la historia clínica se desprende que en la mañana del día 16 a la paciente se le realizó otra monitorización y se le administró buscapina intravenosa. También se le extrajo sangre para dejar en reserva y se le realizó un electrocardiograma con resultado normal, lo que denotaría en aquel momento una actitud preventiva.

Con posterioridad, como el dolor no remitía, fue avisado el ginecólogo a las 23 horas del día 16, según las observaciones de enfermería (folio 100): *"se avisa a las 23 h. al ginecólogo porque la paciente refiere mucho dolor en fosa ilíaca derecha. Se sube para hacerle monitor y reconocerla. Se quita la medicación actual y le pauta sonda rectal y nervobión"*. Es decir, la paciente, que había pasado la tarde con molestias según anotan las enfermeras, presenta a esas horas "mucho dolor", según se transcribe. Al no mejorar esa noche, las enfermeras avisan sobre las 2 de la madrugada al ginecólogo de guardia, que les indica telefónicamente que le tomen las constantes y le hagan un reflolux (179 mg/dl). Anotan que *"intenta levantarse y se marear"*, y se le pone Bepanthene y Benadón en suero. No consta en la historia clínica que el facultativo explorara a la paciente tras este aviso de las enfermeras, lo que viene a reconocer implícitamente el Dr. x. (folio 359) cuando señala que *"existen algunas confusiones respecto a las indicaciones telefónicas ya que si bien eran ciertas (constantes y analíticas) después bajamos a la planta cuando dichos datos estaban ya realizados y se hicieron constar en la hoja de evolución"*.

Al no mejorar, según anotan las enfermeras, a las 7 h. de la mañana del día 17 avisan otra vez al ginecólogo, porque además del dolor en todo el abdomen, está *"mareosa y sudorosa"* (sic). Seguidamente anotan *"dice que le pinchemos hemograma urgente y nuevo reflolux"*, que arrojó un resultado similar al anterior. Tras lo cual se anota en la hoja de enfermería que el ginecólogo visita a la paciente, que ordena una ecografía urgente (se le realiza a las 9 h. según los reclamantes, anotándose en el historial que se realiza a 1ª hora de la mañana) para que confirme la existencia de un hemoperitoneo que explique el cuadro de dolor agudo y las diferencias en la analítica (folio 66), siendo confirmado ulteriormente por la ecografía. Con el diagnóstico de shock hipovolémico se indicó cesárea urgente, que fue practicada a las 10,30 horas.

De las anteriores actuaciones la Inspección Médica, en su informe complementario de 27 de octubre de 2005 (folio 614), que matiza el anteriormente evacuado, considera que existe relación de causalidad entre la asistencia sanitaria y la realización de la histerectomía, porque la instauración del shock hipovolémico condicionó la necesidad de realizar una cesárea de forma

urgente y una pérdida de oportunidad en la intervención y en la posibilidad de salvar el órgano (el útero). Sin embargo, no termina de concretar y detallar qué acciones u omisiones sanitarias durante dicho periodo originaron esta pérdida de oportunidad, aspectos que convendría haber sido aclarados durante la instrucción, teniendo en cuenta que en su informe inicial concluía, en relación con la paciente, que "no resulta evidente que los servicios sanitarios no adecuaban su organización y funcionamiento a los principios de eficacia, celeridad, economía y flexibilidad, ya que no puede afirmarse que el diagnóstico de abdomen agudo estuviera claro desde su ingreso". Mayor claridad se infiere del segundo informe pericial de parte (folio 650), que pone énfasis en que no se le realizó durante esa noche ninguna ecografía, pese a que la paciente tenía mucho dolor (según anotan las enfermeras) y con el antecedente anotado de placenta previa, ni tan siquiera a primera hora de la mañana (de 7 a 8 de la mañana), destacando también la demora en su realización. Igualmente se cuestiona por los reclamantes la actuación del ginecólogo de no explorar a la paciente, cuando fue avisado a las 2 de la mañana por las enfermeras de planta.

c) En cuanto a la intervención quirúrgica que provocó, según la parte reclamante, la rotura de la arteria uterina, a consecuencia de lo cual se hizo necesario la extirpación del útero que estaba totalmente sano, produciendo una esterilidad irreparable, ni la Inspección Médica ni el perito de parte concluyen de modo inequívoco en una inadecuada praxis médica, en tanto informan en términos de probabilidad, no de certeza. Así la Inspectora Médica, en su informe complementario (folio 615), matiza el juicio vertido anteriormente sobre la existencia de relación de causalidad entre la prestación del servicio y la pérdida del útero, que atribuye inicialmente con probabilidad a una lesión iatrogénica, afirmando tras consultar numerosas fuentes bibliográficas que caben dos posibilidades: que fuera una rotura espontánea secundaria a endometriosis, o que sea una lesión iatrogénica. Del mismo modo el perito expresa su parecer en términos poco concisos para entender como debidamente acreditado el vínculo causal con esta secuela de la intervención quirúrgica: *"es posible que una disección más cuidadosa hubiera permitido extirpar el ovario derecho sin lesionar la arteria uterina, y de esta forma no hubiera sido necesario extirpar el útero"*.

2) Asistencia sanitaria en relación con la menor.

Interesa destacar que en la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada ante la Administración regional se han ampliado las imputaciones a la asistencia del servicio sanitario público respecto a la menor, en contraste con la denuncia previa en la vía penal, sobre la base de la historia clínica y de las condiciones de su traslado desde el Hospital Rafael Méndez al Hospital Virgen de la Arrixaca.

Se ha acreditado en el historial que la niña nació con una asfisia moderada que se reflejó en un Apgar de 5, 7 y 8. Pesó al nacer 2.530 gr., administrándole oxígeno (folio 68). Es trasladada a planta de pediatría (folio 376), iniciando distress respiratorio progresivo por lo que se requiere intubación, siendo trasladada a la UCI neonatal del Hospital de referencia. Pese a que la hoja de transporte en la UCI móvil consignaba específicamente que se vigilara la sonda de intubación oral (folio 286), consta acreditado que cuando llegó a la UCI (con 7 horas de vida) llevaba el tubo orotraqueal en boca (extubada) con Sat O₂=55%, procediéndose en su ingreso a reintubación. Se le administra una dosis de surfactante con ligera mejoría clínica, pero persistió infiltrado intersticial en hemotórax izquierdo durante unos días, catalogándose de neumonía. Se extuba a los 8 días con buena respuesta.

En este aspecto existe coincidencia de criterios entre la Inspección Médica y los peritos de parte en que las incidencias que ocurrieron en el traslado de la recién nacida, en la que el tubo orotraqueal llega extubado y la saturación de oxígeno era del 55%, se relacionan con el diagnóstico de asfisia fetoneonatal, que se refleja en el informe de alta de la UCI Neonatal y en

los sucesivos diagnósticos de asfixia fetoneatal severa y encefalopatía hipóxico-isquémica severa, con alteración EEG en el Servicio de Neonatología del Hospital Virgen de la Arrixaca, que ha dado lugar a un cuadro de encefalopatía crónica tetraparética espástica con epilepsia secundaria, que presenta en la actualidad la niña.

No obstante, existe cierta discrepancia en cuanto a su alcance, en tanto la Inspección Médica traduce dicha incidencia en un agravamiento del cuadro inicial, mientras que para el perito de parte la parálisis cerebral infantil con tetraparesia espástica y la epilepsia secundaria que padece la niña se deben a las grandes lesiones cerebrales que se provocaron, como consecuencia de la hipoxia sufrida durante el traslado (folio 651). En este aspecto cabe destacar la pasividad probatoria de la Administración, que no se ha orientado a aclarar si en dichas secuelas pudieron influir, además, otras causas (por ejemplo, la prematuridad) y en qué porcentaje, por lo que en ningún caso dicha inactividad puede beneficiar a la Administración. No obstante, la matización anterior no tendría consecuencias en el reconocimiento de la responsabilidad patrimonial, que resulta manifiesta, sino en la determinación del *quantum* indemnizatorio. A mayor abundamiento, otros informes médicos de la Administración confirman la relación causal. Así el Dr. x. de la Sección de Neuropediatría del Hospital Virgen de la Arrixaca (folio 280) señala que la encefalopatía crónica que padece la niña, cuya etiología se ubica en una hipoxia-isquemia cerebral, se relaciona con el periodo perinatal. Del mismo modo, el Dr. x., Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología, lamenta en su informe las consecuencias del traslado de la menor (folio 360).

Cabe concluir, por tanto, que ha quedado probado un defectuoso funcionamiento del servicio público sanitario, no en la extensión sostenida por los reclamantes (sobre todo en relación con la paciente), concurriendo todos los elementos exigidos por el ordenamiento jurídico para el nacimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración regional, entre ellos, la antijuridicidad del daño, debiendo reconocerse el derecho de los reclamantes a ser indemnizados.

SEXTA.- La terminación convencional propuesta: cuantía indemnizatoria.

Los reclamantes, en su escrito de 7 de enero de 2008, manifiestan su disposición a la terminación convencional del presente procedimiento administrativo si la Administración reconoce a su hija una indemnización de 600.000 euros, es decir, contraen la cuantía indemnizatoria a los daños sufridos por la menor con las secuelas ya señaladas, por todos los conceptos reclamados. Previamente habían solicitado (folio 630) la cantidad total de 1.244.425,7 euros, más una renta mensual vitalicia.

El órgano instructor considera adecuada la cantidad propuesta (600.000 euros) para la justa compensación de los daños producidos por las actuaciones descritas. Del mismo modo el informe del Ministerio Fiscal (folio 689) señala:

"Que por aplicación por analogía con el Baremo de Tráfico, y dada la existencia de cantidades fluctuantes en el mismo, se considera que la cantidad de 600.000 euros no perjudica los intereses del incapacitado, sin que se considere necesaria la práctica de la prueba para demostrar la necesidad de la transacción y su utilidad, al entenderse adecuada y justificada, no tanto por la demora existente en la resolución de los asuntos cuanto por lo próximo de la cantidad que en su caso pudiera corresponderle al incapacitado de aplicar dicho baremo".

Sobre el cálculo de la indemnización, el Consejo Jurídico viene aplicando de forma constante una serie de criterios legales y jurisprudenciales (por todos, Dictamen núm. 154/08), entre los que destacamos que la legislación sobre indemnización en caso de accidentes de tráfico no es más que un criterio orientativo, debiendo precisarse y modularse al caso concreto en que surge la responsabilidad patrimonial, por lo que han de tenerse en cuenta las circunstancias personales, familiares y sociales de la lesionada.

En el presente caso, en el último reconocimiento realizado por el Equipo de Valoración y Orientación del IMAS de 12 de enero de 2007, la menor presenta las siguientes deficiencias: retraso mental profundo, tetraparesia, crisis parcial y enfermedad del aparato digestivo. Dichas deficiencias se valoran en un grado de minusvalía del 91%.

Para fijar la indemnización procedente resulta necesario tener en cuenta la extrema gravedad de las secuelas de todo tipo, físicas, psíquicas y neurológicas que presenta la menor, de carácter irreversible, que le condicionan durante su vida el desarrollo de su personalidad, de su autocuidado, y de relación con el mundo exterior, generándole una limitación muy profunda de todo género, así como el daño moral que le ha causado a sus padres, encargados de su cuidado.

Ante minusvalías similares en la que existe una incapacidad casi total derivada de problemas de nacimiento, el Tribunal Supremo es partidario de conceder sólo una indemnización global, sin añadir una pensión vitalicia. Para estos casos suele fijar la indemnización en 600.000 euros por todos los conceptos (SSTS, Sala 3ª, de 27 de junio de 2008 y de 15 de marzo de 2007). En tal sentido, en la medida que la propuesta remitida se atiene a este criterio judicial ponderado, se considera adecuada la cuantía, si bien cabe realizar más consideraciones al informe-propuesta de resolución de la instructora:

- a) El auto judicial por el que la Sala de lo Contencioso Administrativo autoriza la transacción establece que el importe de la indemnización irá destinado a la atención y cuidado de la menor, por lo que la adscripción a tal fin habrá de reflejarse en la formalización de la transacción.
 - b) No se desprende del expediente que la aseguradora del ente público vaya a suscribir, conjuntamente con los reclamantes y con el Servicio Murciano de Salud, el acuerdo de terminación convencional, cuando según el auto judicial referido ha mostrado su conformidad con lo solicitado por los reclamantes y se incluye en el texto a suscribir por las partes que los reclamantes se comprometen a no efectuar ninguna otra reclamación sobre lo mismos (hay una errata) a --, S.A.
 - c) En la medida que el acuerdo de terminación convencional se condiciona a que se haga efectivo su pago en el plazo de tres meses desde que se ha aportado al expediente el parecer favorable del Ministerio Fiscal, que tuvo entrada en el registro de la Consejería el 23 de julio de 2008 (folio 687), se entiende ya actualizada dicha cantidad, siempre y cuando se abone en el citado plazo, que concluye el 23 de octubre del año en curso.
- En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula las siguientes

CONCLUSIONES

PRIMERA.- Se informa favorablemente la propuesta de acuerdo indemnizatorio tendente a la terminación convencional del procedimiento, toda vez que se aprecian en el supuesto sometido a consulta todos los elementos a los que el ordenamiento jurídico anuda el nacimiento de la responsabilidad patrimonial. Asimismo, se cumplen los requisitos para proceder a la terminación convencional del procedimiento.

SEGUNDA.- En la formalización del acuerdo de terminación convencional habrá de tenerse en cuenta lo indicado en la Consideración Sexta.

No obstante, V.E. resolverá.