

Dictamen n.º: **62/20**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **13.02.20**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 13 de febrero de 2020, aprobado por unanimidad, sobre la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por dos abogados en nombre y representación de Dña. (“*la paciente*” o “*la reclamante*”) y D. (“*el reclamante*”) por la pérdida fetal y los daños sufridos a consecuencia de la asistencia dispensada en el Hospital Universitario Severo Ochoa (HUSO), de Leganés.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Mediante escrito presentado con fecha 9 de enero de 2018 por la asistencia letrada de los reclamantes referidos en el encabezamiento, se formula reclamación de responsabilidad patrimonial al entender que la asistencia sanitaria prestada a la paciente fue deficiente porque no se advirtió la preclampsia que sufría, retrasándose la realización de la cesárea y provocando la pérdida fetal. Indica además, que la paciente sufrió “*un gran hemoperitoneo por rotura de lóbulo hepático que precisó la realización de varias intervenciones con grave riesgo su vida*” y que los daños producidos son tanto físicos como

psicológicos y emocionales, por la pérdida del primer hijo que esperaban.

En su escrito señala que el 25 de julio de 2017, la paciente ingresó en Urgencias Generales del HUSO al presentar *“dolores gastrointestinales, ardor, náuseas y pesadez en su estómago”*. Refiere que en el momento de ingreso estaba en el último mes de embarazo y que éste se había desarrollado con normalidad. Describe que todo ese día estuvo tanto en Urgencias Generales como de Ginecología, existiendo *“un defecto de coordinación inter servicios que repercutió de manera definitiva en el fatal desenlace”*.

El reproche fundamental que hace es que hubo *“una infravaloración de los síntomas que presentaba la paciente ya que no se advirtió la preclampsia que sufría, retrasándose la realización de la cesárea”*. Repite que la reclamante *“no fue calibrada adecuadamente por ninguno de los servicios, pues la paciente no sufrió un síndrome de Hellp -patología muy infrecuente- sino que el feto falleció por no atender una preclampsia a tiempo”*. En la página 8 del escrito se alude genéricamente a *“varias negligencias médicas”* pero se refiere, sin embargo, a otra persona que no es la paciente, pues menciona otro apellido que no es el suyo.

Continúa alegando que hubo una *“actuación negligente por el personal médico que atendió a la paciente y que aquélla es contraria a las exigencias de la lex artis ad hoc y causó daños antijurídicos”*.

Por todo ello, se solicita inicialmente una indemnización de 100.000 €, que posteriormente, en el escrito de alegaciones se eleva a 200.000 €, sin especificar los conceptos y sin acompañar dictamen pericial alguno.

Se acompaña a la reclamación, además del poder de representación, la documentación médica e informes de la paciente, el

certificado de fallecimiento del bebé y un artículo sobre “*Estados hipertensivos del embarazo*”, en cuyo pie de página figura “*Documento de consenso*” de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO).

SEGUNDO.- Del estudio de la reclamación interpuesta y del expediente administrativo, resultan los siguientes hechos de interés para la emisión de este dictamen:

1.- La paciente, de 26 años de edad en el momento de los hechos, ingresó en Urgencias del HUSO a primera hora de la mañana del día 25 de julio de 2017, encontrándose gestante de 36 semanas, por “*dispepsia y sensación de ardor que no había cedido con ranitidina y refiriendo náuseas con vómitos alimentarios. No presentaba disnea ni dolor torácico, no fiebre ni diarrea, no cefalea ni edemas. No sangrado vaginal, ni amniorrea, no dinámica uterina, movilidad fetal bien percibida. La paciente refiere también haber sido diagnosticada de infección urinaria, en su centro de referencia (...) Refiere persistencia de tenesmo vesical sin síndrome miccional, por lo que se solicita sistemático de orina*”.

A las 10.30 horas según se lee en el resumen de la historia clínica (Urgencias Ginecológicas) la paciente presenta: “*Constantes normales. Tensión arterial 126/76*” (folio 224).

Fue valorada inicialmente en Urgencias de Ginecología, donde le administran medicación. Comienza con dolor torácico agudo opresivo, con aumento de la sensación nauseosa y disnea a las 11.15 horas. Tras comprobar ausencia de complicaciones del embarazo, le derivan al Servicio de Urgencia General por persistencia del dolor a pesar del tratamiento.

A las 11:30 horas la paciente llega a la Urgencia General para valoración de su cuadro de dolor abdominal localizado en epigastrio. Se procede a administrar una ampolla de ranitidina y otra de pantoprazol con lo que la reclamante obtuvo mejoría subjetiva. Se comprueba correcta tolerancia de dieta blanda y se decide mantener en observación para valorar evolución del dolor y administrar nueva dosis de antiácido por la tarde.

A las 15.34 horas presentó aumento de dolor abdominal con pico hipertensivo de 180/110, precisando adelantar el paracetamol de un gramo. En este sentido, en el folio 227 se lee el Evolutivo de Urgencias, y la anotación de enfermería: *“en el turno de tarde la paciente presenta pico hipertensivo de 18/11 en contexto de mal control analgésico (tensiones registradas hasta el momento de 125/60)”*. Tras dicho episodio, la paciente mantuvo dolor intenso en la región de hipogastrio, refiriendo que *“ha orinado sangre sin poder discernir si procede de la orina o de vagina”*. Debido al intenso dolor y objetivándose contracciones abdominales regulares, se procedió a interrumpir la exploración que se le estaba realizando (ecografía clínica) para efectuar derivación y valoración por parte de Ginecología.

2.- A las 17.10 horas le dan el alta de Urgencias Generales y le remiten de nuevo a la Urgencia de Ginecología, donde llega a las 17.30 horas. La paciente niega mejoría clínica. Refiere dinámica uterina, no sangrado. Presenta cuadro sincopal presenciado con recuperación parcial del nivel de conciencia: *“posterior síncope vasovagal de escasos segundos de duración con tensión arterial 11/6 y recuperación del nivel de conciencia”*, según refiere la citada anotación de enfermería).

Se le realiza ecografía en la que evidencia bradicardia fetal, por lo que se indica cesárea urgente por sospecha de pérdida de bienestar fetal y mal estado general. Se efectúa la extracción del feto en cefálica, sin latido cardíaco.

La revisión de la cavidad abdominal permite apreciar “*un hemoperitoneo masivo con hígado friable, mal profundido, con petequias en ambos lóbulos y decapsulación del lóbulo hepático derecho que sangra profusamente*”, por lo que se avisa a Cirugía General. En la historia clínica figura que “*Se evacúa el hemoperitoneo y se realiza maniobra de Pringle. Packing de la superficie hepática y colocación de varios tachosiles en superficie. Se realiza biopsia de una cuña hepática, que se informó posteriormente como ausencia de alteraciones a nivel de la arquitectura hepática. Tras retirar el pringle y valorar hemostasia en reiteradas ocasiones, no cede el sangrado por lo que se decide realizar packing con 9 compresas*”. Ante la imposibilidad de solución quirúrgica, se contacta con el Hospital 12 de Octubre, a fin de tratar su cuadro de “*Shock hemorrágico y fallo hepático agudo*” y se tramita el traslado.

3.- A su llegada al Hospital 12 de Octubre, ya el día 26 de julio, la paciente presenta un síndrome compartimental intraabdominal por lo que se le interviene quirúrgicamente de forma urgente. Además, se retira packing hepático y se deja herida quirúrgica abierta para evitar nuevo síndrome compartimental. Cuarenta y ocho horas después se le reinterviene para el cierre abdominal. Durante ambas cirugías abdominales se observa un hígado con buen parénquima, pero con hematomas difusos a lo largo de todo el órgano. Se consigue estabilización clínica y hemodinámica de la paciente. Sin embargo, en el contexto del shock hemorrágico, la paciente queda en anuria por lo que es conectada a hemodiafiltración venosa continua que se mantiene durante los 10 días que permanece en la UCI. Tras evolucionar favorablemente fue dada de alta el 7 de agosto de 2017.

TERCERO.- Presentada la reclamación, la instrucción del expediente se ha tramitado conforme a lo previsto en la Ley 39/2015 de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC).

Así, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 81 de la LPAC, se ha incorporado la historia clínica de la paciente y el informe del jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia (folios 282 y ss.) de fecha 13 de marzo de 2018, como servicio al que se imputa la producción del daño. En dicho informe se indica que el diagnóstico principal consignado es el de *“Rotura hepática probablemente secundaria a Síndrome de Hellp”* y como otros diagnósticos: *“Shock hemorrágico secundario a rotura hepática. Fracaso renal agudo anúrico probablemente secundario a necrosis tubular aguda recuperada.”*

Como consideración médica, después de definir la preclampsia como la aparición de hipertensión y proteinuria en una gestante a partir de las 20 semanas, señala que *“las cifras de tensión arterial que presentó la paciente fueron normales en todo momento, excepto una toma aislada de 180/100 durante su atención por parte de Urgencias Generales, que fue interpretada como secundaria al cuadro doloroso y de ansiedad producido por la crisis renoureteral. Del mismo modo, la presencia de proteinuria de 500 mg/dl en muestra aislada de orina, podía considerarse como no valorable, por el cuadro de cólico renal y la presencia de cilindruria en el sedimento urinario”*.

Señala que *“aunque el hematoma subcapsular hepático es una complicación grave que se presenta casi siempre en una gestante o puérpera con preclampsia grave o síndrome de Hellp, se requiere un alto índice de sospecha para su diagnóstico”*. Respecto a este difícil diagnóstico indica que la paciente no presentó en un primer momento criterios analíticos diagnósticos de síndrome de Hellp. *“(…) la analítica era completamente normal, y sólo después del shock hemorrágico y el packing hepático, apareció una marcada alteración del perfil hepático...”*.

Por todo ello, concluye que *“la causa más probable para explicar la rotura hepática espontánea en esta paciente es un síndrome de Hellp,*

hecho que ocurre hasta en 1% de las pacientes que presentan esta complicación”.

Consta igualmente el informe del jefe de Servicio de Cirugía General y Digestiva de 12 de febrero de 2018 (folios 288 y ss.), en el que se efectúa una crítica de la reclamación interpuesta -desde el punto de vista médico-y se indica que *«El tratamiento de la hemorragia por rotura hepática asociada o no al síndrome de Hellp, que no responde a las maniobras de hemostasia habituales que se realizaron, tiene como técnica quirúrgica principal y más utilizada, la realización de una técnica de “packing” hepático que incluye el cierre de la cavidad peritoneal para intentar conseguir la hemostasia o el retraso de la hemorragia mientras se recupera la homeostasis del paciente y se le traslada al centro de referencia que es el Hospital 12 de octubre».* Y concluye que *“la actuación de los cirujanos fue adecuada y ejemplar y que, junto al resto del equipo, salvó la vida de la paciente”.*

El informe del jefe de Servicio de Urgencias Generales de 15 de febrero de 2018 (folios 291 y ss.) destaca que *“durante el tiempo que fue atendida, la reclamante permaneció en todo momento estable, tanto desde el punto de vista clínico como hemodinámico, descartándose patología médica aguda urgente. Es de reseñar que al alta del Servicio de Urgencias Generales, la valoración fetal realizada por el Servicio de Obstetricia y Ginecología hacía referencia a la existencia de “bienestar fetal”.*

Al evaluar la atención médica, indica que *“existió comunicación fluida y frecuente entre los dos servicios, como lo demuestra la existencia de llamadas en 3 ocasiones para comunicar el estado de la paciente, sospecha clínica, actitudes a seguir y sobre todo, patologías que se habían descartado”.*

Respecto del tan problemático diagnóstico, indica que *“el diagnóstico al alta del Hospital 12 de Octubre es de síndrome Hellp, con recuperación tanto hepática como renal completas (hecho que apoya el diagnóstico). Todas las demás causas fueron excluidas”*.

Solicitado informe a la Inspección Sanitaria, éste se emite con fecha 18 de junio de 2018 (folios 502 y ss.). Tras efectuar una relación de los hechos, define en las consideraciones médicas qué se entiende por preclampsia: alteración que se presenta a partir de la semana 20 de embarazo y *“cursa con hipertensión arterial (valores superiores a 140/90 mm Hg) y proteínas en la orina”*. Advierte que la preclampsia *“puede conducir a consecuencias muy graves y hasta mortales para las mujeres y sus bebés”*. Indica que puede evolucionar a otras manifestaciones aún más graves como el síndrome de Hellp. Este se caracteriza por *“hemólisis, elevación de las enzimas hepáticas y bajo recuento de plaquetas. Es un episodio muy grave, que puede manifestarse incluso cuando no se había diagnosticado la preclampsia, y que, si no se trata, puede ocasionar la muerte. Sus síntomas son parecidos a los de una viriasis, una hepatitis o una gastroenteritis, por lo que puede pasar inadvertida ya que cursa con malestar general y dolor abdominal”*.

A su criterio, en todo momento se realizaron las actuaciones necesarias y conformes con la norma científica vigente, que demandaba la situación clínica y se ofrecieron las decisiones terapéuticas oportunas y adecuadas. Por lo que el médico inspector concluye que las actuaciones llevadas a cabo por el equipo de facultativos que asistieron a la reclamante, fueron correctas y conforme a la *lex artis ad hoc*.

Tras la incorporación al procedimiento del anterior informe y de la historia clínica, se ha evacuado el 16 de noviembre de 2018, el oportuno trámite de audiencia. Los interesados formulan alegaciones a través de su asistencia letrada (folios 542 y ss.) el 28 de noviembre de 2018, abundando en que *“la paciente no sufrió síndrome de Hellp y que*

el desarrollo del parto pudo hacerse de otra forma, y el feto habría sobrevivido” insistiendo en el daño moral que ha supuesto para los padres la pérdida de su primer hijo.

Consta en el expediente la propuesta de resolución de 11 de noviembre de 2019, folios 556 y ss., en la que se indica que *“ha quedado determinado que se siguieron siempre los procedimientos más adecuados al estado clínico de la paciente, aplicando todos los medios diagnósticos y terapéuticos disponibles en relación a la patología que presentaba y la evolución de su proceso, cabe considerar correcta la actuación de los Servicios Sanitarios, lo que conlleva la falta de antijuricidad del daño que se reclama”* y se acuerda desestimar la reclamación presentada por no concurrir los presupuestos necesarios para la existencia de responsabilidad patrimonial.

CUARTO.- Por escrito del viceconsejero de Sanidad, con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 25 de noviembre de 2019, se formuló preceptiva consulta a este órgano. Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el nº 542/19, a la letrada vocal Dña. Silvia Pérez Blanco que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada, por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 13 de febrero de 2020.

El escrito de solicitud de dictamen preceptivo está acompañado de documentación en soporte CD, adecuadamente numerada y foliada, que se considera suficiente.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 € y por solicitud del consejero de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero (ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de los interesados, según consta en los antecedentes, se regula en la LPAC.

Los interesados ostentan legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 32 de la Ley 40/2015 de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP) ya que son las personas que han sufrido el daño supuestamente ocasionado por la asistencia sanitaria recibida, con la pérdida del hijo y los daños físicos sufridos por la paciente y los psíquicos padecidos por ambos progenitores.

Ha quedado acreditada la representación otorgada a dos abogados, mediante la aportación del poder general y especial para pleitos.

Se cumple la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, por cuanto que el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado por personal médico del HUSO de Leganés, integrado dentro de la red sanitaria pública madrileña.

Por último, y en lo relativo al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con el artículo 67 de la LPAC, el derecho a reclamar responsabilidad patrimonial a la Administración prescribe al año de producirse el hecho o de manifestarse el efecto lesivo. Teniendo en cuenta que la asistencia sanitaria reprochada ocurrió el 25 y el 26 de julio de 2017, la reclamación presentada el 9 de enero de 2018 está en plazo legal, independientemente de la fecha de curación de las secuelas.

El procedimiento seguido no adolece de ningún defecto de anulabilidad o nulidad, por cuanto se han llevado a cabo todas las actuaciones necesarias para alcanzar adecuadamente la finalidad procedimental; se ha solicitado el informe preceptivo previsto en el artículo 81.1 de la LPAC esto es, al Servicio de Ginecología y Obstetricia como servicio presuntamente causante del daño y los demás servicios implicados, tal y como hemos referido en el antecedente de hecho tercero. También consta haberse emitido el informe de la Inspección Sanitaria y se ha incorporado al procedimiento la historia clínica de la paciente en el HUSO y en el Hospital 12 de Octubre.

Después de la incorporación al procedimiento de los anteriores informes, se ha dado audiencia a los reclamantes conforme al artículo 82 de la LPAC que presentaron alegaciones y por último, se ha formulado la oportuna propuesta de resolución.

Por todo ello, entendemos que se ha seguido el procedimiento legalmente establecido y no se ha omitido ningún trámite esencial o que produzca indefensión.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el art. 106.2 de la Constitución, que garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, en los términos establecidos

por la ley, previsión desarrollada por la LRJSP y completada en materia de procedimiento por la citada LPAC.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, por todas, en las Sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 11 de julio de 2016 (recurso de casación 1111/2015) y de 25 de mayo de 2016 (recurso de casación 2396/2014), requiere el cumplimiento de los siguientes requisitos:

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

b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal. Así, la Sentencia del Tribunal Supremo de 19 de junio de 2007 (Recurso 10231/2003), con cita de otras muchas declara que *“es doctrina jurisprudencial consolidada la que sostiene la exoneración de responsabilidad para la Administración, a pesar del carácter objetivo de la misma, cuando es la conducta del propio perjudicado, o la de un tercero, la única determinante del daño producido aunque hubiese sido incorrecto el funcionamiento del servicio público (Sentencias, entre otras, de 16 de noviembre de 1998 , 20 de febrero , 13 de marzo y 29 de marzo de 1999)”*.

c) Que exista una relación de causa a efecto entre el funcionamiento del servicio y la lesión, sin que ésta sea producida por fuerza mayor.

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005 y las sentencias allí recogidas) *“no todo daño causado por la Administración ha de ser reparado, sino que tendrá la consideración de auténtica lesión resarcible, exclusivamente, aquella que reúna la calificación de antijurídica, en el sentido de que el particular no tenga el deber jurídico de soportar los daños derivados de la actuación administrativa”*.

CUARTA.- Ahora bien, en la asistencia sanitaria, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público. El criterio de la actuación conforme a la denominada *“lex artis”* se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios, pues la responsabilidad no nace sólo por la lesión o el daño, en el sentido de daño antijurídico, sino que sólo surge si, además, hay infracción de ese criterio o parámetro básico. Obviamente, la obligación del profesional sanitario es prestar la debida asistencia, sin que resulte razonable garantizar, en todo caso, la curación del enfermo.

Según la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo (Sección 4ª) de 19 de mayo de 2015 (recurso de casación 4397/2010), para la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria -como reiteradamente ha señalado dicho Tribunal [por todas, sentencias de 21 de diciembre de 2012 (recurso de casación núm. 4229/2011) y 4 de julio de 2013, (recurso de casación núm. 2187/2010)- *«no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), 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”; por lo que “si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido” ya que “la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados”».

Constituye también jurisprudencia consolidada la que afirma que el obligado nexo causal entre la actuación médica vulneradora de la *lex artis* y el resultado lesivo o dañoso producido, debe acreditarse por quien reclama la indemnización, conforme a las reglas de la carga de la prueba del artículo 217 de la Ley 1/2000 de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil.

Aplicada la anterior doctrina al presente caso, resulta acreditado en el expediente, el daño producido a los padres con la pérdida del *nasciturus*. En cuanto a la paciente, el daño causado viene dado porque tras practicarse la cesárea sufrió “*shock hemorrágico y fallo hepático agudo*” por lo que tuvo que ser trasladada al Hospital 12 de Octubre, para ser intervenida de urgencia y posteriormente reintervenida “*para cierre abdominal*”, permaneciendo diez días en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Así pues, cumplido el primer requisito, procede analizar la relación de causalidad considerando que a los reclamantes les corresponde acreditar mediante medios idóneos que la asistencia prestada no fue conforme a la *lex artis*, entendiéndose por tales según la Sentencia de 15 de noviembre de 2018 del Tribunal Superior de Madrid (recurso: 462/2017), “*los informes periciales e informes técnicos incorporados a los autos y al expediente administrativo, pues se está ante una cuestión eminentemente técnica y en los cuales necesariamente debe apoyarse el*

tribunal a la hora de resolver las cuestiones planteadas”. En este sentido, no se adjunta ningún informe médico pericial que sustente sus reproches a la actuación de los facultativos del HUSO; la asistencia letrada basa su tesis de diagnóstico equivocado del síndrome de Hellp en un documento sobre la hipertensión en las gestantes de la SEGO.

Como primera cuestión a analizar el reproche relativo a la falta de conexión entre los diferentes servicios, señalaremos que aquélla se efectúa como una mera alegación en el escrito inicial, carente de la más mínima prueba y desmentida por los datos de la historia clínica (que hemos referido en los antecedentes de hecho) y por los informes de los servicios afectados. Así, es evidente que al ingresar en Urgencias una mujer en avanzado estado de gestación, lo procedente era que se la atendiera en las Urgencias de Ginecología, si bien cuando se comprueba la ausencia de complicaciones del embarazo, le derivan al Servicio de Urgencia General debido al fuerte dolor abdominal; posteriormente y ante la aparición de contracciones, se la vuelve a ingresar en Urgencias de Ginecología. Además, figuran reflejadas las horas de salida y entrada en cada servicio. En adición a ello, tal y como se indica en el informe del jefe de Servicio de Urgencias Generales, se efectuaron hasta tres llamadas (entre los dos Servicios de Urgencias) *“para comunicar el estado de la paciente, sospecha clínica, actitudes a seguir y sobre todo, patologías que se habían descartado”*. Por ello, valoramos como adecuada esa coordinación y como señala ese jefe de servicio *“resulta sorprendente que se utilicen las llamadas entre especialistas como datos de descoordinación, cuando precisamente son todo lo contrario”*.

En cuanto al reproche principal de los reclamantes relativo a la equivocación en el diagnóstico, que según manifiesta con insistencia su letrado debió ser el de preclampsia y no el del síndrome de Hellp, hemos de señalar que esto lo basa únicamente en un documento médico de la

SEGO que analiza la hipertensión arterial, que es uno de los diferentes síntomas de la preclampsia.

Frente a estas valoraciones, los informes de los servicios afectados coinciden con el de la Inspección Sanitaria en dos datos: las gravísimas consecuencias que puede producir tanto la preclampsia como el síndrome de Hellp, para la paciente y el feto, así como la dificultad de su diagnóstico.

La Inspección señala los síntomas característicos de la preclampsia que *“cursa con hipertensión arterial (valores superiores a 140/90 mm Hg) y proteínas en la orina”*, por lo que han de analizarse los datos objetivos de tensión arterial que figuran en la historia clínica para ver si como dice la asistencia letrada *“se infravaloraron sus síntomas”*.

Así, es muy significativa la lectura del *“Evolutivo de Urgencias”* y en concreto los folios 224 y 227 del expediente (que hemos transcrito ya en el antecedente de hecho segundo 1.-) en el que figura que en el día 25 de julio, las diferentes tomas de tensión arterial eran normales *“hasta ese momento las tensiones registradas eran de 125/60”*. El evolutivo indica que fue *“en el turno de tarde cuando presentó el pico hipertensivo de 18/11 en contexto de mal control analgésico (...) tras lo cual la TA fue de 11/6 y recuperación del nivel de conciencia”*.

Por eso, el informe de la Inspección señala que *“las cifras de tensión arterial que presentó la reclamante fueron normales en todo momento, excepto una toma aislada de 180/100 durante su atención por parte de Urgencias Generales, que fue interpretada como secundaria al cuadro doloroso y de ansiedad producido por la crisis renoureteral”*.

Por tanto y dado que para el diagnóstico de la preclampsia es necesario una elevada hipertensión arterial y ésta no se registró, no hubo error en el diagnóstico ni infravaloración de los síntomas. Así, si según las consideraciones médicas con base doctrinal que hace la

Inspección de que para diagnosticar preclampsia se requiere una hipertensión mantenida de 140-90, es lo cierto que la paciente no la superó más que en un momento aislado.

En el dictamen del Consejo Consultivo 218/10 de 14 de julio, o en el posterior 156/15 de 8 de abril, se analizaron casos similares al que nos ocupa en cuanto a la preclampsia, destacando en el primero de ellos que para su diagnóstico es necesaria *“una hipertensión mantenida de 140-90”*, que es precisamente la cifra que refiere la Inspección en nuestro caso; y en el segundo de los dictámenes, se recoge incluso una mayor exigencia de la tensión arterial elevada *“según el protocolo de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia SEGO, se debe considerar la existencia de preeclampsia severa cuando existe TA sistólica mayor o igual a 160 mm. Hg. y/o (es decir, no se requiere que se den de forma sólo acumulativa, sino también disyuntiva) una TA diastólica mayor o igual a 110 mm. Hg”*.

Por todo ello, queda descartado que en ese momento el diagnóstico fuera de preclampsia, ya que las tensiones arteriales no alcanzaban -excepto una- esa medición, siendo correcta, por tanto, la evaluación de probable síndrome de Hellp. Además, respecto de este síndrome, el informe de la Inspección refiere que *“sus síntomas son parecidos a los de una viriasis, una hepatitis o una gastroenteritis, por lo que puede pasar inadvertida ya que cursa con malestar general y dolor abdominal”*, y no hay más que comprobar que la paciente ingresó con *“náuseas y vómitos”* y posteriormente tuvo -ya en Urgencias- dolor abdominal, luego con esos síntomas no era fácil el diagnóstico del citado síndrome.

A mayor abundamiento si analizamos la atención dispensada en el Hospital 12 de Octubre, es significativo que los informes de ese hospital realizados a partir del ingreso de la paciente el 26 de julio, avalan el síndrome de Hellp. Así, en el informe médico asistencial de la paciente

en el Servicio de Medicina Intensiva de 7 de agosto de 2017, día del alta, se refiere varias veces el probable síndrome de Hellp (folios 310 y ss).

Del mismo modo, el informe del Servicio de Nefrología de 30 de agosto de 2017 refiere en su diagnóstico principal “*rotura hepática probablemente secundaria a síndrome de Hellp*” (folio 327).

Por último, el informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología (folio 318) señala “*el inicio brusco del cuadro es realmente llamativo para englobarlo en un síndrome de Hellp*”.

Por tanto y a criterio de los facultativos de ambos hospitales, el diagnóstico más probable fue el efectuado: síndrome de Hellp. Precisamente valoramos como acertada la consideración que hace el jefe de Servicio de Urgencias Generales del HUSO en su informe, indicando que “*el informe al alta del segundo hospital corrobora ese diagnóstico de Hellp*”, siendo también muy significativa su conclusión en la que lamenta que una patología infrecuente y fulminante causase la muerte fetal, “*pero ello no justifica calificar de incorrecta una atención que en todo momento fue ajustada a la mejor práctica clínica*”.

En cuanto a la alegación genérica de que el “*parto pudo manejarse de otra forma*” realizando a posteriori, la conjetura de que el feto hubiera sobrevivido, es de recordar que, en el ámbito de la responsabilidad patrimonial sanitaria, rige la prohibición de regreso. En efecto, como ha venido señalando la jurisprudencia, no puede juzgarse partiendo del resultado final (por muy lamentable que éste sea) la actuación de los profesionales sanitarios; sino que ha de examinarse si desde el momento inicial y a lo largo del proceso de atención al paciente se emplearon los medios precisos y se realizó una actuación conforme a la obligación de medios y no de resultados. Por ello, para evaluar la corrección de una concreta práctica médica hay que estar a la situación y síntomas del momento en que se realiza ésta. Ello se traduce en que se deben aplicar a los pacientes todos los medios disponibles para su

diagnóstico y tratamiento. Esta obligación de medios debe entenderse ceñida al contexto del momento y las circunstancias en que se efectúa la asistencia, es decir, a la situación que presenta cada paciente. Así lo ha manifestado el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en Sentencia de 28 de marzo de 2016 (recurso 45/2014): *«No es correcto realizar una interpretación de lo acontecido conociendo el resultado final. La calificación de una praxis asistencial como buena o mala no debe realizarse por un juicio “ex post”, sino por un juicio ex ante, es decir, si con los datos disponibles en el momento en que se adopta una decisión sobre la diagnosis o tratamiento puede considerarse que tal decisión es adecuada a la clínica que presenta el paciente».*

Por tanto, y en el caso que nos ocupa, a pesar del resultado de la pérdida del hijo que nació sin latido cardiaco, no puede cuestionarse lo relativo a la práctica de la cesárea por el equipo médico mediante una regresión, a partir de la evolución posterior de los hechos. Además, tampoco los reclamantes concretan nada de cómo pudo detectarse antes la necesidad de practicar una cesárea (realizada con urgencia cuando se detectó bradicardia fetal) siendo lo cierto y objetivo lo que se constata en la historia clínica de que *“cuando aparecieron contracciones se la derivó otra vez a Urgencias Ginecológicas”.*

Como hemos señalado reiteradamente en nuestros dictámenes, en la medicina curativa nos encontramos ante obligaciones de medios y no de resultado, de tal forma que se cumple la *lex artis* cuando se utilizan todos los medios (de diagnóstico, de tratamiento, etc.) de los que se dispone. También hemos dicho con frecuencia que esta obligación de medios debe entenderse ceñida al contexto del momento y las circunstancias en que se efectúa la asistencia, es decir, a los síntomas que presenta el paciente y a las probabilidades, en función de los mismos, de que padezca una determinada patología. En este sentido, con cita de la jurisprudencia, hemos recordado que lo que procede es

un empleo de medios ordinarios y diligencia para cerciorarse de los diagnósticos que se sospechen, sin que se pueda cuestionar el diagnóstico inicial por la evolución posterior de los acontecimientos.

En resumen, al no haberse demostrado una mala praxis ni en el diagnóstico de la paciente ni en la cesárea, no ha quedado probada una relación de causa-efecto entre la asistencia sanitaria prestada a la paciente y los daños producidos, por lo que asumimos la conclusión de la Inspección Sanitaria de que se ha respetado la *lex artis*. Conclusión a la que debemos atenernos dado que el informe de la Inspección Sanitaria obedece a criterios de imparcialidad, objetividad y profesionalidad, como ha puesto de manifiesto el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en multitud de sentencias, entre ellas, la dictada el 22 de junio de 2017 (recurso 1405/2012):“... *sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen un elemento de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para decidir la Litis, puesto que, con carácter general, su fuerza de convicción deviene de los criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad respecto del caso y de las partes que han de informar la actuación del médico inspector, y de la coherencia y motivación de su informe*”.

En mérito a cuanto antecede, la Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada, al no quedar acreditada una mala praxis en la atención dispensada a la paciente.

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a esta Comisión Jurídica Asesora de conformidad con lo establecido en el artículo 22.5 del ROFCJA.

Madrid, a 13 de febrero de 2020

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 62/20

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid