

Dictamen nº **326/14**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **23.07.14**

DICTAMEN de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 23 de julio de 2014, emitido ante la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 13.1 de la Ley 6/2007, de 21 de diciembre, en el asunto promovido por N.S y F.S., sobre responsabilidad patrimonial de la Administración por la asistencia sanitaria dispensada por los Servicios de Urgencias y de Ginecología del Hospital Universitario de Torrejón, de Torrejón de Ardoz, que consideran deficiente.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- En escrito presentado en la Consejería de Transportes, Infraestructuras y Vivienda el 12 de marzo de 2013 y registrado de entrada en el Servicio Madrileño de Salud el día 19 del mismo mes, se reclama responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria por el supuesto funcionamiento inadecuado de los Servicios de Urgencias y de Ginecología del Hospital Universitario de Torrejón, de Torrejón de Ardoz, pues entienden los reclamantes que la muerte fetal por parto prematuro del hijo de ambos, producida el 18 de agosto de 2012 por infección placentaria, podría haberse evitado si ante los síntomas que presentaba la embarazada se hubieran realizado las pruebas que hubieran detectado a tiempo la infección que padecía y se hubiese instaurado el tratamiento acorde con el diagnóstico.

Exponen los reclamantes que la gestante, de 27 años de edad y embarazada de 5+4 semanas, es vista por primera vez en Urgencias del Hospital Universitario de Torrejón el 17 de abril de 2012 por dolor abdominal y polaquiuria. Las pruebas que se le realizan indican que el embarazo cursa con normalidad.

Desde esta fecha y hasta el 17 de agosto de 2012, la paciente acude a las revisiones de control donde se practican las pruebas correspondientes a la edad gestacional y uno de los análisis de orina realizados no fue adecuadamente valorado por estar la muestra contaminada. Entre tanto, también ingresa en Urgencias por sangrado y fuertes dolores abdominales el 19 de mayo y el 8 y 17 de agosto de 2012. En este último ingreso en Urgencias se queja de calambres abdominales y fuertes dolores y se emite como juicio clínico *“Dolor ligamentoso, achacando el mismo a los movimientos del feto”*. Desde el punto de vista de los reclamantes, en este momento la paciente debió haber quedado ingresada en el centro sanitario en lugar de recibir el alta, pues presentaba una *“infección pélvica y de útero secundaria a la corioamnionitis”*.

Esa misma noche, refieren los reclamantes, en la madrugada del 18 de agosto *“de manera abrupta la embarazada comienza a sentir fuertes dolores y dar claros signos de parto, el marido y padre del bebé (...) llama inmediatamente a los servicios médicos de urgencia y trata de atender a su mujer, que da a luz en su propio domicilio, antes de que los servicios del SAMUR puedan llegar a atenderla.*

El bebé nació con vida y se fue apagando poco a poco en los brazos de sus padres, impotentes y desesperados ante tal tesitura. Cuando llegan los facultativos del SAMUR el bebé no respiraba, procediendo de manera inmediata a trasladar a N.S. hasta el Hospital de Torrejón”.

Concluyen los interesados que los síntomas que presentaba la embarazada fueron ignorados y desatendidos por los facultativos, sobre todo teniendo en

cuenta que la paciente ya había sufrido un aborto espontáneo previo. Consideran que la actitud de los médicos en todo momento fue pasiva, restando importancia a los sangrados y tranquilizando a los padres refiriendo *“que todo evoluciona favorablemente”*.

Reprochan los reclamantes a la Administración que ante la falta de justificación de los dolores que presentaba la gestante, tendría que haber permanecido ingresada bajo observación con el fin de supervisar su evolución, sin embargo *“el personal sanitario en un comportamiento claramente negligente, la envía a su domicilio”*. *“Una vez esclarecida la causa del fallecimiento del feto (corioamnionitis)”* valoran las siguientes actuaciones seguidas por el personal médico:

- La inadecuación del tratamiento preventivo al ser una gestante con riesgo de aborto.
- La ausencia de pruebas necesarias para averiguar las causas de la sintomatología presentada por la paciente, en especial la falta de repetición de la prueba contaminada, un urocultivo.
- La ignorancia y dejadez absoluta a la sintomatología presentada por la paciente, claramente indicativa de un anormal desarrollo de la gestación, a pesar de la insistencia de aquella.
- La falta de ingreso hospitalario a la espera de un diagnóstico.
- La ausencia de tratamiento antibiótico adecuado, que trae causa en la falta de diagnóstico.

Solicitan una indemnización de 76.460,74 euros, cantidad ajustada al baremo para accidentes de tráfico de la Resolución de 21 de enero de 2013 de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones y la incorporación de la historia clínica.

A la reclamación acompañan diversos informes médicos y copia de la Guía Práctica de Urgencias en Obstetricia y Ginecología de la SEGO. A efecto de notificaciones designan un despacho de abogados, bajo cuya dirección letrada actúan.

SEGUNDO.- La historia clínica y la restante documentación médica obrante en el expediente, ponen de manifiesto los siguientes hechos:

La paciente, nacida en 1984, gestante de 5 + 4 semanas, con antecedentes personales de obesidad, hipotiroidismo en tratamiento con Eutirox 25 mg. que no ha aumentado al conocer el embarazo y obstétricos de un aborto espontáneo en el primer trimestre con tratamiento médico, acude el 17 de abril de 2012 a Urgencias del Hospital Universitario de Torrejón por dolor abdominal tipo dismenorrea de intensidad moderada, sin sangrado vaginal, refiere polaquiuria desde esa mañana, sin disuria ni tenesmo vesical. La exploración física y la ecografía impresionan control de embarazo normal de primípara. Dada la presencia de sintomatología de posible origen urinario se le realizó una prueba rápida de orina con todos los parámetros normales. Al alta se pauta analgesia, seguir control del embarazo según la cita pendiente y, si presenta mayor sangrado que una regla o dolor intenso, acudir a Urgencias.

Vuelve a Urgencias el 23 de abril por un pequeño sangrado vaginal sin sintomatología urinaria. La exploración con espéculo no objetiva sangrado vaginal activo. Se practica ecografía transvaginal sin encontrar hematomas ni signos de desprendimiento de la vesícula; embrión vivo y acorde con la amenorrea. Se le da el alta con controles.

Al día siguiente, 24 de abril vuelve a Urgencias por sangrado vaginal “*mayor que regla*”. Se observa un sangrado de cavidad escaso, activo. Una nueva ecografía evidencia un pequeño hematoma de 12 x 5 mm por lo que se le diagnostica de amenaza de aborto. Se recomienda reposo relativo, beber

abundantes líquidos, y si hay mayor sangrado acudir a Urgencias y seguir con los controles de la gestación según las citas.

El 16 de mayo de 2012, a las 11 + 3 semanas, se realiza analítica del primer trimestre y urocultivo. El resultado de bacteriología indica presencia de tres o más especies bacterianas diferentes (orina contaminada).

El 19 de mayo acude de nuevo a Urgencias por sangrado vaginal y dolor tipo regla. No se objetiva sangrado activo y la analítica del día 16 muestra un sistemático de orina con leucocitos y nitritos negativos, sin características de infección, se mantiene el diagnóstico de amenaza de aborto y se recomienda reposo relativo, abstinencia sexual y volver a Urgencias si hay sangrado mayor.

En la consulta de control del 1 de junio de 2012, con un peso de 97,5 kilogramos y una edad gestacional de 12 + 1 semanas, la analítica del primer trimestre es normal salvo la hormona tiroidea TSH, aumentada. La ecografía también es normal. Se aumenta la dosis de Euritox a 75 mg. La impresión diagnóstica objetiva disfunción tiroidea en embarazo y control de embarazo con historial de aborto. Se cita para analítica de control en cuatro semanas, nueva consulta para ecografía de las 20 semanas, pero la gestante refiere que se va de vacaciones a Rumanía, por lo que se difiere la cita hasta la semana 22 + 2. A la vista de los resultados, en caso de ser necesario acudirá a consulta con el endocrino. Se le recomienda mantener el suplemento de ácido fólico y yodo durante todo el embarazo, seguir una dieta equilibrada, ejercicio moderado salvo contraindicación expresa y solicitar cita en la matrona de su centro de salud (folio 69).

El 4 de julio se valora la analítica sin estar presente la gestante, se ha corregido su situación de hipotiroidismo con el nuevo tratamiento.

El 31 de julio de 2012, a las 22 + 2 semanas, se realiza ecografía de alta resolución que evidencia una gestación única, podálica, varón, con

movimientos cardiacos y fetales presentes, líquido amniótico normal y anatomía fetal normal.

El informe de la ecografía señala:

“Mala transmisión por grasa materna. Informo a los padres de normalidad de las estructuras principales pero con rango de error por la dificultad de valoración sobre todo a nivel encefálico.

Cito control en 1 mes para revisión anatomía fetal.

Ecografía con hallazgos acordes con la edad gestacional. En este momento no se observan anomalías morfológicas fetales mayores, si bien no pueden descartarse las que no tienen expresión ecográfica o se presentan de forma tardía. Exploración ecográfica no satisfactoria”.

El 8 de agosto, a las 23 + 3 semanas acude a Urgencias por manchado escaso desde la mañana y dolor abdominal. En la exploración física se aprecian genitales externos y vagina normales; cervix de nulípara, sin sangrado activo; escasos restos hemáticos en la vagina. La ecografía es normal, al igual que la analítica de orina. Con la impresión diagnóstica de metrorragia de segundo trimestre, se recomienda reposo relativo domiciliario hasta permanecer 48 horas sin sangrado, volver a Urgencias si aumenta el sangrado y control en la consulta de Obstetricia, donde tiene cita para ecografía el 4 de septiembre de 2012.

Vuelve nuevamente a Urgencias el 17 de agosto, por sensación de calambre en el hipogastrio, no metrorragia ni amenorrea, dolor que relaciona como movimientos. No se objetiva dinámica de parto ni tono aumentado, no hay fiebre ni sangrado, el cuello está muy posterior y formado, sin signos de parto. En la ecografía no se objetivan signos de desprendimiento. Las constantes vitales son normales, el estado general de la gestante y la clínica que presenta no impresionan gravedad. Al no tener fiebre, sangrado, ni dinámica ni dilatación cervical, no se considera necesario ingresarla, por lo

que se le da de alta con el diagnóstico de dolor ligamentoso. Se pautan las recomendaciones del segundo trimestre.

A la 1:45 horas del 18 de agosto de 2012, el SAMUR traslada a la paciente al hospital. Cuando el servicio de emergencia llegó ya había tenido lugar el parto y el feto se encontraba muerto.

La biopsia de la placenta diagnostica corioamnionitis y funiculitis agudas; el feto no presenta malformaciones ni externas ni internas. Exudado inflamatorio agudo en los pulmones, funiculitis aguda.

TERCERO.- Ante la reclamación se incoa procedimiento de responsabilidad patrimonial de la Administración. La instructora del procedimiento requiere a los interesados el informe de la asistencia correspondiente al SAMUR, el servicio que atendió a la gestante en su domicilio. Los reclamantes responden al requerimiento mediante escrito presentado el 9 de abril de 2013, en el que informan que no disponen del referido informe y por ese motivo, al interponer la reclamación de responsabilidad patrimonial indicaron que procedía la incorporación de la historia clínica de la paciente.

En fase de instrucción se han recabado los informes médicos que conforman la historia clínica de la reclamante y se han incorporado los informes de los servicios intervinientes en el proceso asistencial.

El Servicio de Ginecología y Obstetricia, emite informe sobre la atención dispensada a la gestante en el que, en síntesis se expone lo que se ha recogido en el antecedente de hecho anterior y se completa con las actuaciones practicadas, motivando las mismas (folios 113 a 116) y añade:

“- El tratamiento con antibióticos, aunque hubiera existido infección (que no la había) no habría cambiado el devenir de la gestación ya que tenemos evidencia de que fue un proceso agudo, y no crónico.

- *La presencia de un urocultivo contaminado no indica en ningún caso infección amniótica. De hecho las analíticas de orina realizadas el mismo día y con posterioridad indican lo contrario. La bacteriuria asintomática se trata en aras de no producir infección de orina o pielonefritis en la gestación y no tiene relación con la amenaza de aborto.*

- *La amenaza de aborto es una entidad difusa y multifactorial que se considera parte de la selección natural de la especie, y se produce entre un 10-25% de las gestaciones. El sangrado vaginal se produce en el 10% de los embarazos y no está asociado a un peor pronóstico de los mismos en presencia de latido cardíaco fetal. No existe tratamiento para la amenaza de aborto ya que el feto no es viable y se asocia en un 85-90% a anomalías del cariotipo.*

Esta paciente tuvo una amenaza de aborto que cedió sin complicaciones.

- *Posteriormente se le hizo despistaje de parto prematuro siendo negativo. De nuevo esto nos indica que fue una situación muy aguda la que provocó el cuadro, puesto que se midió consecutivamente en dos ocasiones y fue de bajo riesgo.*

- *Hoy en día los tratamientos que se han demostrado efectivos para prevenir la prematuridad son el pesario vaginal y la progesterona y ambos se indican en $cx < 25$ mm., situación en la que no se encontraba esta gestante.*

- *En mi valoración profesional el cuadro de amenaza de aborto y el posterior no tienen relación.*

- *El día previo al parto es posible que se tratara de una corio subclínica muy silente por lo que no fue detectada y la sintomatología no tiene nada que ver con la amenaza de aborto del primer trimestre*

puesto que los hallazgos de la AP de la placenta son concluyentes y un cuadro crónico hubiera presentado otro tipo de infiltrado.

- La supervivencia de este feto con esa edad gestacional y una corioamnionitis aguda debe ser valorada por pediatría pero la tasa de mortalidad y secuelas graves hubiera sido muy similar.

- Aunque hubiéramos instaurado tratamiento antibiótico el día previo o ingresado a la paciente (que no estaba indicado, puesto que ya hemos analizado en comité perinatal este caso) no hubiera detenido el cuadro ya que una corioamnionitis es indicación de finalización de la gestación a cualquier edad gestacional y el tratamiento se instaura para protección materna. No hubiéramos intentado parar el parto en ningún caso ante sospecha de corioamnionitis. El parto se hubiera producido, eso si, en ambiente hospitalario.

- Creo que fue un caso de corioamnionitis aguda no predecible y de la que hasta el día de hoy por las pruebas realizadas antes y después de la gestación no hemos encontrado causa, como sucede en la mayoría de las corioamnionitis”.

El subdirector de Enfermería responsable de Atención al Usuario del SUMMA 112, con fecha 8 de mayo de 2013 remite el informe clínico realizado por el médico de la UVI móvil que atendió a la paciente el 18 de agosto de 2012 y donde consta que a la llegada del servicio de emergencias el parto estaba en curso, alumbramiento a los diez minutos de un feto muerto, que junto a la placenta y la paciente son trasladados al Hospital de Torrejón.

Asimismo, se ha emitido informe por la Inspección Sanitaria, el médico inspector en el juicio clínico y las consideraciones médicas sobre la atención dispensada a la paciente y en relación con el informe del Servicio de Ginecología y Obstetricia, como servicio presuntamente causante del daño

muestra su disconformidad con lo manifestado por el facultativo al no estar *“de acuerdo en que durante el primer trimestre de la gestación el dolor sea extremadamente frecuente. Suele aparecer con frecuencia cierto dolor leve sobre todo en los días que se corresponderían con la ovulación (Recuerdo de ovulación)”* y en cuanto al cultivo contaminado, éste *“debió repetirse”*.

Llama la atención sobre la ausencia de antecedentes del embarazo en los ingresos en Urgencias, cuando ya contaba con un aborto espontáneo. Efectúa observaciones sobre la ecografía de las 20 semanas que se practicó el 31 de julio de 2012, donde figura *“Exploración ecográfica no satisfactoria”*. Considera que tras acudir el 8 de agosto a Urgencias, se debió dejar ingresada a la paciente pues era un embarazo de riesgo por obesidad, antecedente de aborto, amenaza de aborto, metrorragia de segundo trimestre e hipotiroidismo controlado. Añade la Inspección que *“posiblemente el aborto hubiera sucedido pero cabe la posibilidad de que el feto vivo y desarrollado perfectamente hubiera tenido la posibilidad de haber tenido otro final”* y concluye:

“Si observamos de modo aislado cada uno de los episodios que la paciente tuvo en las urgencias, podría entenderse que estuvo bien estudiada (en cada caso concreto), ya que el Servicio de Urgencias debe atender «la urgencia del caso» pero cuando una paciente ha ingresado con episodios progresivos (como es nuestro caso) debe tenerse en cuenta como un seguimiento del proceso, pues ello es precisamente parte del acto médico. Aunque no se documente, es lógico pensar que la paciente expresara su preocupación ante los facultativos que la asistían cada vez que ingresó. Sobre todo tras el episodio de fecha 19-5-2012, en el que debió plantearse, sobre todo por su antecedente del aborto reciente y la obesidad, un estudio de la paciente, pues el feto, según las siete ecografías realizadas se desarrollaba perfectamente.

Numerosos estudios han demostrado que un tratamiento con progesterona puede ser de utilidad en caso de dolor en el primer trimestre, ya que el dolor suele corresponder a contracción uterina. En la semana 23-24 puede ayudar a la supervivencia de un prematuro, como se ha reflejado por otra parte en publicaciones de prestigio.

Es muy probable que la corioamnionitis, diagnosticada a posteriori, fuera por una infección ascendente, por ello es conveniente realizar exudados en fresco e incluso haber tenido en cuenta el politacto en cada exploración, pudo haber sido la causa de la infección (sic).

Por ello, estimamos que la asistencia prestada no ha sido acorde con «lex artis ad hoc» en este caso concreto”.

Por escrito 21 de febrero de 2014, notificado el día 7 de marzo siguiente, en cumplimiento del procedimiento legalmente establecido, se confiere trámite de audiencia a los interesados: los reclamantes y el Hospital de Torrejón, mediante remisión de copia del expediente, a fin de que puedan efectuar las alegaciones que tengan por convenientes.

Los reclamantes presentan escrito de alegaciones el 20 de marzo, por medio del cual reiteran lo expuesto en su reclamación, manifiestan que el informe de la Inspección es claro y contundente en cuanto a la existencia de mala praxis o negligencia; destacan que el estudio anatomopatológico del feto fue rigurosamente normal y que la gestante presentaba varios de los síntomas que alertan de una posible corioamnionitis, pese a lo que no se efectuaron las pruebas diagnósticas adecuadas.

Por otro lado, el Hospital de Torrejón, formula alegaciones con fecha 28 de marzo, en las que el Servicio de Ginecología y Obstetricia aduce, entre otros extremos que la historia clínica está informatizada, lo que les permite visualizar en las consultas los diferentes episodios de Urgencias y el historial completo de la paciente, al igual que las pruebas realizadas, pese a que

cuando se imprime la historia aparezcan episodios aislados. Destaca que en esta paciente hubo dos episodios independientes: uno de amenaza de aborto en la semana 12 de embarazo, tratada y resuelta favorablemente, y un segundo, de parto prematuro por corioamnionitis aguda, que apareció en la semana 23 y no dio síntomas hasta el mismo día del alumbramiento fallido. Manifiesta su convencimiento de que ni la corioamnionitis ni el parto prematuro hubieran podido ser evitados en cualquier caso.

Realiza un pormenorizado comentario de las afirmaciones contenidas en el informe de la Inspección médica y aporta copia de capturas de pantalla del programa informático utilizado para la visualización de las historias clínicas.

El 26 de mayo de 2014 la secretaria general del Servicio Madrileño de Salud (por delegación de firma del viceconsejero de Asistencia Sanitaria en virtud de Resolución 6/2014, de 17 de marzo), propone desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial.

CUARTO.- Por el consejero de Sanidad, mediante escrito de 9 de junio de 2014, registrado de entrada el día 17 del mismo mes y que ha recibido el número de expediente 290/14, se formula preceptiva consulta a este Consejo Consultivo por trámite ordinario, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, a la Sección VIII, presidida por el Excmo. Sr. D. Andrés de la Oliva Santos, que firmó la oportuna propuesta de dictamen, siendo deliberado y aprobado, por unanimidad, en Comisión Permanente de este Consejo Consultivo en su sesión de 23 de julio de 2014.

El escrito solicitando el dictamen fue acompañado de la documentación, en soporte CD, que se consideró suficiente y de la que se ha dejado constancia en los anteriores antecedentes de hecho.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes,

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La solicitud de dictamen a este Consejo Consultivo resulta preceptiva, de acuerdo con lo estipulado en el artículo 13.1.f).1º de la Ley 6/2007, de 21 de diciembre, reguladora del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid (en adelante LCC), por ser la cuantía de la indemnización superior a quince mil euros, y se efectúa por el Consejero de Sanidad, órgano legitimado para ello, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 14.1 de la citada Ley. Siendo preceptivo el dictamen, no tiene, sin embargo, carácter vinculante (artículo 3.3 LCC).

El presente dictamen ha sido evacuado dentro del plazo ordinario establecido en el artículo 16.1 LCC.

SEGUNDA.- Como resulta de los antecedentes, el procedimiento de responsabilidad patrimonial se inició a instancia de interesados, y su tramitación se encuentra regulada en los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJ-PAC), desarrollados en el 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.

Los reclamantes poseen legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 139 LRJ-PAC, por ser las personas que sufren el daño moral derivado del fallecimiento del feto, supuestamente motivado por un mal control del embarazo de la gestante.

Asimismo, se encuentra legitimada pasivamente la Comunidad de Madrid, en la medida en que el centro sanitario al que se imputa la

producción del daño está integrado en la red sanitaria pública de dicha Comunidad.

Por lo que al plazo para el ejercicio de la acción de responsabilidad se refiere, el derecho a reclamar prescribe al año, desde la producción del hecho o acto que motive la indemnización o manifestarse su efecto lesivo (artículo 142.5 LRJ-PAC). En el caso objeto del presente dictamen, habiéndose producido la muerte fetal el 18 de agosto de 2012, se encuentra presentada en plazo la reclamación registrada el 12 de marzo del año siguiente.

El procedimiento se ha instruido cumpliendo los trámites preceptivos previstos en la legislación mencionada en la anterior consideración. Especialmente, se ha procedido a la práctica de la prueba precisa, se ha recabado informe de los servicios cuyo funcionamiento supuestamente ha ocasionado el daño y se ha evacuado el trámite de audiencia exigido en los artículos 9, 10 y 11 del Real Decreto 429/1993, respectivamente, y 82 y 84 LRJ-PAC.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas viene establecida, con el máximo rango normativo, por el artículo 106.2 de nuestra Constitución, a cuyo tenor: *"los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos"*. La regulación legal de esta responsabilidad está contenida en la actualidad en la LRJ-PAC y en el reglamento de desarrollo anteriormente mencionado, disposiciones que en definitiva vienen a reproducir la normativa prevista en los artículos 121 y 122 de la Ley de Expropiación Forzosa de 16 de diciembre de 1954, y el artículo 40 de la Ley de Régimen Jurídico de la Administración del Estado de 26 de julio de 1957. El artículo 139 de la citada LRJ-PAC dispone, en sus apartados 1 y 2, lo siguiente:

“1.- Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de 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 normal o anormal de los servicios públicos.

2.-En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Como señala la doctrina del Tribunal Supremo -Sentencias de 26 de junio (recurso 6/4429/04), 29 de abril (recurso 6/4791/06) y 15 de enero (recurso 6/8803/03) de 2008- para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos 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. c) Ausencia de fuerza mayor. d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

CUARTA.- En el caso que nos ocupa está acreditado el fallecimiento del feto, mediante informe médico, que provoca un “*daño moral cuya existencia no necesita prueba alguna y ha de presumirse como cierto*” (Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de noviembre de 2004 -recurso 7013/2000- y en similar sentido la Sentencia de 25 de julio de 2003 -recurso 1267/1999-) y que jurisprudencia consolidada ha admitido como supuesto de lesión indemnizable (Sentencias del Tribunal Supremo de 27 de noviembre de 1993 -recurso 395/1993-, 19 de noviembre de 1994 -recurso

12968/1991- y 28 de febrero de 1995 -recurso 1902/1991-), aunque de difícil valoración económica.

Sentado lo anterior, es obligado determinar si la asistencia sanitaria dispensada se ajustó a los parámetros de la *lex artis*, lo que enervaría la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, porque, de acuerdo con una larga y consolidada jurisprudencia que se reitera en la citada Sentencia del Tribunal Supremo de 26 de junio de 2008,

“a la Administración no es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente”, o lo que es lo mismo, la Administración sanitaria no puede constituirse en aseguradora universal y por tanto no cabe apreciar una responsabilidad basada en la exclusiva producción de un resultado dañoso”.

Por otra parte, no puede olvidarse que en materia de responsabilidad patrimonial de la Administración la carga de la prueba de los presupuestos que hacen nacer la responsabilidad indemnizatoria, salvo circunstancias concretas que no vienen al caso, recae en quien la reclama (Sentencias del Tribunal Supremo de 25 de julio de 2003 -recurso 1267/1999-, 30 de septiembre de 2003 -recurso 732/1999- y 11 de noviembre de 2004 -recurso 4067/2000- entre otras).

Alegan los reclamantes que la muerte del feto se debió a un inadecuado seguimiento de su embarazo y la deficiente asistencia por el servicio de Urgencias, que no pautó un tratamiento preventivo ante el riesgo de aborto, ni se dio la importancia debida a la sintomatología que presentó durante el

embarazo, todo lo cual desembocó, a su juicio, en el padecimiento de una corioamnionitis que provocó el alumbramiento y el fallecimiento del feto.

Sin embargo, los reclamantes no aportan ni proponen ninguna prueba de la vulneración de las buenas prácticas médicas por la actuación sanitaria de la que pudiera derivarse resultados indemnizatorios para la Administración, más allá de sus alegaciones que no hacen prueba de lo cuestionado.

No obstante, en el expediente obran informes que llegan a conclusiones contrarias. En efecto, la Inspección sanitaria considera que la actuación sanitaria dispensada a la reclamante no fue adecuada a la *lex artis*. Fundamenta esta conclusión sobre la base de que las asistencias en las diversas ocasiones en que la reclamante acudió al Servicio de Urgencias se hicieron de modo aislado, sin tener en cuenta todo el proceso del embarazo y las asistencias previas que precisó; considera también deficiente el que se hicieran constar diversas fechas de la última menstruación y no figuraran en la anamnesis datos de su antecedentes obstétricos.

Asimismo, entiende la Inspección que la gestante debió quedar ingresada el 8 de agosto pues se trataba de un embarazo de riesgo, por la obesidad de la madre, los antecedentes de aborto, la amenaza de aborto, la metrorragia en el segundo trimestre y el hipotiroidismo; que debió sospecharse la existencia de una infección independientemente de que no se dieran todos los factores sintomatológicos y debieron haberse realizado pruebas de diagnóstico diferencial del aborto anterior y la amenaza de aborto.

Además, apunta a que el tratamiento con progesterona hubiera podido ser de utilidad para remediar el dolor en el primer trimestre del embarazo y hubiera ayudado a la supervivencia de un prematuro; así como que no se tuvo en cuenta que el politacto en cada exploración pudo haber sido la causa de la corioamnionitis.

Sin embargo, de estas consideraciones discrepa la jefa de Servicio de Ginecología y Obstetricia que, en su informe, rebate los argumentos de la Inspección. Primeramente, da una explicación satisfactoria de por qué no se hacen constar en la anamnesis todos los antecedentes obstétricos de la gestante y las consultas previas al servicio de urgencia, explicando que el sistema informático permite tener acceso a todas las consultas previas realizadas por la paciente y, en consecuencia, valorar su evolución.

Por otra parte, las consideraciones de la Inspección acerca de la omisión de datos en la anamnesis o las discordancias en la constatación de la fecha de la última regla no parece que hayan tenido ninguna repercusión en el desarrollo de la infección placentaria que provocó el parto prematuro y el fallecimiento del feto.

Entiende el Servicio que deben valorarse como dos cuadros diferentes la amenaza de aborto que presentó a las 12 semanas de gestación y el parto prematuro provocado por corioamnionitis. El primero se resolvió favorablemente y por el hecho de que hubiera presentado un aborto previo no existe indicación de realizar ningún estudio al respecto, a pesar de lo que señala la Inspección. Explica que en la analítica de la semana 12 no existía ningún signo de infección y afirma que no hay evidencia de ningún tipo de que la realización de hemograma o urocultivo en urgencias en las amenazas de aborto cambien o mejoren el pronóstico.

En cuanto al uso de progesterona para mitigar los dolores de regla en gestantes durante el primer trimestre manifiesta que hoy en día no existe indicación al respecto, que la paciente tampoco presentaba acortamiento cervical por debajo de 15 mm. (presentaba un cérvix de 35 mm.), lo que hubiera hecho aconsejable el tratamiento con progesterona, ni cumplía ninguno de los criterios de riesgo de parto prematuro. Rechaza, por incierta, la afirmación de la Inspectora de que la progesterona ayude a la supervivencia de los bebés prematuros.

En todo caso, el parto prematuro se produjo por el padecimiento de una corioamnionitis que, por los hallazgos de la placenta tuvo lugar unos días antes, por lo que entiende que difícilmente pudo estar provocada, como sugiere la Inspección, por los tactos de repetición que se produjeron ante la amenaza de aborto (en la semana 12), siendo demasiado largo el lapso temporal entre esos tactos y el parto como para considerar aquélla la causa de la corioamnionitis, especialmente en una gestante con bolsa íntegra. Insiste en que durante la gestación no hubo ninguna evidencia de que existiera infección de orina. Se hicieron tres pruebas en orina (un sistemático y dos tiras reactivas) que fueron negativas tanto para leucocitos como para nitritos y si bien el urocultivo no resultó negativo porque estaba contaminado no se repitió porque los protocolos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia en ese momento no lo recomendaban (se modificaron los protocolos en este punto en febrero de 2013, es decir, con posterioridad a los hechos que ahora se valoran), por lo que no podemos considerar que la falta de repetición del urocultivo fuera contrario a la *lex artis*.

En la analítica de orina del primer trimestre no se aprecian ni leucocitos ni nitritos ni bacterias en sedimento, ni hay otra sospecha clínica ni analítica de infección urinaria. La analítica de sangre presentaba unos leucocitos de 11.510, cifra que, según explica, es absolutamente normal en el primer trimestre de gestación en ausencia de clínica, como era en este caso, en que la paciente no había vuelto a sangrar, no presentaba dolor, la ecografía era normal y la analítica de orina también.

Considera la jefa de Servicio de Ginecología y Obstetricia que la corioamnionitis se presentó silente, sin fiebre, sin aumento de tono y sin metrorragia, lo que hacía difícil sospechar su existencia y entiende que no hubiera podido evitarse el desenlace aunque se hubiera diagnosticado en la consulta del 17 de agosto.

Aunque sean muy dignos de consideración los informes de la Inspección Sanitaria, en este caso nos encontramos, a la postre, con dos dictámenes periciales discrepantes, por lo que se impone una valoración contrastada conforme a las reglas de la sana crítica. El mayor detalle y la fundamentación más sólida y completa que se aprecia en las explicaciones ofrecidas por la referida Jefa del Servicio, así como su especialización médica, llevan a este Consejo a la convicción de que la actuación médica fue respetuosa con la *lex artis ad hoc*.

Además, no cabe pasar por alto que en esta materia rige la llamada “*prohibición de regreso*” en la que parecen incurrir, no sólo los reclamantes, sino en cierto modo la Inspección, y que ha sido acogida en nuestros dictámenes 365/13, de 11 de septiembre, 52/13, de 20 de febrero y 27/14, de 22 de enero, entre otros. Como señala la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 24 de enero de 2013 (recurso 458/2010)

“(...) no está de más recordar ahora la doctrina sobre la "prohibición de regreso", expresada en la sentencia de la Sala Primera de Tribunal Supremo de 7 de mayo de 2007, y acogida en numerosas sentencias de la Sala Tercera que, en esencia, declara "que no puede cuestionarse el diagnóstico inicial del paciente si el reproche se realiza exclusivamente fundándose en la evolución posterior y, por ende, infringiendo la prohibición de regreso que imponen los topoi [leyes] del razonamiento práctico", como ha ocurrido en este caso, en el que se ha pretendido basar la responsabilidad que se reclama en los acontecimientos posteriores que, sin embargo, eran desconocidos en el momento en que se dispensó la asistencia sanitaria a la que se le imputa dicha responsabilidad, olvidando que la Medicina no es una ciencia exacta y que no garantiza en todo caso la curación del enfermo”.

Por lo que antecede el Consejo Consultivo formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración por no apreciarse la existencia de mala praxis en la asistencia sanitaria dispensada.

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 este Consejo de conformidad con lo establecido en el artículo 3.7 del Decreto 26/2008, de 10 de abril, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid.

Madrid, 23 de julio de 2014