

Dictamen nº: **360/13**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **04.09.13**

DICTAMEN de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, aprobado por mayoría, en su sesión de 4 de septiembre de 2013, 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 T.V.R.L., bajo la dirección letrada de J.P.P. y G.G.T., sobre responsabilidad patrimonial de la Administración por la asistencia sanitaria dispensada por el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Clínico San Carlos, que considera deficiente.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Mediante escrito presentado en el registro de la Consejería de Medio Ambiente y Ordenación del Territorio el 6 de junio de 2012 y registrado de entrada en el Servicio Madrileño de Salud el día 11 siguiente, se formula reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración, al considerar la reclamante que sufrió una hemorragia posparto y que el legrado al que hubo de someterse para retirar restos placentarios no advertidos tras el alumbramiento gemelar mediante cesárea, se debió a una defectuosa asistencia sanitaria dispensada durante la intervención.

Comienza la reclamación haciendo un resumen de sus antecedentes médicos, entre los que consta un accidente de tráfico en 1998 en el que sufrió fractura de pelvis y rotura de vejiga.

Refiere que se sometió a un tratamiento de fertilidad gracias al cual se quedó embarazada, gestación que transcurrió

“... sin ningún problema, aunque a pesar de ello informé a mi ginecóloga, en el Hospital Fundación A de Madrid, de los anteriores antecedentes clínicos, y tras remitirme al traumatólogo y ser examinada también por este último, me informaron de que no hacía falta realizarme ninguna placa (pues me había examinado manualmente la pelvis) así como que podría dar a luz sin problema alguno, sin perjuicio de que a la hora del parto se considerara la opción de realizarme una radiografía”.

Según manifiesta la interesada, tras la cesárea realizada el día 5 de octubre de 2011, mediante la cual nacieron sus hijas pasó a recuperación. Al día siguiente, 6 de octubre fue trasladada a planta. Presentó fuertes dolores que precisaron la administración de analgesia y ese mismo día, expulsó un coágulo de 8 cm aproximadamente. Su marido avisó a las enfermeras sin recibir atención alguna:

“(...) pero ninguna acudió, diciendo que eso no era nada, y que me pusiera a darle el pecho a las niñas.

Ante las insistentes exigencias por parte de mi marido, la matrona vino a examinar lo expulsado, y asustada, me acostó en la cama y me tuvo en observación durante unas horas. Sin más explicaciones, el día 8 de octubre de 2011 me dieron el alta y me dijeron que me fuera para casa”.

Ya en su domicilio, los dolores continuaban y acudió el 12 de octubre al Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda donde le practicaron un legrado. El informe de Anatomía Patológica posterior informa de restos placentarios (puerperales).

Añade la reclamante, que “*los médicos adscritos al Hospital de Puerta del Hierro de Majadahonda me comentaron que en su opinión, tras el alumbramiento, me habían dado de alta demasiado rápido, si teníamos en cuenta que había expulsado restos de placenta en el mismo Hospital que di a luz, que se trataba de un embarazo gemelar, y máxime con mis antecedentes clínicos y habiéndose efectuado una cesárea*”.

No obstante, los dolores se hacían “*cada vez más insoportables*” por lo que acudió a Urgencias del Hospital El Escorial donde fue asistida por una crisis hemorroidal y serosa de pared en cicatriz de cesárea el 16 de octubre de 2011.

Junto a la reclamación presenta copia de informes médicos de diversos centros hospitalarios y solicita ser indemnizada por la inadecuada asistencia sanitaria recibida y los gastos ocasionados, sin fijar la cuantía económica pretendida, pues, como indica la interesada, además de los daños descritos,

“*... debe tenerse en cuenta la existencia de los riesgos reales e inherentes a la falta de tratamiento por parte de los facultativos tras la hemorragia postparto, pues tuve que someterme a un legrado y ser asistida varias veces más por las circunstancias anteriormente descritas y a consecuencia de la falta de diligencia de aquéllos facultativos, lo cual deduce una asistencia no acorde a la lex artis, pues debió haberse realizado tal limpieza mucho antes y en condiciones mucho menos arriesgadas. Esta circunstancia hace plantear la presente reclamación pues el daño irrogado es desproporcionado, lo cual revela claramente la penuria negligente de medios empleados, según el estado de la ciencia y el descuido en su conveniente y diligente utilización, según la regla res ipsa loquitur*”.

SEGUNDO.- La historia clínica y la restante documentación médica, han puesto de manifiesto los siguientes hechos:

La paciente, de 33 años de edad en el momento de los hechos, cuenta con los siguientes antecedentes médicos personales: cirugía de tiroides a los 19 años; cáncer diferenciado de tiroides a los 21 años, tratado con cirugía y yodo; a los 23 años, tiroidectomía total por cáncer de tiroides; y cirugía de vejiga y pelvis por estallido tras accidente de tráfico. Los antecedentes no están acreditados documentalmente por haber ocurrido en el país de origen de la interesada.

La reclamante gestante gemelar tras fecundación in vitro, en seguimiento por el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Fundación A, es remitida a Traumatología y Cirugía Ortopédica para valoración de ese Servicio de posible parto vaginal en gestante gemelar. La consulta trae motivo de la fractura de pelvis y estallido pélvico por accidente de tráfico en su país.

El juicio emitido tras la exploración física muestra una alteración en altura y movilidad de la cadera izquierda que “*en principio no contraindicarían parto vaginal, pero no están estudiados los diámetros pélvicos internos, para lo que sería necesario una radiografía pélvica*” dejando a criterio del Servicio de Ginecología y Obstetricia la relación riesgo-beneficio. El informe indica que si no hay novedad por parte de Obstetricia, no precisa seguimiento por su parte.

También fue seguida por Hematología por presentar anemia ferropénica que precisó farmacoterapia.

Se comenta en sesión clínica la conveniencia de realizar una radiografía de pelvis, finalmente se decide en sesión parto por vía vaginal, la posición fetal es cefálica.

El 3 de octubre de 2011, acude al hospital, refiere dinámica uterina (DU). El registro cardiotocográfico muestra DU irregular. Al no cumplir

los criterios de trabajo de parto activo, se decide el alta y continuar con el plan establecido en los controles de consulta.

El 5 de octubre acude a Urgencias por rotura prematura de membranas con líquido amniótico claro. Por motivos de falta de cama se deriva a la paciente al Hospital Clínico San Carlos. La paciente firma el documento de consentimiento informado para inducción del parto, que revoca poco después para llevar a cabo una cesárea.

En el documento de consentimiento para cesárea (folios 100, 101, 104 y 105) se refleja el procedimiento y las alternativas, además de los riesgos más relevantes y las posibles complicaciones que pudieran presentarse son:

“- Problemas que pueden aparecer igualmente después de un parto por vía vaginal, como hemorragia, infecciones o falta de contracción del útero, que más raramente pueden derivar en otros más graves como trastornos de la coagulación de la sangre e infección generalizada.

- Problemas derivados de la operación: complicaciones de la herida, como infecciones, hematomas, eventraciones y apertura de la herida, hemorragias con la posible necesidad de transfusión de sangre o derivados de ella, lesiones de las vías urinarias (de la vejiga o de los uréteres) ”.

A los anteriores se añade la anotación, como riesgo o complicación personal, de riesgo de lesión vesical.

Mediante cesárea gemelar y bajo anestesia epidural, a las 19:15 y 19:18 horas del 5 de octubre de 2011, nacen dos niñas. La intervención transcurre sin incidencias y la paciente es trasladada a planta, el 6 de octubre, ingresa muy dolorida, las constantes están bien, tiene febrícula, útero contraído y sangrado normal. A los bebés se les alimenta con biberón.

En el evolutivo de enfermería consta que a las 15:23 horas, del 6 de octubre no se palpa el útero, sangra un poco más de lo normal, el apósito

está limpio y continúa dolorida. A las 21:49 horas presenta útero en involución, apósito limpio y abdomen globuloso.

El 7 de octubre a las 3:11 horas se anota que presenta loquios fisiológicos, ha expulsado un coágulo de tamaño moderado al levantarse al baño. Los bebés alternan lactancia materna con biberones de ayuda. A las 12:09 horas presenta sangrado vaginal normal. Se levanta el apósito de la herida quirúrgica que está bien y se deja al aire.

El 8 de octubre el útero está contraído, la herida bien y los loquios son normales (folios 698 y 699).

Además de las anotaciones anteriores, durante su estancia en planta la paciente presenta anemia puerperal que es tratada con hierro oral, también fue tratada por cefaleas e hipertensión arterial (folios 114 a 118).

En el informe clínico realizado al alta se pauta tratamiento analgésico si presenta dolor, complemento alimenticio, tratamiento para la anemia, se indica control analítico de la anemia puerperal por su médico de atención primaria en tres meses, acudir a su centro de salud y a su matrona de zona para controles y ante cualquier incidencia como sangrado, dolor abdominal, fiebre, etc. acudirá a urgencias del Hospital Clínico San Carlos (folios 131 y 132).

El 11 de octubre, tres días después de recibir el alta en el Hospital Clínico San Carlos, acude a Urgencias del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda por presentar dolor en el hemiabdomen derecho (especialmente región de flanco), desde hace 4-5 días, dolor que no cede con la analgesia habitual.

Entre las exploraciones realizadas se lleva a cabo una ecografía que impresiona de hematoma organizado (folio 39). Se perfunde oxitocina y se indica que si las imágenes de la ecografía persisten, valorar posible legrado que finalmente se lleva a cabo al día siguiente bajo control ecográfico.

Durante la actuación salen “*abundantísimos restos de aspecto corial*”, que se envían a Anatomía Patológica que informa la existencia de restos placentarios. Se administra un oxitócico y se trasfunden dos concentrados de hematíes tras el legrado. Es dada de alta el 13 de octubre con el diagnóstico de “*restos puerperales*”. Se pauta tratamiento para el dolor y la anemia, se recomienda control analítico por su médico de atención primaria y acudir a urgencias en caso de sangrado abundante, fiebre superior a 38°C u otro signo de alarma.

El 16 de octubre de 2011 acude al Servicio de Urgencias del Hospital El Escorial por crisis hemorroidal. Se remite al Servicio de Ginecología para valoración de herida laparotómica y es dada de alta el mismo día con el juicio clínico de crisis hemorroidal y serosa de pared en cicatriz de cesárea. Se pauta tratamiento farmacológico y normas de higiene.

TERCERO.- Por dichos hechos se ha instruido el procedimiento de responsabilidad patrimonial, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 142 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, del Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJ-PAC), y por 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 (RPRP).

Al no indicar la cantidad económica solicitada o los criterios en base a los cuáles pretende sea fijada, se requiere a la interesada para que dado que así lo prevé el artículo 6 RPRP, concrete la cuantía.

El 28 de junio de 2012 tiene entrada en el registro del Servicio Madrileño de Salud escrito de los letrados de la reclamante en el que indican que “*cuando exista una completa estabilización secuelar (sic) de su cliente*”, fijaran la cuantía indemnizatoria de acuerdo con los criterios contenidos en el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en

la circulación de vehículos a motor y su correspondiente actualización anual, no pudiendo por esta razón efectuar en ese momento una cuantificación exacta de la misma, pero que en cualquier caso superará los 30.000 euros, por lo que entienden será necesaria la realización del informe de la Inspección Médica.

Se ha incorporado al expediente la historia clínica de la paciente y se han recabado los informes de los servicios intervenientes en el proceso asistencial.

El director del Instituto de la Mujer “Profesor Botella Llusiá” del Hospital Clínico San Carlos, con fecha 3 de julio de 2012 emite informe dirigido a la paciente en el que expone (folios 80 a 82), entre otros extremos que:

“(...) Cuando se realiza una cesárea, se procede (sin excepciones) a la extracción manual de la placenta y sus membranas y a una revisión complementaria de la cavidad uterina que incluye el arrastre manual de restos con ayuda de compresas, aspiración y/o legrado uterino «in situ» si el caso así lo requiere, como por ejemplo: ante la sospecha de retención de fragmentos de placenta (cotiledones), restos de membranas o algún grado de adherencia placentaria anómala (acreatismo) de modo que es casi imposible que queden restos visibles o palpables. No obstante, y a pesar de la cuidadosa revisión de la cavidad uterina, pueden quedar pequeñas cantidades de restos corales adheridos a la decidua que pasan desapercibidos. En estos casos las manifestaciones clínicas son escasas y por lo general alejadas en el tiempo. En el caso de que se tratase de restos placentarios groseros, éstos clínicamente suelen manifestarse con abundante sangrado de modo inmediato, o tras las primeras horas de la intervención.

Según consta en su historia clínica, tanto en la URPA (recuperación post anestésica) como en la planta, la evolución fue la propia de toda intervención mayor. Comprobándose en ambos sitios la

condición de útero contraído y sangrado dentro de lo normal. Fue vista por el equipo de guardia dos veces más en la planta para el reajuste de la analgesia y nueva comprobación del útero contraído y sangrado normal. Obviamente el dolor aparece por el efecto anestésico en disminución y por la contractilidad del útero. Precisamente por esta capacidad (imprescindible) de contraerse del útero es relativamente frecuente, necesaria y fisiológica la expulsión de loquios, pequeños restos o coágulos que se van acumulando. Esa contracción, al ser intermitente, (entuertos) ocasionalmente expulsa «lo acumulado» durante el breve periodo de relajación relativa, sin ser necesariamente patológico, si bien, en todo momento se ha de vigilar y confirmar la involución contráctil del útero corno así consta y esto es mucho más acusado en las gestaciones gemelares.

Los dolores tras una laparotomía se asocian, entre los propios de la pared abdominal (músculos, aponeurosis y piel) y los del útero que se contrae, occasionando en conjunto una situación que requiere el reajuste analgésico según la necesidad y evolución clínica, que en este caso estuvo dentro de lo habitual en nuestra experiencia.

El 7/10/11 (2º día postoperatorio), tras comprobar las tensiones arteriales por una cefalea, que motiva la presencia del equipo de guardia de ese día, restituyen el tratamiento con Eutirox, que tenía Ud. como tratamiento habitual, solicitándose además un análisis de sangre y estudio de coagulación cuyo resultado estaba dentro de los límites normales en el puerperio, salvo una discreta anemia que se trató con hierro, así como un análisis de orina que también fue normal.

Dentro de las evoluciones favorables, hay algunas pacientes que a las 48 horas de una cesárea ya plantean incluso el alta hospitalaria por su gran mejoría, pero nuestro criterio general es no dar el alta

antes del 3º día como término medio, aun así, toda paciente que requiera atención hospitalaria se queda hasta su evolución favorable (mejoría). (...)

A este respecto, cabe mencionar que en su informe de alta y ante posibles eventualidades como la suya, se le indicó EXPRESAMENTE:

(...)

- Acudir a URGENCIAS DE NUESTRO CENTRO ante cualquier incidencia como sangrado, dolor, fiebre, etc.

Recomendaciones complementarias en el mismo sentido han sido realizadas por escrito a cargo del personal del modulo de enfermería y matronas (cuidados del recién nacido, higiene dietética, refuerzo del suelo pélvico, lactancia, etc.

No entendemos cómo esta indicación no fue atendida por Ud. que optó por acudir a un hospital distinto del nuestro (ni siquiera asistió a la fundación A que fue su centro de referencia durante todo el embarazo) y posteriormente a un tercer centro distinto por una crisis hemorroidal. (...)

Por todo ello, debo manifestarle que consideramos nuestra labor dentro de los límites de la corrección.

Finalmente y como ya expusimos con anterioridad, la persistencia de restos placentarios groseros, suele manifestarse con sangrado abundante ya en la intervención o en las primeras horas tras la cesárea. En su caso, se manifestó de modo poco habitual en el periodo puerperal tardío. La expulsión de coágulos que refiere durante su ingreso en sala, es relativamente habitual tratándose de un útero puerperal de gestación gemelar, no siendo preocupante siempre que ese

útero esté bien contraído o la analítica sanguínea no indique una disminución significativa del hematocrito. En su caso, el útero estaba bien contraído y los análisis manifestaban una anemia puerperal leve que se trata con hierro como se le indicó en el informe de alta”.

También forman parte de la historia clínica, los documentos de consentimiento informado para las distintas actuaciones médicas y el informe de la Dirección de Enfermería del Hospital Clínico San Carlos, al que acompaña copia de los comentarios evolutivos desde el 5 hasta el 8 de octubre de 2011 y el documento sobre cura de heridas quirúrgicas. Tras consultar los registros de enfermería se expone lo siguiente:

“En los Comentarios Evolutivos realizados por el personal de enfermería que atendió a T.V.R.L. durante los días de su ingreso, las referencias al sangrado indican que era el esperable tras una cesárea. Sólo el 6 de octubre, en el turno de mañana se refleja que «sangra un poco más de lo normal». El primer día del postoperatorio tras una cesárea, con frecuencia los loquios son algo más abundantes, aunque ello no implica que sean excesivos.

En el comentario del turno de la noche del 6 al 7 de octubre, está reflejada la expulsión de un coágulo en el cuarto de baño, haciendo referencia expresa a su tamaño («“un coágulo de tamaño moderado»), lo cual indica que fue visto por el personal responsable. La expulsión de coágulos en el puerperio, es algo sumamente habitual y no necesariamente alarmante De hecho, en esto mismo comentario, está registrado que los loquios eran fisiológicos. (...)

El conjunto de los comentarios de los 4 días (5, 6, 7 y 8 de octubre de 2011), refleja ampliamente los cuidados prestados tanto a la madre como a las RRNN, con indicación de curas, constantes, sangrado materno y estado de las mamas, glucemias y alimentación de las recién nacidas, administración de medicación y vacunas y

evolución de la paciente. Ninguno de estos registros hace pensar que, en el puerperio hospitalario de la paciente, se presentase alguna circunstancia excepcional”.

El informe emitido por la Inspección Sanitaria el 10 de octubre de 2012 emite las conclusiones que a continuación se transcriben:

1. *[La paciente], fue atendida en el Hospital Clínico el día 05/10/11, gestante de 37 + 4 semanas con bolsa rota, derivada por falta de camas desde la Fundación A con una gestación gemelar conseguida por FIV y seguida en este centro con controles dentro de límites normales.*
2. *En el Hospital clínico dado los antecedentes de la paciente de rotura de pelvis hacia unos años, se le ofreció la posibilidad de parto normal por la posición fetal de las gemelas rechazándolo la paciente, practicándole una cesárea.*
3. *La paciente firmó el consentimiento informado conociendo por tanto los riesgos y complicaciones posibles.*
4. *La cesárea curso sin incidencias, realizando maniobra de Crede manual.*
5. *El puerperio trascurrió sin incidencias considerándose este normal, siendo dada de alta el 08/10/11 con pauta de hierro oral por anemia puerperal y las recomendaciones protocolarias si hubiera cambios en la evolución del puerperio.*
6. *El 11/10/11 la paciente acude a otro hospital, concretamente al de Puerta de Hierro privando así al Hospital Clínico de continuar la asistencia, refiriendo dolor intenso en hemiabdomen derecho.*
7. *En la Exploración inicial en el hospital Puerta de Hierro se corroboró la evolución puerperal dentro de los límites normales*

completándose la exploración por una ecografía observándose un coágulo en útero pautándole medicación según protocolo para facilitar su expulsión.

8. Al no haber expulsión se le realizó un legrado produciéndose una hemorragia con Hemoglobina por debajo de 7gr precisando dos concentrados de hematíes.

9. El 16/10 acude a otro hospital concretamente al de El Escorial diagnosticándole de crisis hemorroidal y Seroma de cicatriz pautándole medidas conservadoras.

10. La actuación en todos los Centros a los que acudió la paciente se ajustó a lo establecido a la lex artis".

En aplicación de lo dispuesto en los artículos 84 LRJ-PAC y 11 RPRP, por escrito de 30 de noviembre de 2012, notificado el día 7 de diciembre siguiente, se ha comunicado la apertura del trámite de audiencia con remisión del expediente administrativo, sin que conste que se hayan presentado alegaciones ni aportado nueva documentación, en el plazo conferido al efecto.

El 12 de julio de 2013 la secretaria general del Servicio Madrileño de Salud (por delegación de firma de la viceconsejera de Asistencia Sanitaria en virtud de Resolución 26/2010, de 28 de julio) elevó propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial.

CUARTO.- Por el consejero de Sanidad, mediante escrito de 17 de julio de 2013, registrado de entrada el día 24 del mismo mes y que ha recibido el número de expediente 349/13, se formula preceptiva consulta a este Consejo Consultivo por trámite ordinario, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, a la Sección VI, presidida por el Excmo. Sr. D. Pedro Sabando Suárez. El dictamen fue deliberado y aprobado, en Comisión Permanente de este Consejo Consultivo en su sesión de 4 de septiembre de

2013, por siete votos a favor y los votos en contra de los Consejeros, Sra. Laina y Sr. Bardisa, formulando el voto particular que se recoge a continuación del dictamen.

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.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 13.1.f.).1º de su Ley Reguladora, 6/2007, de 21 de diciembre (LRCC), y a solicitud de un órgano legitimado para ello, según el artículo 14.1 LRCC.

El presente dictamen ha sido evacuado dentro del plazo ordinario establecido en el artículo 16.1 LCC, cuyo término se fijó el 16 de septiembre de 2013.

SEGUNDA.- La reclamante está legitimada activamente para formular la reclamación de daños por responsabilidad patrimonial en nombre propio, al amparo del artículo 139 de la LRJ-PAC, por cuanto que es la persona que ha sufrido el daño supuestamente ocasionado por una deficiente asistencia sanitaria.

Se cumple igualmente la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, titular del servicio a cuyo funcionamiento se imputa el daño, al encontrarse el Hospital Clínico San Carlos integrado en la red pública sanitaria de la Comunidad de Madrid.

El artículo 142.5 de la LRJ-PAC dispone que “*el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o determinación del alcance de las secuelas*”. El parte de la reclamante tuvo lugar el 5 de octubre de 2011 y la reclamación se ha presentado el 6 de junio de 2012 por lo que ha de considerarse en plazo, con independencia del momento de determinación del alcance de las secuelas.

El procedimiento se ha iniciado a instancia de parte y se ha instruido cumpliendo los trámites preceptivos previstos. Especialmente, se ha recabado informe del servicio cuyo funcionamiento supuestamente ha ocasionado el daño y se ha evaucado el trámite de audiencia exigidos en los artículos 9, 10 y 11 del RPRP, respectivamente, y en los artículos 82 y 84 LRJ-PAC. No obstante, procede destacar que se ha sobrepasado con creces el plazo de seis meses para resolver que establece el artículo 13 RPRP, existiendo una dilación difícilmente comprensible (7 meses) entre la finalización del trámite de audiencia y la propuesta de resolución.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se encuentra regulada en el artículo 106.2 de la 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*”. El desarrollo legal de este precepto se encuentra contenido en los artículos 139 y siguientes de la LRJ-PAC y en el RPRP.

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.

En el caso sometido a dictamen la interesada reclama por una mala asistencia sanitaria que, según expone, le ha ocasionado:

- Hemorragia postparto.
- Dolor.
- Restos placentarios que requirieron legrado para su eliminación.
- Cuadro hemorroidal.

En las historias clínicas incorporadas al expediente por los diferentes centros hospitalarios a los que acudió la reclamante consta la existencia de restos placentarios y de hemorroides, no así de hemorragia postparto, ya que todos los informes subrayan que las pérdidas de sangre de la reclamante fueron en todo momento las normales después del parto.

Respecto del dolor, igualmente se explica en los informes médicos que el mismo tiene lugar de forma ordinaria en todos los puerperios debido a la contracción uterina que se produce tras la expulsión, y que es paulatina y dolorosa.

El cuadro de hemorroides es valorado por el propio centro de atención como no relacionado ni con la cesárea ni con el legrado: *“paciente que acude por proctalgia intensa tras el parto”* y el juicio clínico es *“crisis hemorroidal”*. No se establece en ningún informe médico relación causal entre las hemorroides que sufre la interesada y las actuaciones médicas

durante el parto. Tampoco la reclamante aporta elemento probatorio alguno en este sentido, ni propone su práctica.

En el ámbito sanitario, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades por la propia naturaleza de ese servicio público, introduciéndose por la doctrina el criterio de la *lex artis* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios, siendo fundamental para determinar la responsabilidad, exigiéndose para su existencia no sólo la lesión sino también la infracción de ese criterio básico, siendo la obligación del profesional sanitario prestar la debida asistencia y no de garantizar, en todo caso, la curación del enfermo.

Resulta ello relevante porque la responsabilidad patrimonial no convierte a la Administración, a través de esta institución, en una aseguradora universal de cualquier daño que sufran los particulares, debiendo responder sólo de aquellos que no tengan el deber jurídico de soportar.

Como ha quedado expuesto más arriba, es reiterada la jurisprudencia que viene afirmando que la obligación de los servicios sanitarios en la atención al paciente, en definitiva el ejercicio de la medicina curativa, constituye únicamente una obligación de medios y no de resultados, así la sentencia del Tribunal Supremo de 14 de junio de 2012 (recurso 2294/2011).

Con carácter general, este órgano consultivo entiende que la carga de la prueba recae sobre quien reclama, sin perjuicio de modular siguiendo lo establecido en el apartado 7º del artículo 217 LEC, en cuya virtud se deberá tener en cuenta la disponibilidad y facilidad probatoria que corresponde a cada una de las partes. Así, en el ámbito sanitario entendemos que procede una cierta inversión de la carga de la prueba puesto que la Administración, al ser titular tanto de los servicios sanitarios como de la Inspección médica, tiene una facilidad probatoria mucho mayor que el reclamante. Valga por todos la cita del Dictamen 104/11, en el que expresábamos que:

«Conforme a reiterada jurisprudencia, la carga de la prueba corresponde a los reclamantes –artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil– salvo la concurrencia de la fuerza mayor o la existencia de dolo o negligencia de la víctima que corresponde probar a la Administración. Asimismo, la doctrina jurisprudencial ha admitido la inversión de la carga de la prueba en aquellos supuestos en que su práctica es sencilla para la Administración y complicada para el reclamante, sentencias del Tribunal Supremo de 23 de octubre (Recurso nº 3071/03) y 2 de noviembre de 2007 (Recurso nº 9309/03) y 7 de julio de 2008 (Recurso nº 3800/04).

De acuerdo con dicha jurisprudencia, a pesar de que la reclamante no ha aportado elemento probatorio alguno que permita sustentar su reclamación, podría resultar de aplicación el principio de la “facilidad de la prueba”, establecido por las sentencias del Tribunal Supremo de 25 de abril de 2007 (recurso de casación 273/03) y de 2 de noviembre de 2007 (recurso de casación 9309/03), en el ámbito de la responsabilidad de los servicios sanitarios de las administraciones públicas, en las que se atribuye a la Administración, acreditado el daño por el reclamante, el deber de dar una explicación razonable de lo sucedido. Podemos reproducir por su claridad la Sentencia del Tribunal Supremo (Sala Tercera, Sección 6^a) de 27 de junio de 2008, que se pronuncia en los siguientes términos: “(...) Es verdad que la carga de la prueba pesa sobre quien formula la pretensión indemnizatoria; pero es igualmente claro que en un caso como este, con todos los indicios mencionados, la Administración no ha sido capaz de ofrecer una explicación satisfactoria de lo sucedido”».

En el presente caso los diversos informes tampoco dan explicación de lo ocurrido a la reclamante.

Por un lado, el informe del director del Instituto de la Mujer del Hospital Clínico San Carlos expone que cuando se realiza una cesárea, “*sin excepciones*”, se extrae la placenta manualmente y se arrastran todos los restos, sin perjuicio de la posibilidad de que queden pequeños restos adheridos, con escasas manifestaciones clínicas y sin proximidad temporal con el momento del parto. Ello no explica cómo pudo la paciente quedar, tras la cesárea, con “*abundantísimos restos de aspecto corial*” (folio 41), que se confirmó tras examen por Anatomía Patológica que eran restos placentarios.

Tampoco el informe de la Inspección Sanitaria aclara este punto, ya que cuando alude a los resultados del legrado, ignorando lo que queda constatado en la historia clínica, expresa que “*(...) se deduce que eran pequeños*”, circunstancia que se aparta notoria y manifiestamente de la realidad.

Los informes médicos citados tampoco explican por qué no se revisó, al tratarse de un alumbramiento gemelar, si ambas placenta estaban completas o, alternativamente, por qué la cavidad uterina de la paciente no fue revisada, ya que es la práctica indicada como correcta por el protocolo para cesárea establecido por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO):

“- *La placenta se extrae mediante suave tracción del cordón y expresión uterina y/o mediante extracción manual suave. El cirujano debe confirmar que el útero queda vacío y sin puntos sangrantes. La extracción manual de la placenta parece aumentar el riesgo de infección así como la pérdida de sangre, por lo que si es posible, el alumbramiento debiera ser preferentemente espontáneo.*

- *Se debe revisar siempre la placenta y si ésta está completa, no es imprescindible la revisión sistemática de la cavidad uterina”.*

Curiosamente, el informe de la Inspección Sanitaria pretende explicar la permanencia de restos placentarios exponiendo que *“la paciente había tenido un parto gemelar con dos placenta por tanto podrían haber quedado esos agregados de vellosidades coriales de una de ellas”*. En ese caso, la persistencia de los restos después del parto hubiera sido evitable mediante la revisión sistemática de la cavidad uterina que indica la SEGO, circunstancia que no solo no es valorada por la médica inspectora sino que, además, concluye que la actuación se acomodó a la *lex artis* sin dar explicación razonable a estos extremos.

Ante la inversión de la carga de la prueba que procede en el presente caso y la ausencia de explicación razonable para que la paciente presentara restos placentarios varios días después del parto hemos de concluir que procede indemnizar a la reclamante por el legrado a que hubo de someterse para la eliminación de dichos restos.

CUARTA.- Sentado lo anterior, queda, al amparo del artículo 12.2 del Real Decreto 429/1993, valorar los daños para su cuantificación, lo que debe hacerse, por expresa indicación del artículo 141.3 LRJ-PAC.

Nos encontramos ante un daño no permanente cuya indemnización ha de valorarse en función de los días de incapacidad que haya ocasionado. En este sentido, la reclamante tuvo el parto el 5 de octubre de 2011 y fue ingresada para el legrado el 12 de octubre del mismo año, siendo dada de alta al día siguiente.

Procede, por lo tanto, una indemnización de:

- 7 días impeditivos, a razón de 55,27 euros cada día: 386,89 euros.
- 2 días de estancia hospitalaria, a razón de 67,98 euros cada día: 135,96 euros.

Ello asciende a una indemnización de 522,85 euros. Dicha cantidad deberá ser actualizada al momento de la resolución, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 141.3 LRJ-PAC.

Por todo lo expuesto el Consejo Consultivo formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede estimar la reclamación por responsabilidad patrimonial, e indemnizar a la reclamante con 522,85 euros, que deberá ser actualizada al momento de dictarse resolución.

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.

VOTO PARTICULAR DISCREPANTE QUE FORMULA AL PRESENTE DICTAMEN LA CONSEJERA, DÑA. ROSARIO LAINA VALENCIANO Y AL QUE SE ADHIERE EL CONSEJERO, D. ISMAEL BARDISA JORDÁ

«Discrepando cordial y respetuosamente del parecer de la mayoría en el Dictamen 360/2013 que emite este Consejo con fecha 4 de septiembre de 2013, por el que se acuerda estimar la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por T.V.R.L. en solicitud de ser indemnizada por el dolor, la hemorragia postparto, el legrado que se le practicó y la crisis

hemorroidal que imputa a una negligencia médica de los servicios sanitarios públicos que la atendieron, formulo al amparo del artículo 15. 3 de la Ley 6/2007 de 21 de diciembre Reguladora del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, **Voto Particular**, expresando mi parecer contrario a tal estimación, en tanto no aprecio que concurra infracción de la *lex artis* en la prestación sanitaria objeto de análisis, imprescindible para que nazca la responsabilidad patrimonial.

La reclamante basa su reproche en que los daños anteriormente referidos, que califica de desproporcionados, fueron consecuencia de una defectuosa asistencia ya que no se retiraron restos placentarios tras el alumbramiento gemelar mediante la cesárea que le fue practicada, revelando, “*la penuria negligente de medios empleados, según el estado de la ciencia y el descuido en su conveniente y diligente utilización según la regla res ipsa logitur*”.

No aporta acreditación alguna de la grave negligencia médica que reprocha, carencia probatoria que salva el Dictamen objeto del presente voto particular, al entender que procede una *cierta inversión* de la regla general que impone al reclamante la carga de la prueba, dado que la Administración dispone de mayor facilidad probatoria. Asimismo estima el Dictamen insuficientes las explicaciones de la Administración para justificar el legrado al que tuvo que someterse la reclamante para eliminar los restos placentarios que quedaron después del parto, atribuyéndolo a una inadecuada práctica médica que no llega explicar “*por qué no se revisó al tratarse de un alumbramiento gemelar, si ambas placenta estaban completas o, alternativamente, por qué la cavidad uterina de la paciente no fue revisada, ya que es la práctica indicada como correcta por el protocolo para cesárea establecido por la Sociedad Española de Ginecología i Obstetricia (SEGO)*”.

Frente a dichas argumentaciones estoy en absoluto desacuerdo. En primer lugar porque entiendo que, en el presente caso, no procede la inversión de la

carga de la prueba. La mayor facilidad para la misma, que se supone en manos de la Administración al ser titular de los servicios sanitarios y de la Inspección, no exime absolutamente de obligación probatoria al reclamante, que ha de acreditar la irregularidad, correspondiendo a la Administración, y ésta es la peculiaridad de la carga de la prueba en el ámbito sanitario, justificar mediante las correspondientes explicaciones, que actuó correctamente. Esa forma de proceder, supondría, la alteración constante de la regla general de la carga de la prueba en el ámbito de las prestaciones médicas, contrariamente a la doctrina sentada por este Consejo en múltiples dictámenes con apoyo jurisprudencial.

Así, el Tribunal Supremo se ha manifestado al respecto en sentencias de 7 de julio de 2008: “... acreditado que un tratamiento no se ha manejado de forma idónea o, que lo ha sido con retraso, no puede exigirse al perjudicado la prueba de que, de actuarse correctamente, no se habría llegado al desenlace que motiva su reclamación. Con tal forma de razonar se desconocen las especialidades de la responsabilidad pública médica y se traslada al afectado la carga de un hecho de demostración imposible..... Probada la irregularidad, corresponde a la Administración justificar que, en realidad, actuó como le era exigible. Así lo demanda el principio de la «facilidad de la prueba», aplicado por esta Sala en el ámbito de la responsabilidad de los servicios sanitarios de las administraciones públicas” y en la misma línea la sentencia de 3 de diciembre de 2010: “También conforme reiterada jurisprudencia indicábamos en las sentencias de referencia que a quien reclama incumbe justificar, al menos de forma indiciaria, incluso mediante la prueba de presunciones prevista en el artículo 386 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, que se ha producido por parte de las instituciones sanitarias un mal uso de la “lex artis”, con la matización de que una vez acreditado que un tratamiento no se ha realizado de forma idónea o que lo ha sido con retraso, no puede exigirse al perjudicado la prueba de que, de actuarse correctamente, no se habría

llegado al desenlace que motiva su reclamación, esto es, que probada la irregularidad, corresponde a la Administración justificar que actuó como le era exigible.”

En el presente caso, resulta evidente la omisión de actuación probatoria por parte de la reclamante, siendo sorprendente que aluda a la existencia de una hemorragia postparto cuando todos los informes médicos mantienen que las pérdidas de sangre fueron las normales después del parto. Tampoco acredita la relación de causalidad del cuadro de hemorroides con la actuación médica después del parto, prueba que sin duda le corresponde al ser dicha patología, tal y como pone de relieve el servicio de Inspección, propia de los embarazos más frecuente en los embarazos múltiples como era el caso. Se omite asimismo cualquier actividad probatoria tendente a acreditar la irregularidad como causa de la presencia de restos placentarios tras practicar la cesárea, que motivó la necesidad de someterse a un legrado. En este aspecto se ha de tener en cuenta que la presencia de dichos restos, es un riesgo previsible e inherente a la intervención de cesárea, motivo por el cual no constituye un daño desproporcionado, supuesto éste en que su sola concurrencia permite deducir una actuación médica negligente. En la misma línea, solo manifestaciones de la reclamante sustentan el reproche de mala praxis referido a una temprana alta hospitalaria que no permitió constatar la existencia de restos placentarios.

Con independencia de la carencia absoluta de actividad probatoria desarrollada por la reclamante, que de por sí, supondría el rechazo a la reclamación instada, a mi juicio los informes médicos evacuados en el procedimiento de reclamación patrimonial por el Instituto de la Mujer “Profesor Botella Llusia” del Hospital Clínico de San Carlos y el Servicio de Inspección, contienen cumplida y satisfactoria explicación de que la actuación médica transcurrió en todo momento con adecuación a la *lex artis*.

Así, frente a la aseveración contenida en el Dictamen de que no se revisó al tratarse de un alumbramiento gemelar si ambas placenta estaban completas, el informe del Instituto de la Mujer “*Profesor Botella Llusiá*” del Hospital Clínico de San Carlos de fecha 3 de julio de 2012, afirma “(...) *Cuando se realiza una cesárea, se procede (sin excepciones) a la extracción manual de la placenta y sus membranas y a una revisión complementaria de la cavidad uterina que incluye el arrastre manual de restos con ayuda de compresas, aspiración y/o legrado uterino «in situ» si el caso así lo requiere, como por ejemplo: ante la sospecha de retención de fragmentos de placenta (cotiledones), restos de membranas o algún grado de adherencia placentaria anómala 8/22 (acretismo) de modo que es casi imposible que queden restos visibles o palpables. No obstante, y a pesar de la cuidadosa revisión de la cavidad uterina, pueden quedar pequeñas cantidades de restos corales adheridos a la decidua que pasan desapercibidos*”. Dichas manifestaciones, trascienden del plano puramente teórico en tanto encuentran respaldo en la historia clínica del caso analizado, pues en el partograma acompañado al expediente consta que se realizó la cesárea con la maniobra de Crede manual que según informa la Inspección, es una técnica obstétrica consistente en la compresión manual para empujar al útero hacia el canal del parto y favorecer la expulsión manual de la placenta y revisión de la cavidad uterina. Asimismo en el informe clínico acompañado por la parte como Documento nº 3, se especifica en la descripción del parto que se produjo el alumbramiento manual de placenta y membranas íntegras. El Tribunal Superior de Justicia de Madrid en sentencia de 22 de mayo de 2007 (JUR 2007/268959), enjuiciando un caso de gran similitud con el objeto de análisis aunque con consecuencias más gravosas ya que la reclamante sufrió una sepsis determinante de la necesidad de practicar una histerectomía y doble anexectomía, concluye la adecuación a *lex artis*, pese a la presencia de restos placentarios con posterioridad a la cesárea practicada sin incidencias, precisamente por ausencia de prueba de actuación irregular:

“Por su parte, en el informe pericial de la parte actora se manifiesta que "se realiza cesárea... sin incidencias, procediendo a la extracción de un feto vivo en cefálica, así como la extracción completa de anejos ovulares. La revisión evidencia un aparato genital interno normal. ... en una cesárea... se procede a la extracción manual de la placenta y las membranas. Se revisa adecuadamente la pared uterina para evitar que queden restos sobre todo de membranas en algún punto de la cavidad o retenidos por el material quirúrgico. Según todos los informes emitidos, la cesárea se ha realizado según estas indicaciones. ... Teóricamente se hace una extracción manual de placenta y la revisión de la cavidad uterina y de la placenta son normales. Pero posteriormente en la anatomía patológica del útero tras la histerectomía se confirma la existencia de una endometritis por restos placentarios necrosados (es decir, la extracción de la placenta no se hizo correctamente)...”

De lo expuesto, se desprende que el informe pericial de la actora deduce que la cesárea no se practicó correctamente, exclusivamente, del dato cierto de que, posteriormente, en la anatomía patológica del útero tras la histerectomía, se confirma la existencia de una endometritis por restos placentarios necrosados, pero no se explica en el informe en qué consistió la infracción de la "lex artis" al practicar la cesárea, esto es, de qué forma pudo evitarse, con arreglo al estado de la ciencia y técnica médicas, que quedaran estos restos ya que, según la propia perito actora indica, la cesárea se realizó "sin incidencias" y "según todos los informes emitidos, la cesárea se ha realizado según estas indicaciones....

..... En consecuencia, los restos placentarios quedaron, efectivamente, al realizar la cesárea y ellos fueron la causa de la sepsis con las consecuencias a ella anexas, pero de cuanto hemos expuesto no podemos deducir que tales restos quedaran como consecuencia de una infracción de la "lex artis" al realizar la cesárea, sino más bien que su no

eliminación no se pudo prever o evitar según el estado de conocimientos de la ciencia y técnica médicas existentes al tiempo de realizarse la cesárea, por lo que su carácter antijurídico no puede ser afirmado, faltando con ello, uno de los requisitos necesarios para que la acción ejercitada prospere.”

En este mismo caso, los informes médicos acogidos por el citado Tribunal para rechazar la demanda, son de gran valor en el análisis actual al recoger, como riesgos típico del parto por cesárea, la presencia de restos placentarios tras la práctica de la misma, en absoluto indicativa de negligencia: “*Tanto el informe de la Inspección Médica como el informe pericial aportado por la aseguradora codemandada, coinciden en que, efectivamente, quedaron restos placentarios al practicar la cesárea y que fueron éstos la causa de la sepsis, según pudo constatarse después, pero, a diferencia de lo sostenido por la parte actora, en estos informes se argumenta que el riesgo de sepsis por esta causa tras la cesárea es un riesgo inherente a la misma y no el resultado de una actuación contraria a la “lex artis”.*

Y es ésta la cuestión esencial que debemos aquí dilucidar, pues resulta determinante de la calificación del daño padecido por la actora a resultas de dicha sepsis como daño antijurídico.”

No existen tampoco los más mínimos indicios de negligencia médica en el seguimiento posterior, que la reclamante fundamenta en un alta temprana sin tener en cuenta que, la expulsión de un coágulo de grandes dimensiones, debería haber alertado de la anormalidad del proceso de recuperación. La historia clínica, y así se asevera en el informe del Instituto de la Mujer “Profesor Botella Llusia” del Hospital Clínico de San Carlos, acredita que la evolución tras la intervención fue normal, siendo revisada en varias ocasiones comprobándose la existencia de útero contraído y sangrado normal (dentro de la normalidad se estima la expulsión de coágulos), clínica que no corresponde con la existencia de restos placentarios abundantes, estimando correcta el alta hospitalaria cursada el 8 de octubre tras la intervención de cesárea del día 5. En este aspecto se ha de aplicar la doctrina que valora el

comportamiento médico y su adecuación a *lex artis* a la vista de los síntomas existentes con independencia de los resultados producidos. El Tribunal Supremo en sentencia de 5 de junio de 2012 (RJ 2012/7238), ratifica otra sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Baleares en la que en aplicación de dicha tesis manifiesta: “...*En consecuencia se actuó conforme al protocolo ante la evidencia de placenta grande con dicotiledones accesorios, que según el ginecólogo parecía haberse extraído de forma entera. Sin embargo es claro que quedaron restos placentarios ya que hubo de practicarse nuevo legrado. No obstante la clínica posterior de la paciente que no presentaba sangrado abundante y tampoco subinvolución uterina, lo que es propio en estos casos, permitió alta hospitalaria sin percibirse de la existencia de tales restos.*

Ese proceder en el que la paciente por su propia naturaleza no mostró los síntomas propios de la presencia de elementos en útero, comportó una actuación médica no apartada del correcto protocolo, y por ello no puede admitirse que se incidiera en defecto de lex artis”.

Por tanto, si el criterio rector a tener en cuenta al respecto no es otro que la actuación médica, ha de ser conforme a la *lex artis*, frente a la falta de actividad probatoria de la reclamante, en el expediente nos encontramos con informes médicos que acreditan y se posiciona a favor de la actuación conforme al protocolo. A mi juicio, el relato histórico de los hechos, valorado conforme a la sana crítica, acredita que la sanidad pública madrileña ha prestado en todo momento a la reclamante un servicio ajustado a la *lex artis*, motivo por el cual, contrariamente a lo acordado en el Dictamen al que me opongo, debió concluir con la desestimación de la reclamación sometida a consideración.

Es el voto particular que emito en Madrid a diez de septiembre de 2013».

Madrid, 4 de septiembre de 2013