

En Logroño, a 18 de mayo de 2018, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en su sede, con asistencia de su Presidente, D. Joaquín Espert Pérez-Caballero, y de los Consejeros, D. José María Cid Monreal, D. Enrique de la Iglesia Palacios, D. José Luis Jiménez Losantos y D. Pedro Prusén de Blas, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Granado Hijelmo, y siendo ponente D. José Luis Jiménez Losantos, emite, por unanimidad, el siguiente

## **DICTAMEN**

**50/18**

Correspondiente a la consulta formulada por la Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja, en relación con la *Reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria formulada por D. E.A.B, en nombre propio y representación de sus tres hijos menores, L.T.B, M.C, y G.E.B, por los daños y perjuicios que entiende causados por el fallecimiento de su esposa y madre de los menores, D<sup>a</sup> N.E.C, por sangrado vaginal tras una operación de cesárea practicada en el SERIS; y que valora en 451.081,18 euros.*

## **ANTECEDENTES DE HECHO**

### **Antecedentes del asunto**

#### **Primero**

La reclamación se inició mediante escrito fechado el 1 de septiembre de 2016, y suscrito, en nombre y representación de los precitados reclamantes, que tuvo entrada, en el Registro del Gobierno de La Rioja, el siguiente día 7 de septiembre de 2016, y en el que se indican los siguientes hechos relevantes para este dictamen:

-Que el reclamante y la fallecida habían contraído matrimonio, en 2003, en Conakry (República de Guinea), son padres de los tres mencionados menores, y tienen su domicilio familiar en la ciudad de Logroño. La esposa prestaba su trabajo por cuenta ajena en una empresa de la misma ciudad.

-Habiendo quedado embarazada la esposa de quién posteriormente fue su último citado hijo, nacido dos días antes del óbito de su madre, la gestación fue controlada por los Servicios de Obstetricia del Hospital *San Pedro*, dependiente del Servicio Riojano de Salud (SERIS), transcurriendo de manera normal.

-El día 4 de marzo de 2016, encontrándose la esposa en la semana 41+4 de embarazo, se acordó su

ingreso, para inducción del parto por gestación prolongada, teniendo lugar éste el siguiente día 5, a las 11,05 horas, por cesárea. A las 13 horas (aunque –indica- en los informes médicos se refleja las 14), pasó a planta.

-Transcurrido un tiempo prudencial, el esposo observó que la paciente sangraba abundantemente, poniéndolo en conocimiento de las Enfermeras, indicándole éstas que era normal. A las dos horas comenzó a manifestar convulsiones y frialdad, con abundante, sangrado, por lo que volvió a informar a las Enfermeras, quienes continuaron mostrando poca atención.

-A las 18 horas, ante las suplicas del marido, accedieron a examinarla y avisaron a Médico, comenzando, a partir de ese momento, todas las actuaciones, que se sucedieron de manera continuada, mediante examen de personal sanitario de muy diferentes Servicios, en sucesión temporal, ya que, además, de los de planta, fue examinada por los de Medicina general, Neurología, Hematología, Obstetricia, Ginecología y Unidad de Medicina Intensiva (UMI), efectuándole, a petición de los Médicos de dichos Servicios que la evaluaron, constantes análisis y pruebas, tales como ECG, TC craneal y AngioTC de TSA e intercraneal, fruto todo ello de los diversos síntomas que presentó a lo largo de todos esos exámenes (descenso de plaquetas; crisis convulsivas; hipotensa; taquicárdica, etc.).

-A las 6,45 horas del día 6 de marzo de 2016, se le realizó intervención quirúrgica (IQ) de histerectomía subtotal, conservando ovarios. No obstante lo cual, la evolución continuo siendo muy mala. Fallece a las 1:13 horas del día 7 de marzo de 2016.

Alega, el reclamante en su escrito, los Fundamentos de Derecho que estima amparan su solicitud, y que han de ser examinados en las cuestiones de fondo de este dictamen, y acompaña documentación en justificación de lo indicado.

## **Segundo**

Mediante oficio de 12 de septiembre de 2016, el Jefe del Servicio de Asesoramiento y Normativa de la Consejería de Salud, requirió al reclamante la acreditación de parentesco de este y los hijos con la fallecida, lo que llevó a efecto mediante la presentación, el 26 de septiembre 2016, de un escrito acompañado de lo requerido.

La Secretaría General Técnica de la Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja dictó Resolución, firmada electrónicamente el 29 de septiembre de 2016, en el sentido de tener por iniciado el procedimiento general de responsabilidad patrimonial con efectos del 26 de septiembre de 2016, y designar Instructora del mismo. Esta última remitió oficio de 30 de septiembre de 2016, notificado al Letrado designado como representante del reclamante, el siguiente 5 de octubre, informándole del plazo para resolver.

También se notificó, a la entidad Aseguradora del SERIS, la existencia de la reclamación, la cual acuso recibo por fax de 5 de octubre de 2016, obrante en el expediente.

### **Tercero**

El Instructor dirigió comunicación interna, de 30 de septiembre de 2016, a la Dirección del Área de Salud de La Rioja, Hospital *San Pedro*, por la que solicitaba los antecedentes datos e informes que se estimasen de interés en relación con la asistencia sanitaria prestada a la paciente; informe de los Facultativos intervinientes en ella, así como la historia clínica relativa, exclusivamente, a la asistencia sanitaria objeto de la reclamación. Comunicación interna que reiteró, al no haberle sido remitido lo solicitado, el 13 de febrero de 2017.

Mediante escrito de 20 de febrero de 2017, la Dirección del Área de Salud del Gobierno de La Rioja remitió la documentación solicitada, compuesta por los: i) informes de los Facultativos intervinientes en la asistencia sanitaria prestada; ii) informes de personal de enfermería y DUE que atendieron a la paciente; iii) informe del Servicio de Anatomía Patológica; y, iv) la historia clínica de la paciente.

Por su relevancia para la mejor comprensión de los hechos objeto de este dictamen, consideramos necesario recoger, de forma breve y siguiendo el orden en que constan en el expediente, los profesionales sanitarios que han emitido informe y a qué Servicio están adscritos, así como las analíticas y pruebas médicas que solicitaron o, en su caso, realizaron:

#### **1. Informe de la Dra. D<sup>a</sup> A.B.G.A.**

-Es la Médico Adscrita al **Servicio de Medicina Intensiva** del HSP, que atendió a la paciente el día 6 de marzo de 2016 a partir de las 8 horas.

-Indica que, en el transcurso de su estancia en UMI (desde las 3:45 horas de ese día 6), la paciente sufrió varias complicaciones, remitiéndose al informe que elaboró, y refiriendo que falleció a las 1:13 del día 7 de marzo de 2016.

#### **2. Informe de las Dras. D<sup>a</sup> Rocío Benito Velasco, D<sup>a</sup> M.A.S.V, y D<sup>a</sup> R.E.M.**

-Todas ellas son Facultativas del **Servicio de Ginecología**, que atendieron a la paciente durante su estancia en planta, tras la cesárea.

-Tras especificar que la paciente pasó a planta, tras cesárea, sobre las 14:40 horas del día 5, añaden que, a las 18:00 horas, acudieron a explorarla, por presentar sangrado superior a lo normal, pero escaso. Aplicaron protocolo establecido para la hemorragia obstétrica: masaje uterino y administración de oxitocina y postaglandinas, cediendo el sangrado. Le realizan analítica.

-A la media hora, la reevalúan, no existiendo sangrado, y repitiendo analítica. A las 1:00 horas (ya del día 6), comienza con malestar general; y, a las 2:00 horas, manifiesta sensación nauseosa, intranquilidad, desorientación, crisis tónica de las cuatro extremidades de menos de 5 minutos y cese espontáneo. Piden colaboración a Internista y Neurólogo de guardia, quienes valoran a la paciente, ordenando realización de TC craneal y AngioTAC de TSA, que no muestran lesiones. Se le realiza nueva analítica, refiriendo esta acidosis láctica severa y alteración de la coagulación. Pasa a UMI.

-La paciente continúa con mala evolución en UMI, por lo que, tras estabilización y valoración por parte del Servicio de Hematología, se decide IQ urgente de histerectomía obstétrica. Tras ella, la paciente vuelve a UMI.

-Nuevamente en la UMI, continúan valorando a la paciente, conjuntamente con los Intensivistas. Se le realizan controles analíticos seriados, que objetivan elevación progresiva de transaminasas, descenso de plaquetas y anemia. Ante sospecha de HELLP postparto de pronóstico muy grave, se instaura tratamiento junto con medidas de soporte hemodinámico. Se realiza también inmunocromatografía de paludismo, que es negativa. Pese a todo ello, se produce el fallecimiento de la paciente. Establecen como juicio clínico *“probable HELLP severo: anemización progresiva grave, que no corresponde con pérdida sanguínea objetivada, y alteración de enzimas hepáticas”*.

-Acompañan a su informe dos estudios sobre Síndrome de HELLP (siglas inglesas de “H”, hemólisis; “EL”, enzimas hepáticas elevadas; y “LP”, bajo recuento de plaquetas) y sobre hemorragia postparto precoz, que apoyan sus criterios y las actuaciones desarrolladas.

### **3. Informe de la Dra. M.J.N.I.**

-Es la Jefe de la **Sección de Hematología**, quién, en su condición de Médico en servicio de guardia iniciada el día 6 de marzo de 2016 a las 20:00 horas, fue requerida telefónicamente, por el Ginecólogo de guardia, para atender a la paciente.

-Examinó la historia clínica y la evolución analítica, y volvió a solicitar nueva analítica para conocer el estado en ese mismo instante. Asimismo, examinó estudio ecográfico abdominal que se le había efectuado a las 19:13 horas. Estableció, como juicio clínico: *“sospecha de Síndrome HELLP”*. Estableció tratamiento adecuado, así como la realización de analíticas seriadas para ajustar, el tratamiento y dosis a prescribir, a la situación de la paciente en cada momento.

-Acompaña a su informe criterios sobre la determinación de diagnóstico diferencial, en el que examina los distintos diagnósticos que podrían extraerse de la situación de la paciente, estableciendo, como *“1ª opción diagnóstica”*, el Síndrome de HELLP; y, como otros criterios diferenciales, otros seis posibles diagnósticos, recogiendo las razones que comportaban la desestimación de estos y la opción por el señalado como primero.

-Obran, además, en el expediente, y a continuación del que venimos exponiendo (lo que nos permite deducir –aunque en él no se diga– que han sido aportados junto con él), hasta diez informes de analítica, realizados a lo largo de la estancia de la paciente en internamiento, estando efectuados en: i) el día 05/03/16, a las 18:40 y 20:15; y, ii) en el día 06/03/16, a las 0:17; a las 3:34; a las 5:19; a las 6:54; 8:03; 10:42; 16:13, y a las 20:48 horas.

#### **4. Informe de la Dra. D<sup>a</sup> S.C.L.**

-Es Médico Residente del **Servicio de Neurología**, quien el día 06/03/16 realizaba la guardia del Servicio.

-Sobre las 2:40 horas, fue avisada por los Facultativos de Medicina Interna para examinar a la paciente. Acudió inmediatamente, explorándola, al presentar situación de coma, con pupilas midriáticas arreactivas, ausencia de respuesta a estímulos dolorosos, y mal aspecto general. Junto con los internistas decidieron iniciar oxigenoterapia e intensificación de fluidoterapia, por sospecha de *shock* hipovolémico.

-Tras lo anterior, decidió la realización de prueba de neuroimagen, yendo, junto con la paciente, a la sala del TAC, donde se le realizó TAC craneal y AngioTAC de TSA, cuyos resultados permitieron descartar lesiones agudas.

-De vuelta a la habitación, se solicitó nueva analítica y, estando a su resultado, dada la situación de gravedad de la paciente, se contactó con la Dra. en aquél momento responsable de la UMI para su traslado, lo que fue aceptado de manera inmediata por esta, por lo que acompañó a la paciente, junto con los Médicos Internistas, en su traslado a esa unidad. Indica que informó, también junto a los Internistas, al esposo de la situación de extrema gravedad de la paciente.

#### **5. Informe de la Dra. D<sup>a</sup> L.A.**

-Es Médico Residente de 2º año del **Servicio de Hematología**, que inició la guardia el día 05/03/16, a las 9:30 horas.

-Fue avisada, por el Servicio de Ginecología, hacia las 5:00 horas del día 6, para examinar a la paciente, indicando que acudió a continuación y verificando que ya había sido valorada por los Servicios de Ginecología, Neurología y Medicina Interna, estando a cargo de la UMI.

-Examinó la analítica que hasta entonces se le había realizado, y, dado que se había decidido IQ urgente, recomendó las pautas inherentes a su especialidad previstas para antes y después de la intervención. Indicó que, de producirse complicaciones, avisasen a su Servicio. No volvió a tener relación con el tema, por lo que, al finalizar su guardia, informó a quien le sustituía (la Dra. N.) de la incidencia con la paciente.

#### **6. Informe de D<sup>a</sup> A.I.O.C.**

-Es Enfermera de la unidad de Obstetricia del HSP, que terminó su turno en planta a las 15:00 horas, del día 05/03/2016.

-Indica que se encontraba prestando su cometido cuando la paciente llegó a planta procedente de IQ de cesárea, hacia 14:00 horas. Refiere que, al ingreso en planta, presentó constantes vitales normales.

## 7. Informe de D. R.C.C.

-Es Enfermero de la unidad de Obstetricia del HSP, que realizó el turno de noche de los días 5 y 6 de marzo de 2016 de planta.

-Se remite a la nota de evolución que elaboró, añadiendo que, nada más incorporarse a su turno y recibir el parte de enfermería del turno anterior, acudió a la habitación para valorar a la paciente, encontrándola encamada, con dos vías periféricas, consciente, orientada, sin sangrado activo. Fue valorada por Ginecóloga -Dra. B.V.- a las 22:40 horas.

-Poco después presentó mal aspecto general, y, entre otros síntomas, sangrado por vía vaginal, por lo que avisó a Médico de guardia de Ginecología -Dra. E.- quién la examinó, realizando las actuaciones ya recogidas, tras las cuales pasó a situación de “no sangrado activo”, continuándose con la vigilancia.

-Hacia las 1:30 horas, se le avisa, por referir la paciente sensación nauseosa, intranquilidad, desorientación, plapitaciones, etc, por lo que vuelve a avisar a Médico de guardia de Ginecología, acudiendo este y volviendo a valorar y explorar a la paciente. Se le realiza electrocardiograma, analítica y gasometría. Se realiza interconsulta con Médico Internista, acudiendo una Facultativo de ese Servicio para evaluarla. De manera súbita, la paciente sufre empeoramiento agudo, con episodios convulsivos tónico y secreción espumosa por la boca, así como otros síntomas ya relatados. Se realizan analíticas, interconsulta con el Servicio de Neurología, y las pruebas requeridas por personal de ese Servicio; así como el ya mencionado traslado a UMI, hacia las 3:45 horas del 6 de marzo de 2016. Al pasar a esa Unidad, el informante deja de tener relación con la paciente.

## 8. Informe de D<sup>a</sup> S.R.M.

-Es Médico perteneciente al Servicio de **Anatomía Patológica** y realizó la autopsia de la paciente, el 7 de abril de 2016, a solicitud del Servicio de Ginecología.

-Establece como *“padecimiento fundamental: estado post tratamiento quirúrgico..., con tuberculosis fibrogaseosa cavitaria pulmonar y síndrome de HELLP”*.

-Tras indicar como causa de la muerte *“coagulación intravascular diseminada. fallo multiorgánico”*, establece, bajo el concepto “epicrisis” que *“las analíticas previas a la muerte muestran **alteraciones compatibles con Síndrome de HELLP**. En el estudio postmortem, se evidencian suturas quirúrgicas suficientes, tuberculosis fibrogaseosa cavitaria pulmonar y coagulación intravascular diseminada (CID), una de las complicaciones descritas asociadas al Síndrome de HELLP, ... y causa de la muerte”*.

### Cuarto

Obrando los datos médicos en el expediente, el Instructor, por escrito firmado electrónicamente el 21 de febrero de 2017, solicitó, a la Dirección General de Asistencia, Prestaciones y Farmacia, que el Médico Inspector correspondiente informase sobre la reclamación. Dicho informe, firmado electrónicamente el 26 de octubre de 2017, fue aportado

al expediente, y, en él, se efectúa una descripción de las circunstancias fácticas, en términos similares a lo expuesto en el Antecedente Tercero de este dictamen. Respecto a los datos técnicos, establece, como **consideraciones médicas** más relevantes, las siguientes:

-En cuanto a la patología que afectó a la esposa del reclamante, denominada Síndrome de HELLP, indica que se trata de una complicación grave, que puede desarrollarse tanto antes del parto como en el postparto. La mortalidad perinatal y materna se eleva considerablemente. Se observa en un 5-10% de las pacientes portadoras de preeclampsia (hipertensión arterial asociada al embarazo).

-Se desconoce la etiología de este Síndrome, pero se postulan, como hipótesis, la isquemia placentaria, los lípidos maternos, el mecanismo inmunológico y la impronta genética.

-Los síntomas pueden ser inespecíficos, como dolor en hipocondrio derecho y epigastrio, náuseas y/o vómitos, cefalea, sangrado, así como los derivados de las alteraciones analíticas.

-El diagnóstico se realiza por sospecha clínica y analítica: hemograma, pruebas de función hepática, pruebas de función renal, electrolitos y estudio de coagulación.

Especifica que, en atención a las manifestaciones vertidas por el reclamante en su escrito iniciador del expediente, referidas a la demora, por parte de los Servicios de planta, en atender a las peticiones del esposo para que fuese atendida su mujer, por presentar, desde su llegada, abundante sangrad; y, dado que no figuraban anotaciones en la historia clínica, respecto de la asistencia recibida, desde las 14 hasta las 18:00 horas, del día 5 de marzo de 2016, solicitó aclaración sobre la asistencia recibida en ese periodo de tiempo; emitiéndose, a tal efecto, un informe, por D<sup>a</sup> M.C.R.G, Enfermera del Servicio de Obstetricia en ese turno, en el que manifiesta que le correspondió la paciente entre los enfermos asignados, no efectuando anotaciones en las notas evolutivas, por cuanto no se produjeron incidencias extrañas a su estado postoperatorio (molestias y algún dolor local para el que se le suministraron analgésicos según indicación de ginecólogo).

A continuación, establece como **conclusiones**:

-La sintomatología inicial de la paciente es sangrado, con causa probable de atonía uterina, alteraciones hubieran podido corregirse con las medidas terapéuticas, que se tomaron porque fueron las adecuadas.

-No obstante, en la evolución de la paciente, comenzaron a aparecer complicaciones: i) alteraciones analíticas (coagulopatía, aumento enzimas hepáticas, trombocitopenia, leucocitosis, etc.); y, ii) grave afectación del estado general; anemia, que no se correspondía con la pérdida de sangre objetivada, y falta de respuesta a los tratamientos intentados.

-La muerte de la paciente está relacionada con el Síndrome de HELLP y no con el parto por cesárea que se llevó a cabo, y la coagulopatía seguía su curso independientemente del sangrado. El meticuloso informe emitido por la Dra. M.J.N.I, del Servicio de Hematología, desgrana las posibles complicaciones y

diagnósticos diferenciales que la paciente podía estar padeciendo, incluido embolismo de líquido amniótico, que se recoge en algunas de las anotaciones del Servicio de Ginecología.

Tras estas consideraciones, concluye que la asistencia sanitaria prestada a la paciente fue correcta, ajustándose a la *lex artis*.

### Quinto

Asimismo, sin que conste en qué fecha se incorporó al expediente, obra en el mismo un informe pericial, emitido, a instancia de la Aseguradora del SERIS, por el Dr. D. G.G.M. (Especialista en Obstetricia y Ginecología), elaborado el 5 de mayo de 2017, en el que, inicialmente, efectúa **consideraciones médicas** sobre el Síndrome de HELLP, indicando que:

-El Síndrome HELLP se refiere a un síndrome caracterizado por hemólisis con microangiopatía, enzimas hepáticas elevadas y recuento de plaquetas bajo. Probablemente, representa una forma muy grave de preeclampsia, aunque, hoy en día, esta relación continúa siendo muy controvertida. Entre un 15 y 20 por cien de pacientes afectadas por este síndrome no tienen el antecedente de hipertensión o proteinuria durante el embarazo. Debido a ello, numerosos expertos piensan que el Síndrome HELLP constituye una entidad aparte de la preeclampsia. En cualquier caso, ambas entidades patológicas, Síndrome HELLP y preeclampsia se pueden asociar a otras patologías hepáticas que incluyen infartos, hemorragias y rotura.

-El síndrome se presenta de forma variable. Los síntomas más comunes son dolor abdominal y defensa en zona epigástrica, en el cuadrante superior derecho del abdomen o en zona esternal. Muchos pacientes también presentan náuseas, vómitos y malestar, que incluso se puede equivocar con una enfermedad viral no específica o una hepatitis viral, especialmente cuando las enzimas hepáticas están elevadas. Otros síntomas menos comunes o frecuentes son dolor de cabeza, alteraciones visuales, ictericia y ascitis. El posible error al considerar el dolor abdominal, las náuseas y vómitos como una enfermedad viral es una trampa frecuente, que puede resultar en un agravamiento o incluso mortalidad materna. La hipertensión y la proteinuria están presentes en un 85% de las pacientes, pero es muy importante recordar que ambas pueden no aparecer en casos muy graves.

-Puede presentar, desde un inicio, morbilidad muy grave y también se puede desarrollar en muy corto espacio de tiempo. El tipo de patología añadida puede incluir la coagulación intravascular diseminada, el desprendimiento de la placenta, normalmente inserta, el fallo renal agudo, el edema pulmonar, el hematoma subcapsular hepático y el desprendimiento de retina. También pueden aparecer precozmente la ictericia y la ascitis. Menos frecuentemente, pudiera también darse la **hemorragia masiva asociada a la trombocitopenia**. A pesar de todo, **algunos pacientes pueden estar casi asintomáticos**.

-El diagnóstico del Síndrome HELLP se basa en la presencia de las alteraciones analíticas del laboratorio, comprendidas en el nombre del síndrome: hemólisis con microangiopatía (en el extendido de sangre), enzimas hepáticas elevadas y recuento bajo de plaquetas. En general, la evolución aunque presente sintomatología grave, suele revertir en las primeras 48 horas. **La mortalidad materna es del 1%**.

Continúa con un análisis de la **práctica médica** efectuada en la concreta situación



planteada en la reclamación, especificando:

-En cuanto a la decisión de **iniciar la inducción del parto**, la estima **adecuada** y acorde a las recomendaciones de las guías clínicas y bibliografía actual, teniendo en cuenta el tratarse de gestación prolongada y la evolución, sin complicaciones, del embarazo.

-Dado que, el día 5 de marzo de 2016, hacia las 11 horas, se diagnosticó un RCG (registro cardio tacográfico) patológico y aguas teñidas, se indicó la terminación del parto mediante la realización de una cesárea, realizándose esta sin ninguna complicación. Considera, tanto la terminación del parto como la indicación de hacerlo mediante cesárea y la realización de estas, medidas correctas y acordes a la *lex artis*.

-Ante la aparición de un sangrado, hacia las 18 horas del día 5, la Ginecóloga de guardia la explora, ordena analítica, con resultado normal para el postoperatorio. Realiza masaje uterino, para mejorar la contracción uterina, y administra oxitócicos. Estima que esta actuación es correcta y adaptada a los hallazgos obtenidos en la exploración y el resultado de la analítica.

-Hace mención a lo señalado por el reclamante en su escrito, en cuanto a que el sangrado apareció nada más llegar a planta y se retrasó la atención a la paciente. Indica que no puede emitir opinión sobre tales circunstancias (ya que, cuando examinó el expediente, no constaban en él las notas de cuál fue la situación de la esposa desde su llegada a planta hasta las 18 horas). No obstante, precisa que, aun cuando se pudiera estimar que el seguimiento inicial no fue todo lo bueno que debiera haber sido, en cualquier caso no influyó en la evolución posterior de la paciente, dado su estado de normalidad a las 18 horas.

-En cuanto al desarrollo de los hechos que, aproximadamente, y a partir de las 22 horas, se suceden, y, sobre los cuales se ha efectuado narración precedentemente, con la continua y sucesiva intervención de Facultativos de muy distintos Servicios, así como las analíticas y pruebas médicas que se le realizan a la paciente, especifica que *“la actuación de cada uno de los Especialistas es muy correcta y actúan de forma coordinada y adecuadamente, ante la gravedad imprevista e inesperada de un post operatorio, sin que se pudiera descubrir una patología clara post quirúrgica y se decide su traslado a UCI”*. Insiste en que los Facultativos *“se enfrentan a una **patología muy grave, de origen no conocido**, y que, fundamentalmente, tiene un tratamiento de soporte general del estado de salud. No existe un tratamiento curativo en las pacientes que ya han dado a luz”*. Añadiendo, como colofón, que *“la patología que se originó, un Síndrome HELLP muy grave, es de origen y causa desconocida, y su **tratamiento es únicamente el tratar de mantener la estabilidad de todos los órganos y funciones de la paciente hasta que cediera el cuadro de forma espontánea. No existe un tratamiento etiológico, ya que se desconoce su causa última”***.

Tras ello, establece como **conclusión** de su informe que la actuación de todos los Médicos y Servicios sanitarios, durante la asistencia al parto y post parto de la paciente fue acorde a la *lex artis*.

## Sexto

Finalizada la instrucción del expediente con todos los datos e informes mencionados, la

Instructora dirigió comunicación, al Letrado representante del reclamante, en fecha 27 de octubre de 2017, y, recibida, por este el 2 de noviembre de 2017; poniendo tal circunstancia en su conocimiento, y notificándole que disponía de plazo para examinar el expediente y presentar alegaciones, sin que conste en el expediente que se hiciera uso de tal derecho.

### **Séptimo**

Completados los trámites referidos, en fecha 14 de febrero de 2018, el Instructor elaboró una Propuesta de resolución, en el sentido de desestimar la reclamación por considerar que se había actuado con arreglo a la *lex artis ad hoc*.

Recibida dicha Propuesta de resolución, la Secretaria General Técnica de la Consejería de Salud solicitó, por oficio firmado electrónicamente el 15 de febrero de 2018, a la Dirección General de los Servicios Jurídicos, el preceptivo informe, el cual fue elaborado por Letrado adscrito a la Dirección General de Servicios Jurídicos, en fecha 23 de marzo de 2018, en sentido favorable a la Propuesta de resolución.

### **Antecedentes de la consulta**

#### **Primero**

Por escrito firmado electrónicamente en fecha 23 de marzo de 2018, y de entrada en este Consejo el siguiente día 26, la Excm. Sra. Consejera de Salud del Gobierno de La Rioja, remitió al Consejo Consultivo de La Rioja, para dictamen, el expediente tramitado sobre el asunto referido.

#### **Segundo**

El Sr. Presidente del Consejo Consultivo de La Rioja, mediante escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente el 2 de abril de 2018 procedió, en nombre de dicho Consejo, a acusar recibo de la consulta, a declarar provisionalmente la misma bien efectuada, así como a apreciar la competencia del Consejo para evacuarla en forma de dictamen.

#### **Tercero**

Asignada la ponencia al Consejero señalado en el encabezamiento, la correspondiente ponencia quedó incluida, para debate y votación, en el orden del día de la sesión del Consejo Consultivo convocada para la fecha allí mismo indicada.

## **FUNDAMENTOS DE DERECHO**

### **Primero**

#### **Normativa aplicable, y necesidad de dictamen del Consejo Consultivo**

Como se ha indicado en el primero de los Antecedentes del asunto, la reclamación se inició por escrito, del esposo de la fallecida, presentado el día 7 de septiembre de 2016.

Ya es conocido que la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen jurídico de las Administraciones públicas y del procedimiento administrativo común (LPAC'92) ha sido sustituida por la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento administrativo común (LPAC'15) que, publicada en el BOE del siguiente 2 de octubre, establece (en la DF 7ª) su entrada en vigor al año de su publicación, es decir, el 2 de octubre de 2016. El expediente, por tanto, se ha iniciado bajo la vigencia de la LPAC'92, y desarrollado durante la vigencia de la LPAC'15.

La cuestión de la norma aplicable al expediente administrativo ha de resolverse a tenor de lo dispuesto en la DT 3ª LPAC'15, que en su apartado a) establece que *“a los procedimientos ya iniciados antes de la entrada en vigor de la Ley, no les será de aplicación la misma, rigiéndose por la normativa anterior”*.

En consecuencia, el expediente se ha de regir por la LPAC'92 y demás disposiciones, aplicables a la responsabilidad patrimonial, vigentes con anterioridad a la entrada en vigor de la LPAC'15.

Conforme a ello, el art. 12 del Reglamento de los Procedimientos en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas, aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo [a día de hoy, sin vigencia, en virtud de lo preceptuado en la Disposición derogatoria única, 2.d) de la LPAC'15, pero aplicable al presente procedimiento, por lo indicado] prescribe que, concluido el trámite de audiencia se recabará el dictamen del Consejo Consultivo de Estado o del órgano consultivo de la Comunidad Autónoma cuando dicho dictamen sea preceptivo, para lo que se remitirá todo lo actuado en el procedimiento y una propuesta de resolución, exigencia que cumple el expediente objeto del dictamen.

En el caso de la Comunidad Autónoma de La Rioja (CAR), el artículo 11, g) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, de su Consejo Consultivo, en la redacción dada por la Ley 7/2011, de

22 de diciembre, remite a la normativa reguladora de los procedimientos de responsabilidad patrimonial, legislación estatal, para la determinación del carácter preceptivo de los dictámenes. Por aplicación de dicha normativa, el dictamen será preceptivo cuando la indemnización reclamada sea de cuantía igual o superior a 50.000 euros, a partir de la entrada en vigor de la citada Ley 7/2011. Por tanto, y reclamándose una cuantía de 451.081,18 euros, nuestro dictamen resulta ser preceptivo.

En cuanto al contenido del dictamen, a tenor del art. 12.2 del citado Real Decreto 429/1993, ha de pronunciarse sobre la existencia o no de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y la lesión producida y, en su caso, sobre la valoración del daño causado y la cuantía y modo de la indemnización, considerando los criterios previstos en LPAC'92.

## **Segundo**

### **Sobre los requisitos exigidos para el reconocimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración pública**

Nuestro ordenamiento jurídico (art. 106.2 de la Constitución y los artículos 139 y ss. de la LPAC'92, además del citado Decreto 429/1993) reconoce a los particulares el derecho a ser indemnizados 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, entendido como cualquier hecho o actuación enmarcada dentro de la gestión pública, sea lícito o ilícito, siendo necesario para declarar tal responsabilidad que la parte reclamante acredite la efectividad de un daño material, individualizado y evaluable económicamente, que no esté jurídicamente obligado a soportar el administrado, y debiendo existir una relación de causa a efecto, directa e inmediata, además de suficiente, entre la actuación (acción u omisión) administrativa y el resultado dañoso para que la responsabilidad de éste resulte imputable a la Administración, así como, finalmente, que ejercite su derecho a reclamar en el plazo legal de un año, contado desde la producción del hecho o acto que motive la indemnización o desde la manifestación de su efecto lesivo.

Se trata de un sistema de responsabilidad objetiva y no culpabilístico que, sin embargo, no constituye una suerte de “seguro a todo riesgo” para los particulares que de cualquier modo se vean afectados por la actuación administrativa. En efecto, el vigente sistema de responsabilidad patrimonial objetiva no convierte a las Administraciones públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados, derivada de la actividad tan heterogénea de las

Administraciones públicas.

Lo anterior es también predicable, en principio, para la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, si bien, como ya dijimos entre otros en nuestro dictamen D.3/07, y venimos reiterando, *“la responsabilidad no surge sin más por la existencia de un daño, sino del incumplimiento de una obligación o deber jurídico preexistente, a cargo de la Administración, que es el de prestar la concreta asistencia sanitaria que el caso demande: es esta premisa la que permite decir que la obligación a cargo de los servicios públicos de salud es de medios y no de resultado, de modo que, si los medios se han puesto, ajustándose la actuación facultativa a los criterios de la lex artis ad hoc, la Administración ha cumplido con ese deber y, en consecuencia, no cabe hacerla responder del posible daño causado, pues no cabe reconocer un título de imputación del mismo”*.

Y, en nuestro dictamen D.29/07, en la misma línea, mantuvimos que los parámetros bajo los que se han de enjuiciar los criterios de imputación del daño a la Administración Sanitaria son el de la *lex artis ad hoc* y el de la existencia del *consentimiento informado*, distinguiendo *“si el daño es imputable a la actuación de los servicios sanitarios, por existir un funcionamiento anormal que contraviene los postulados de la lex artis ad hoc o por privar al paciente de su derecho de información o si, por el contrario, el resultado dañoso ha de ser soportado por éste quien, conocedor de los posibles riesgos, ha prestado voluntariamente su consentimiento”*.

### Tercero

#### **Sobre la concurrencia de los requisitos para la imputación de responsabilidad a la Administración, por daño producido por la prestación médica en el presente caso**

1. El primero de los requisitos que hemos indicado ha de concurrir para que surja la responsabilidad, es el de la existencia de un **daño causado** por la actuación de los servicios públicos.

En este concreto caso, es evidente que el resultado dañoso se ha producido, consistiendo en el óbito de la paciente tras la cesárea practicada, y cuando todavía se encontraba hospitalizada, y, en opinión del reclamante, con carácter *“absolutamente desproporcionado”*, en relación *“con los riesgos asumidos ab initio y de los que fue informada”*.

2. Pero, como se viene recogiendo tanto por doctrina como por jurisprudencia, el fallecimiento forma parte de la naturaleza humana, y la presencia de situaciones físicas o síquicas de riesgo, de “enfermedades” (en sentido amplio y omnicomprendivo de todas las que pueden derivar en él), constituye un plus de riesgo en su producción. De ahí que cuando, cual aquí sucede (y el propio reclamante reconoce en su escrito de reclamación), la responsabilidad patrimonial se derive de un actuar sanitario, su contenido objetivo comporte, además, la exigencia de concurrencia de algún tipo de deficiencia, anormalidad, falta de diligencia, negligencia o funcionamiento incorrecto o, como se indica por la doctrina, una prestación defectuosa del servicio (*faute de service*).

Como especifica la Sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Contencioso-Administrativo (Sección 5ª), de 15 de marzo de 2018 (JUR 2018/88167) –que constituye una recopilación del estado jurisprudencial sobre la responsabilidad patrimonial de la Administración pública en materia sanitaria-,

En “*la Sentencia del Tribunal Supremo de 17 de abril de 2007 ... [sic., se hacía mención a que] ...en la Sentencia de 13 de noviembre de 1999, también afirmamos que* «aun cuando la responsabilidad de la Administración ha sido calificada por la Jurisprudencia de esta Sala, como un supuesto de responsabilidad objetiva, no lo es menos que ello no convierte a la Administración en un responsable de todos los resultados lesivos que puedan producirse por el simple uso de instalaciones públicas, sino que, como antes señalamos, es necesario que esos daños sean consecuencia directa e inmediata del funcionamiento normal o anormal de aquella».

*Más en concreto, en reclamaciones derivadas de prestaciones sanitarias, la jurisprudencia viene declarando que «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» - Sentencias del Tribunal Supremo de 25 de abril, 3 y 13 de julio y 30 de octubre de 2007, 9 de diciembre de 2008 y 29 de junio de 2010 -, por lo que «la actividad médica y la obligación del profesional es de medios y no de resultados, de prestación de la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo, de manera que los facultativos no están obligados a prestar servicios que aseguren la salud de los enfermos, sino a procurar por todos los medios su restablecimiento, por no ser la salud humana algo de que se pueda disponer y otorgar, no se trata de un deber que se asume de obtener un resultado exacto, sino más bien de una obligación de medios, que se aportan de la forma más ilimitada posible» -entre otras, sentencias del Tribunal Supremo de 10 y 16 de mayo de 2005-”.*

3. Y no sólo ello, sino que se precisa, como hemos indicado al exponer los requisitos necesarios para la consideración de responsabilidad en materia sanitaria, la **relación de causalidad**, es decir, que el incorrecto actuar de la prestación sanitaria otorgada sea la consecuencia originadora del daño producido.

En el caso concreto examinado, los informes médicos de Inspección y del perito de la Aseguradora del SERIS son contundentes y concluyentes: tanto en la toma de decisión de llevarla a cabo, como en la práctica de la cesárea, y en las actuaciones posteriores a la aparición, en el postoperatorio, del sangrado, fueron correctos y ajustados a la *lex artis*. La decisión de inducir el parto, por tratarse de un avanzado estado de gestación, con el consiguiente riesgo para el feto, así como el practicar cesárea, ante los datos de la analítica previa practicada a la paciente, son correctos y ajustados a las recomendaciones médico-quirúrgica. Téngase en cuenta, además, que todos los informes médicos previos correspondientes al seguimiento de la gestación, la venían calificando como de normalidad.

Y, aun cuando cuándo pudiera quedar la duda de si hubo alguna actuación médica (de difícil hallazgo) incorrecta, ambos técnicos (Inspector médico y Perito médico de la Aseguradora), coinciden (en sintonía con las manifestaciones efectuadas por todos los Facultativos de las múltiples especialidades en sus informes elaborados al unísono con la evolución de la paciente) en que la causa del desafortunado fallecimiento fue la aparición del Síndrome de HELLP, lo que vendría, en cualquier caso, a romper el nexo de causalidad que se pudiera imputar a una posible mala práctica en las decisiones y actos médicos hasta llegar a la culminación del parto. Es decir, en ningún supuesto, el desgraciado resultado tendría como causa las prácticas médicas, inherentes a la atención prestada a la paciente durante el parto y la cesárea.

**4.** Imputa también el reclamante el daño producido, a la demora que, a su entender, se produjo en la atención prestada a su esposa, tras haber iniciado un sangrado abundante al poco tiempo de ingresar en planta, pese a los requerimientos del reclamante para que se prestara atención a tal situación.

Ya se ha indicado cómo, ante la ausencia de notas en la historia clínica de la paciente desde su ingreso en planta (14:00 horas) hasta las 18:00 horas, ambas del día 6 de marzo de 2016, la Inspección médica, antes de elaborar su informe, solicitó que se completase el expediente mediante información sobre lo acaecido en ese periodo de tiempo, constando nota informativa de D<sup>a</sup> M.C.R.G. (Enfermera en la planta del Servicio de Obstetricia que desarrolló tu turno en tal periodo y, como tal, encargada de atender a la paciente), en la que hace constar que no procedió a incorporar notas por cuanto, en las visitas de supervisión que efectuó, su estado era de normalidad, hasta que, transcurrido un tiempo, observó sangrado vaginal, avisando entonces al Ginecólogo de guardia para que valorase a la paciente, lo que se llevó a efecto; circunstancia esta última, recogida en la nota de la historia clínica, que establece como “*fecha de creación: 05-mar-2016, 18:25*”.

5. Es decir, la atención fue en todo momento correcta. No por ello se ha de dejar de señalar que todos los técnicos intervinientes (Facultativos, Inspección médica, Perito médico de la Aseguradora e incluso el Médico forense) convienen en considerar como causa del desafortunado fallecimiento, el Síndrome de HELLP, respecto del cual hay unanimidad en el expediente en que: i) constituye una patología cuyos síntomas pueden no aparecer, y su presencia en el postparto se considera que va asociada a casos muy graves; ii) su sintomatología, de forma especial cuando se produce en el post parto, presenta contornos muy difusos, e incluso de difícil clasificación, ya que es coincidente con otras patologías, en unos supuestos, totalmente; y, en otros, de forma parcial; iii) no existe un tratamiento específico, y la única actuación que procede, para intentar superarla, es el mantener la estabilidad de todos los órganos y funciones del enfermo hasta que ceda el cuadro de forma espontánea.

6. Lógicamente, este Consejo, siendo profano Medicina, ha de obtener sus criterios y conclusiones de los datos que obren en el expediente, de los que, en lo que a este caso concreto se refiere, hemos de concluir que no se ha incurrido en infracción de la *lex artis ad hoc* y no existe relación de causalidad entre las asistencias médicas prestadas, ni se ha incurrido en actuaciones negligentes de las que pudiera derivarse la triste consecuencia del fallecimiento de la esposa y madre de los reclamantes.

Queda, no obstante, la duda, a este Consejo (porque no se ha efectuado la correspondiente probanza en el expediente) de si, en la fase anterior al parto (es decir, con ocasión de las pruebas médicas que deben realizarse, en la fase de gestación, antes de decidir la realización de una cesárea) debería haberse detectado el riesgo inherente al Síndrome de HELLP que padecía la paciente.

## CONCLUSIONES

### Única

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta por no concurrir criterio positivo alguno de imputación de responsabilidad patrimonial a los Servicios públicos sanitarios, al haberse ajustado su actuación a la *lex artis ad hoc*.



Este es el Dictamen emitido por el Consejo Consultivo de La Rioja que, para su remisión conforme a lo establecido en el artículo 53.1 de su Reglamento, aprobado por Decreto 8/2002, de 24 de enero, expido en el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.

EL PRESIDENTE DEL CONSEJO CONSULTIVO

Joaquín Espert y Pérez-Caballero