

Expediente: 33/2023

Objeto: Responsabilidad patrimonial de la Administración Foral de Navarra por asistencia sanitaria.

Dictamen: 39/2023, de 22 de diciembre

DICTAMEN

En Pamplona, a 22 de diciembre de 2023,

el Consejo de Navarra, integrado por don Alfredo Irujo Andueza, Presidente; don Hugo López López, Consejero-Secretario; doña María Ángeles Egusquiza Balmaseda, don José Luis Goñi Sein, y don José Iruretagoyena Aldaz, Consejera y Consejeros,

siendo ponente don José Iruretagoyena Aldaz,

emite por unanimidad el siguiente dictamen:

I. ANTECEDENTES

I.1ª. Consulta

El día 10 de noviembre de 2023 tuvo entrada en este Consejo de Navarra un escrito de la Presidenta de la Comunidad Foral de Navarra en el que, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 15.1, en relación con el artículo 14.1 de la Ley Foral 8/2016, de 9 de junio, sobre el Consejo de Navarra (en lo sucesivo, LFCN), se recaba la emisión de dictamen preceptivo sobre la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por doña... por presuntos daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios públicos en relación con las lesiones sufridas durante el parto y periodo puerperal.

La solicitud de dictamen se acompaña del expediente administrativo tramitado como consecuencia de la indicada reclamación, incluyendo propuesta de resolución del Director General del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea desestimando la reclamación formulada.

I.2ª. La reclamación de responsabilidad patrimonial formulada

El 23 de junio de 2023, a través del Registro Electrónico, doña... (en lo sucesivo, la reclamante o la paciente) formula, ante el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (en adelante, SNS-O), reclamación de responsabilidad patrimonial en solicitud de que se le indemnice con la cantidad de tres millones doscientos catorce mil cuatrocientos sesenta euros con noventa y siete céntimos de euro (3.214.460,97€), más intereses, por los daños y perjuicios que entiende se le han causado como consecuencia de una indebida atención de los servicios médicos del SNS-O, durante el parto y el periodo puerperal.

La reclamante, médico nefróloga de profesión, expone que el 9 de febrero de 2020 fue atendida por el Servicio de Obstetricia del ..., perteneciente al Servicio Navarro de Salud. Durante el parto presentó «un cuadro de hematoma post indicación de la obstetra de empujar, sin haber dilatado lo suficiente, para lo que se indicó, por el facultativo que le atendió, un tratamiento de hielo aplicado en sus genitales externos, que puede constituir vía de contagio y transmisión infecciosa; así como desgarro vaginal, tipo 1 posparto, que no se suturó por parte del personal facultativo del centro hospitalario, lo cual no es incorrecto al tratarse de un criterio asistencial aceptable, pero exige un mayor control post operatorio, que en su caso no se materializó debidamente».

La reclamación continúa indicando que el 11 de febrero de 2020, todavía ingresada, presentó febrícula, a pesar de tener pautados paracetamol y celebrex. Al día siguiente, el 12 de febrero de 2020, todavía bajo ingreso hospitalario, presentó un cuadro clínico de tiritona y fiebre de 40°C, tras el examen Ginecólogo previo al alta hospitalaria. Al observar que ascendía su temperatura corporal y aumentaba su malestar avisó a la enfermera de planta indicándole, en su condición de médico, que sería necesaria la realización de pruebas complementarias al poder deberse el aumento de la fiebre a una sepsis de origen ginecológico. La enfermera avisó al ginecólogo quien la exploró y, sin realizar prueba médica alguna, le diagnosticó una gripe, prescribiendo como tratamiento paracetamol, dándole el alta hospitalaria ese mismo día. Expone que no se pidió por el facultativo

prueba médica diagnóstica de carácter complementario que pudiera coadyuvar a valorar o, en su caso, descartar cualquier otro tipo de infección ante tan elevada temperatura corporal, entendiendo que existían síntomas claros de fallo hepático, como era el hecho de que tuviera la piel de color amarillento, y tampoco se le tomó la tensión arterial que puede ser otro signo identificador de sepsis grave, dándole el alta con un diagnóstico desacertado y una clara actitud negligente.

El 15 de febrero de 2020, sobre las 8:00 de la mañana, fue trasladada de urgencia al ..., al presentar oligonuria objetivándose, tras al correspondiente ingreso, la existencia de un fallo multiorgánico, realizándole la prueba de la gripe con resultado negativo. Se solicitó valoración ginecológica y esa unidad hospitalaria indicó la no presencia de puntos de necrosis, informando que no era nada que tuviera que ver con ginecología, aunque la reclamante entiende que, no habiendo transcurrido más que tres días desde la fecha del parto, era notoria la existencia de una urgencia ginecológica que, al menos, debía ser descartada tras exploración urgente y precisa, máxime, existiendo signos evidentes de shock tóxico en puerperio y en el contexto de una crisis séptica con fallo multiorgánico que exige un control exhaustivo y precoz. Es más, indica la reclamante que, en ese momento fue ingresada en la UCI de urgencias, informando desde ese departamento que su patología tenía origen ginecológico evidente, avisando al ginecólogo de guardia quien, tras reconocer a la paciente, expresó verbalmente la existencia de «puntos necróticos en los genitales externos», siendo trasladada a quirófano donde se procedió a «desbridar las úlceras vulvares (labios menores, pliegues del clítoris, etc.), indicando que existía una úlcera necrosada redondeada sobre puntos previos de sutura a nivel de rafe vaginal, calificando dicha úlcera como el punto de origen de la infección padecida».

Se indica que la paciente fue diagnosticada de «fascitis necrotizante puerperal, shock séptico secundario a bacteriemia por streptococcus pyogenes -comúnmente conocida como bacteria come carne- de origen ginecológico puerperal y disfunción multiorgánica: hemodinámica, respiratoria, renal Akin III (anúrica), metabólica-hepática; y coagulopatía». Tras el diagnóstico, se informa a su marido, también médico, y a sus

familiares, del mal pronóstico de las lesiones existentes con alta posibilidad de muerte y de no llegar con vida al ... en Pamplona, pudiendo fallecer durante el traslado en ambulancia.

La reclamación continúa indicando que antes del traslado a Pamplona, en el ..., se le colocó una vía de monitorización arterial en la extremidad inferior derecha que, posteriormente, como se detallará, fue objeto de amputación, al ser tal monitorización a todas luces incorrecta por cuanto que podía haberse efectuado en un vaso sanguíneo de menor tamaño.

El 16 de febrero de 2020 se objetivó en microbiología streptococcus pyogenes beta hemofílico del grupo A, en tejido que se envió del quirófano de ... al laboratorio, lo que es indicativo de que los resultados de las pruebas recogidas en el tiempo debido habrían evitado el fatal desenlace derivado del retraso de un acertado diagnóstico. El 17 de febrero de 2020, en el ..., se practicó a la reclamante una extensa cirugía, con mutilación de periné, aproximadamente dos terceras partes de la vagina, de las dos trompas de Falopio, del ovario derecho y de cinco centímetros de cadera derecha; además, desde Urología se quitó la piel de la uretra. El 18 de febrero de 2020 desde la UCI realizan interconsulta con carácter urgente a Cirugía Vasculuar tras apreciar su marido evidentes signos de necrosis en el pie derecho; es decir, en la extremidad en la que se le practicó la vía arterial para monitorización, no observándose por la doctora que la visitó la existencia de ningún trombo a pesar de la ausencia de pulso. El 19 de febrero de 2020 en la UCI, se solicitó la realización de Angio TAC en el que se comprobó la existencia de un trombo arterial por lo que se le realizó trombectomía femoral derecha, más fasciotomías abiertas en EID de compartimento TA y TP con herniación muscular de ambos.

El 28 de febrero de 2020 se le realizó nueva intervención quirúrgica por sangrado persistente, revisando el punto o puntos de origen, realizando exéresis de tejido subcutáneo del monte de Venus, objetivando falta de continuidad en la piel de la línea media, lo que condiciona que, tras la reconstrucción de neovagina, posteriormente practicada, se pierda la línea media de su cuerpo con desviación de tres centímetros a la izquierda. Como consecuencia de todas las lesiones descritas y atendiendo al mal estado de

evolución y a la gravedad de las mismas, así como la necrosis de parte de la extremidad inferior derecha, a la reclamante se le ofrece practicar una amputación de tal extremidad por encima de la rodilla, para lo que tuvo que prestar su consentimiento, realizándose tal amputación el 18 de marzo de 2020.

La reclamante refiere una estancia en la UCI de treinta y tres días con «polineuropatía del paciente crónico y con intubación orotraqueal para ventilación mecánica y hemodiálisis». Igualmente, indica que «precisó reconstrucción de periné y neovagina, con ambos grácilis y pliegues cutáneos de ambos glúteos con escapes involuntarios de heces y orina. La reconstrucción de la neo vagina con desviación afecta especialmente a personas con amputación de pierna por encima de la rodilla, lo que le obliga a tener que desplazarse con muletas afectando a su calidad de vida. Durante la rehabilitación se le produjo estrés con rotura de cadera, cuya deriva desfavorable ha conllevado que no pueda encajarse la prótesis que adquirió y precisa para desplazarse de silla de ruedas. El traumatólogo al que acude en Madrid le ha prescrito una prótesis electrónica y en la ... le han recomendado colocación de prótesis total de cadera izquierda».

La reclamante entiende que todos estos padecimientos tienen relación de causalidad con el actuar negligente del personal facultativo el 9 de febrero de 2020 tras el parto de su segundo hijo, sufriendo una infección puerperal, desarrollando un cuadro de sepsis y múltiples complicaciones por shock séptico con una evolución compleja, con importantísimas secuelas que ahora presenta a nivel psico emocional, del aparato genito-urinario, sexual y reproductivo, además de otras patologías de la especialidad de traumatología y amputación de miembro inferior, habiendo requerido tratamientos asistenciales médico farmacológicos, hasta ocho cirugías y tratamientos rehabilitadores, psicoterapéuticos, manteniendo en la actualidad múltiples tratamientos.

La reclamante especifica una serie de cuadros clínicos que ha sufrido como consecuencia de la negligente actuación de los servicios médicos: «shock séptico refractario secundario a bacteriemia por streptococcus pyogenes de origen ginecológico puerperal; fascitis necrotizante puerperal;

desbridamiento perineal vía vaginal con vulvectomía total simple; colpectomía parcial distal e histerectomía total con anexectomía derecha y salpinguectomía izquierda por vía laparotomía; extirpación de dos paquetes cutáneos anales; extirpación de piel y tejido celular subcutáneo en región perineal derecha y cadera derecha; exéresis con lesiones a nivel anal; exéresis con lesiones a nivel de cadera derecha; resección de vulva y vagina, amputación supracondílea de extremidad inferior derecha; síndrome del miembro fantasma; tendinitis; pata ganso rodilla izquierda; fractura subcapital fémur izquierdo traumática; necrosis vascular de ambas caderas; fractura subcapital por estrés de cadera izquierda; gonalgia; sobrecarga mecánica; artropatía acromioclavicular izquierda; omalgia bilateral; disfunción multiorgánica, hemodinámica, respiratoria, renal, metabólica hepática y coagulopatía, y shock hemorrágico por coagulopatía y trombopenia; fibrilación auricular rápida; miocardiopatía séptica; STR compartimental; fasciotomía abiertas EID y colitis de origen isquémico».

La paciente expone las dificultades que todas estas patologías le están suponiendo para poder caminar y pormenoriza las afecciones genitourinarias que conllevan: amputación del periné, dos terceras partes de la vagina, ambas trompas de Falopio, ovario derecho y cinco centímetros de cadera derecha. La neo vagina tiene una longitud de siete centímetros y un introito de siete centímetros lo que equivale a la de una niña menor que le impide mantener relaciones sexuales, carece de sensibilidad en los restos de sus aparatos genitales. Imposibilidad para tener más hijos, nulidad hormonal que equivale a menopausia precoz, alteración uretral con desvío de la línea media tras la reconstrucción de parte de la cirugía plástica, desviándose el chorro al orinar e infecciones de neovagina por candida y otros hongos.

En el orden psicológico, la reclamante manifiesta padecer trastorno adaptativo mixto ansioso depresivo reactivo a patología orgánica. Especifica perjuicios estéticos por cicatrices a nivel perineal, glúteos, extremidades inferiores y aparato genital, que revisten la consideración de muy graves, así como cicatrices en brazos, cuello, boca y abdomen.

En definitiva, conforme a los baremos de la Ley 35/2015, las secuelas psicofísicas concurrentes padecidas por la reclamante serían encuadrables en las siguientes categorías: cardiopatía; incontinencia urinaria; amputación de miembro inferior derecho; dolor neuropático; miembro fantasma; neuropatía cubital; condropatía izquierda; lesiones vulvares y vaginales que dificultan o imposibilitan el coito; pérdida de capacidad sexual; trastornos permanentes del humor; trastorno depresivo mayor orgánico grave; necrosis avascular derecha; necrosis avascular izquierda y perjuicio estético muy importante.

Reitera que precisa la implantación de una prótesis en la extremidad inferior derecha de por vida y, teniendo en cuenta su edad, la esperanza de vida y la vida media útil de cada prótesis, estima que requerirá un mínimo de once prótesis a lo largo de su vida, más los elementos del muñón, que valora en un total de 804.827 €.

La reclamación expone que las consecuencias derivadas de la negligencia médica han afectado también a su marido, que ha sufrido un impacto psicológico por las lesiones que presenta su esposa, generando una depresión reactiva con tratamiento psiquiátrico y antidepresivo. Su hijo mayor ha sufrido un cuadro clínico de depresión reactiva, temblores musculares, pesadillas recurrentes y enuresis diurna a raíz de la situación de su madre, y su hija menor se ha visto privada de los cuidados de sus padres, sobre todo de su madre, y la situación derivada desde su nacimiento le producirá conflictos emocionales que requerirá del apoyo de salud mental infantil. También especifica daños emocionales en su madre y en su hermana, perjuicios todos ellos que imputa al mal funcionamiento de los servicios médicos del Servicio Navarro de Salud.

En cuanto a la fundamentación jurídica, la reclamación expone que se presenta por persona legitimada y dentro del plazo legalmente establecido para ello, al entender que la estabilización lesional se produjo cuando se le dió de alta de la última cirugía a la que fue sometida para la reconstrucción vaginal en la ...

En cuanto al fondo, estima que concurren los requisitos legalmente exigidos para la imputación de la responsabilidad a la Administración Pública, siendo evidente la existencia de un daño personal que se manifiesta en el cuadro de patologías que la reclamante padece; daños y perjuicios que derivan todos del funcionamiento del Servicio Navarro de Salud y, en concreto, del anormal funcionamiento caracterizado por una incorrecta praxis médica de los facultativos a su cargo con ocasión del parto de la reclamante en el Se indica que sufrió un hematoma perineal pre parto y un parto traumático con desgarro vaginal no suturado, padeciendo signos y síntomas evidentes de sufrimiento orgánico y funcional, con fiebre identificada en 40 °C, no considerándose los signos y síntomas presentes antes de otorgarle el alta médica y derivar a la paciente a su domicilio. Tampoco se realizó un tratamiento activo bajo un control exhaustivo que evitara riesgos y complicaciones, no se agilizaron ni se atendió, ni se respondió a las consultas realizadas con suficiente precocidad y preferencia, manteniéndose una actitud pasiva caracterizada por un retraso en el diagnóstico diferencial sobre tiritona y el origen de la fiebre y, por lo tanto, sin tratamientos específicos. No se aportaron medios diagnósticos precisos una vez manifestada la alta temperatura, indicando que una simple analítica de sangre y un cultivo hubiera podido diagnosticar con precisión la patología existente y haber permitido un tratamiento precoz específico y atinado. En definitiva, constata una infracción de los protocolos médicos como, por ejemplo, medir la temperatura en «post-tiritona», hacer un hemocultivo, realizar un control evolutivo y, sobre todo, que no se puede otorgar en estos casos el alta médica sin realizar dos mediciones de temperatura, teniendo fiebre en las seis horas inmediatamente anteriores. El diagnóstico resultó tardío e insuficiente, lo que causó que el desarrollo del proceso infeccioso diera lugar a una evolución sin control con un shock séptico refractario con afectación multiorgánica.

El daño sufrido por la reclamante se considera claramente antijurídico al no tener el deber legal de soportarlo y, del mismo modo, entiende clara la relación de causalidad entre la actividad administrativa y el daño sufrido. En ningún momento se valoró, tras el parto, la posible existencia de infección ginecológica, existiendo relación directa entre el parto, la puerta de entrada

a la bacteria, y la infección ginecológica que no se detectó hasta el 15 de febrero de 2020, a pesar de que los síntomas empezaron tras el parto el día 9 de ese mismo mes. En su opinión, la realidad clínica, a raíz de los signos y síntomas que presentaba, es que los protocolos médicos evidencian el descarte de infección ginecológica y la práctica de pruebas diagnósticas para detección de la misma al objeto de confirmar o descartar el padecimiento de una gripe y valorar o descartar una fiebre puerperal.

A continuación, la reclamación específica y cuantifica los daños que reclama de la forma siguiente:

Por perjuicio personal por pérdida temporal de calidad de vida: 60.272,83 €.

Por perjuicio personal particular consecuente a intervenciones quirúrgicas: 13.365,04 €.

Por perjuicio patrimonial efectivamente soportado (gastos farmacéuticos, renovación de licencia de conducir, asistencia sanitaria, ayudas técnicas, y desplazamientos, etc.): 65.467,14 €.

Por lucro cesante por salarios dejados de percibir durante el tiempo que estuvo en esta situación y hasta que fue reconocida la gran invalidez: 83.991,83€.

Por secuelas psicofísicas concurrentes: 420.114,12 €.

Por daños y perjuicios morales: 518.676,41 €.

Por perjuicio patrimonial por prótesis y otros complementos: 804.827 €.

Por gastos de rehabilitación y fisioterapia durante cuarenta y cuatro años: 268.764,32 €.

Por ayudas técnicas con una previsión de cuarenta y cuatro años: 111.636 €

Por incremento de costes de movilidad correspondiente al vehículo adaptado: 20.275 €.

Por ayuda de tercera persona: 847.071,28 €.

TOTAL: 3.214.460,97€.

El escrito de reclamación termina solicitando la apertura, en su momento procesal oportuno, de un periodo de prueba a fin de practicar las que se estimen oportunas en defensa de sus derechos.

I.3ª. Iniciación e instrucción del expediente

Mediante Resolución 19/2022, de 5 de agosto, de la Jefa del Servicio de Régimen Jurídico del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, se acordó admitir a trámite la reclamación, nombrar instructor del procedimiento, informar al interesado de los efectos que se pueden derivar de su reclamación con respecto al acceso a los datos de su historia clínica, informar del plazo máximo para notificar la resolución del procedimiento y de los efectos del silencio administrativo, a la vez que traslada la citada resolución al instructor y a la interesada.

Por parte del instructor se solicitó la aportación de la historia clínica en relación con los hechos que motivan la reclamación y la emisión de informes al Servicio de Obstetricia y Ginecología del ..., y a los Servicios de Cirugía Vasculard, Medicina Intensiva y Urología del ...

Obra en el expediente remitido una amplísima documentación que recoge la historia clínica de la reclamante y que, en términos generales, coincide con el relato manifestado en su reclamación, por lo que se omite su referencia pormenorizada al no considerarse cuestionada.

Informe de la Jefa del Servicio de Obstetricia y Ginecología del

«Informe en respuesta a la solicitud, de conformidad con el artículo 81 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, sobre la atención dispensada a doña... en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Area de Salud de ..., en relación con los hechos que se mencionan en la misma.

Con respecto a los antecedentes Obstétrico Ginecológicos de..., resaltar que ella aduce que no tiene ningún antecedente patológico, no siendo correcta dicha aseveración. En su primer embarazo sufrió preeclampsia grave (trastorno hipertensivo del embarazo), con ingreso

en UCI. Se trata de una de las complicaciones obstétricas más graves que se padecen durante el embarazo y posparto. Durante su segundo embarazo, los factores de riesgo fueron la edad mayor de 35 años, sobrepeso, cesárea anterior y diabetes gestacional que fue controlada con dieta.

Con respecto al día del parto, el ingreso se produjo la mañana del día 9/02/2022, iniciando la monitorización a las 10:17. El día del ingreso la paciente comentó, verbalmente, que estaba pasando un cuadro gripal, pero dicho dato no consta en historia clínica.

La evolución de la dilatación fue normal, llegando a dilatación completa a las 15:52 del mismo día. Así que no realizó ningún pujo sin dilatación completa, como se indica en el documento de la suscribiente.

Fue trasladada al paritorio a las 17:33. Realizó pujos hasta la salida fetal que sucedió a las 17:50 del mismo día. Fue un parto eutócico, no requirió episiotomía, y no presentó ningún desgarro que requiriera sutura. Tuvo un desgarro superficial de la piel, que no requiere sutura. Los desgarros de la piel se clasifican como tipo I, como así consta en la historia clínica.

A las 20:08 se le aplicó una compresa de hielo en el periné por presentar edema, es decir, inflamación, algo habitual tras el parto, considerando que el hielo es un antiinflamatorio muy efectivo y sin efectos secundarios.

El día 10 de febrero en el pase de visita no se objetiva ningún hematoma ni lesión perineal. La exploración clínica fue normal. Al igual que el día 11 de febrero, segundo día tras el parto.

El día 12 de febrero, antes del alta el facultativo recoge en la historia clínica que la paciente había tenido un pico febril y tiritona, relacionándolo con el cuadro gripal de varios días de evolución que nos había contado la paciente, con tos, dolor de garganta y mialgias. Realizó auscultación pulmonar, que fue normal, y una toma de saturación de oxígeno que fue del 98%, dentro de los parámetros de normalidad. Así que no es cierto que no se le realizara ninguna prueba médica como aduce la suscribiente. Aduce que no se le tomó la tensión. Consta en su historia clínica la toma de constantes del día 12 de febrero siendo la TA: 122/73, la temperatura 37.3 y la frecuencia cardiaca de 106.

El día 15 de febrero acudió a urgencias generales. Presentaba cuadro clínico grave compatible con shock séptico. Se hizo una interconsulta al Ginecólogo de guardia, que descarta endometritis como origen del cuadro infeccioso. En esa primera exploración ginecológica no se objetivaron lesiones en genitales externos. Se solicitan pruebas complementarias, y se coordinan para la atención el servicio de Urgencias, de Medicina Interna y de UCI.

Ya ingresada en la UCI la valoración ginecológica realizada a las 22:207, se objetiva la presencia de ulcera genital en cara interna de labios menores e introito vaginal. En el protocolo quirúrgico se describen como úlceras necróticas vulvares. En la intervención se realizó la desbridación y exéresis de dichas lesiones

El informe de alta en ... antes del traslado es de shock séptico. Fue trasladada el ... para continuar allí el tratamiento.

En cuanto a que el cultivo vaginal con resultado de streptococo, se podía haber realizado antes, como dice la suscribiente, añadir que no se hacen cultivos vaginales de forma habitual en el posparto. En su caso se hizo de una lesión ya visible durante el acto quirúrgico. Hasta ese momento no se habían visto lesiones perineales ni vaginales tras el parto.

En resumen, en cuanto la atención clínica en el Área de ...: Se trataba de una embarazada con varios factores de riesgo, y con diabetes gestacional durante el embarazo, con adecuado control. El parto fue eutócico, (sin instrumentar) y sin episiotomía, ni suturas.

En todo momento se siguieron las guías y protocolos médicos vigentes en la actualidad y según la evidencia científica. Tras la revisión detallada de la historia clínica no se ha objetivado ningún retraso en el diagnóstico ni en el inicio de los distintos tratamientos.

La enfermedad sufrida por la suscribiente es muy grave, y con alta mortalidad, a la vez que de muy rarísima aparición. No hay casos descritos en la literatura tras partos sin episiotomía, si alguno tras cesárea o con parto eutócico con episiotomía.

La fascitis necrosante es una infección poco común, rápidamente progresiva y de difícil diagnóstico en estadio temprano. Afecta la piel, tejido celular subcutáneo, fascia superficial y ocasionalmente la profunda, produce trombosis de la microcirculación subcutánea y necrosis hística con severa toxicidad sistémica. Tiene un curso fulminante y una tasa de mortalidad que oscila entre 33-60 %. Su diagnóstico se establece por exploración quirúrgica a lo largo del plano facial. Puede afectar a cualquier región anatómica del organismo, pero es más frecuente en las extremidades (casi siempre unilateral), abdomen y periné. Se observa con mayor frecuencia en invierno y en varones. La mitad de los pacientes refieren una herida previa en la piel y el 70 % tienen una o más enfermedades crónicas».

Informe del Servicio de Angiología y Cirugía Vascul ar del ... «La paciente ingresó en la UCI-A del ... con fecha 16/2/2020 por shock séptico refractario y síndrome de disfunción multiorgánica por fascitis necrotizante secundaria a S. pyogenes.

A su llegada a UCI precisa de noradrenalina a dosis máximas (hasta 2mcg/kg/min) procediéndose a monitorizar parámetros hemodinámicos con sistema PiCCO de inserción en arteria femoral derecha.

El 18/2 se nos realiza interconsulta para valoración por signos de isquemia en la extremidad inferior derecha realizándose cambio de sistema de monitorización PiCCO a la extremidad inferior izquierda.

A la exploración presentaba parcheado cianótico en dorso de pie derecho, zona plantar distal y dedos. Se realizó eco-doppler observando flujo en arteria femoral superficial sin datos de arteria ocupada por trombo pero sin flujo en su interior, dentro del contexto de shock séptico con necesidad de drogas vasoactivas a dosis altas por lo que se decide vigilancia estrecha y nueva valoración en caso de progresión de los datos de isquemia.

Sin cambios clínicos en la extremidad en las siguientes 24 horas; el 20/2 se aprecia empeoramiento del aspecto del pie con ausencia de pulso en la extremidad por lo que se realiza de manera urgente trombectomía femoral derecha y fasciotomías abiertas de las celdas tibial anterior (TA) y posterior (TP) con aspecto isquémico de musculatura de tibial anterior.

En días posteriores destaca discreta mejoría de la perfusión de los dedos pero persiste mal aspecto del paquete muscular tibial anterior.

El día 26/2/20 se procede a realizar revisión quirúrgica con apertura de fasciotomías previas observando paquetes musculares desvitalizados con isquemia establecida. Se reseca parcialmente musculo tibial anterior, gemelo medial y soleo. Posteriormente se ha seguido realizando curas diarias en UCI cerrando la fasciotomía medial el día 1/3/20 y con colocación de sistema VAC en fasciotomía de tibial anterior del 5/3/20 hasta el 7/3/20 que se retira definitivamente por no conseguir resultado esperado.

Mejoría progresiva del estado de la paciente presentando lesiones digitales secas, lesión en dorso de pie delimitada y mal aspecto de la musculatura en celda tibial anterior. De acuerdo con el Servicio de Cirugía Plástica se decide programar cirugía conjunta en vistas a valorar viabilidad de tejidos y posibilidad de realizar trasposiciones musculares que permitan mantener la viabilidad de la extremidad.

Hablado con la paciente y su familia se informa que en el caso de no viabilidad de los tejidos la única opción sería la amputación mayor de la extremidad, siendo aceptado por la paciente.

El 18/3/20 se realiza revisión quirúrgica observándose isquemia establecida en todos los grupos musculares a nivel de la pierna no siendo posible mantener viable la extremidad.

En el mismo acto quirúrgico y ante la irreversibilidad de las lesiones se explica de nuevo al marido de la paciente la necesidad de realizar amputación supracondilea estando conforme.

Evolución favorable de la amputación con seguimiento posterior en planta siendo alta con puntos y tras valoración por el S° de Rehabilitación e iniciada fisioterapia.

Tras el alta se realiza seguimiento en consulta presentando muñón bien consolidado refiriendo desde marzo del 2022 fecha en que se la ve en Urgencias cianosis y frialdad tras la retirada de la prótesis con pUI50 femoral presente. Aporta informe de otro centro donde se la realizado angioTC (...) que informe de permeabilidad vascular completa de miembros inferiores.

En la última revisión con fecha 26/5/22 no ha vuelto a presentar episodios de cianosis de muñón».

Informe del Servicio de Medicina Intensiva del ...

«Paciente ingresada en nuestro Servicio desde el 16/02/2020 hasta el 20/03/2020 procedente del ... con los siguientes diagnósticos y evolución:

✓ Ingreso en nuestro Servicio de Medicina Intensiva por shock séptico y disfunción multiorgánica en relación a fascitis necrotizante, lo que motivó por parte del Servicio de Ginecología revisiones quirúrgicas en diferentes momentos de su evolución mientras permanecía ingresada en la UCI/...

- Exéresis de necrosis superficiales.
- Desbridamiento perineal vía vaginal e histerectomía total con anexectomía derecha y salpingectomía izquierda.
- Extirpación de paquetes musculares anales con extirpación de piel y subcutánea (colaboración con Cirugía General).
- Valoración de uretra por parte de Urología en revisión quirúrgica por parte de Ginecología el 20/02/20.
- Hemostasia por parte de Ginecología del 05/03/20 así como asepsia de la herida quirúrgica el 09/03/20.
- Nueva intervención el 11/03 por parte de Ginecología para reconstrucción vaginal.

Curas diarias por dehiscencia perineal junto con Cirugía Plástica.

✓ Disfunción multiorgánica con afectación:

- Hemodinámica: shock mixto, séptico/cardiogénico por miocardiopatía séptica: insuficiencia mitral moderada e IT severa funcionales con disfunción biventricular leve-moderada). Intensa reacción inflamatoria

sistémica y shock en relación al germen inicial / *Streptococo Pyógenes*.

- Hematológica: Coagulopatía durante la evolución episodio de shock hemorrágico por coagulopatía y trombopenia, necesidad de transfusión masiva.

- Respiratoria: Ventilación mecánica prolongada con destete progresivo y retirada de la misma el día 11/03/2020.

- Renal AKIN III (anúrica), necesidad de soporte con técnicas de reemplazo renal continuas durante su evolución a dosis elevada en paciente con severa reacción inflamatoria sistémica de causa séptica/tóxica.

- Metabólica-hepática.

- ✓ Síndrome compartimental en EID: En contexto de shock grave, trombosis femoral derecha con trombectomía mecánica el 20/02 y fasciotomías, revisión de las mismas el 26/02/20 siendo necesaria la amputación supracondílea del MID el 18/03 por persistir cuadro inflamatorio sistémico y confirmarse en nueva revisión quirúrgica la isquemia establecida de los grupos musculares en dicha extremidad.

- ✓ Colitis de probable origen isquémico con buena evolución tras tratamiento conservador.

En el momento del alta, estabilidad hemodinámica y autonomía respiratoria sin necesidad de oxigenoterapia. Disfunción renal en práctica resolución con adecuado control volémico, electrolítico y del equilibrio ácido_base. Se retiró nutrición enteral, decidiendo iniciar dieta vía oral con suplementos proteicos asociados. Buen control glucémico. Se mantuvo tratamiento antibiótico hasta finalizar pauta, y sigue en tratamiento con parafina con intención de fluidificar las heces para su excreción vía sonda rectal.

Requirió tratamiento sedoanalgésico con clonidina, metadona y celecoxib a plantear su retirada progresiva en próximos días».

Informe del Servicio de Urología del ... De su contenido se transcriben los siguientes apartados:

«Paciente con antecedentes descritos previamente, es remitida a nuestro Servicio de Urología desde el sº de Ginecología tras las diferentes cirugías realizadas por presentar Síntomas del Tracto Urinario Inferior.

Es valorada por primera vez el 10/6/2020. Tras retirada Sonda vesical por sondaje prolongado presenta Infecciones de orina y existen dudas sobre si presenta residuo post-miccional

En ese momento refiere nicturia 2 veces con micciones escasas. Frecuencia miccional diurna: Normal. Chorro: Regadera con +/- presión.

Se realiza Ecografía Riñones normales. Vejiga con paredes lisas, detrusor no engrosado. Vol estimado 100 cc

Con todo ello se indican medidas higienico dietéticas para evitar infecciones y recuperación de hábitos miccionales».

Informe médico Pericial emitido por ...

Por parte de la aseguradora del SNS-O se aporta informe emitido por tres facultativos especialistas en Ginecología y Obstetricia y en Medicina Interna, en el que se analiza la reclamación, la historia clínica de la paciente, la atención suministrada por los facultativos del SNS-O y exponen su valoración sobre el cumplimiento de la lex artis.

De su extenso informe, se transcriben aquellos aspectos que se consideran de mayor interés a efectos de valorar la actuación de los profesionales sanitarios en relación con la atención a la reclamante que motivan la presente reclamación de responsabilidad patrimonial:

«IV.- ANÁLISIS DE LA PRÁCTICA MEDICA

Primera: Consideraciones sobre la asistencia al parto y puerperio inmediato.

(...) El trabajo de parto evolucionó desde las 10:19 horas del día **9 de febrero del 2020**, que ingresó la paciente hasta las 17:50 horas que se produce el nacimiento. La rotura de la bolsa fue dirigida y con líquido amniótico claro. El parto fue normal (no instrumentalizado) y alumbramiento espontaneo. No se describen desgarros graves del canal del parto, solo un desgarro grado I superficial; sin necesidad de episiotomía.

En la demanda, se menciona que la paciente presentó un cuadro de "hematoma post-indicación de la obstetra de empujar sin haber dilatado lo suficiente", para lo cual se indicó hielo aplicado en los genitales externos, "lo cual puede constituir una vía de contagio y/o transmisión infecciosa". Merece la pena resaltar que éste no es un mecanismo de contagio o transmisión conocida. Como se ha indicado en el apartado de consideraciones médicas, el *Streptococcus pyogenes* habita en la piel y en la faringe de individuos colonizados, por lo que lo más plausible es que ya estuviera en su superficie cutánea previamente. La única salvedad es que se le hubiera atendido

el parto por una persona sin guantes, lo cual no ocurre nunca, o se le tosiera en esa zona, lo cual tampoco ocurre nunca, pues el personal asistencial siempre lleva mascarilla quirúrgica en quirófano.

La paciente permaneció ingresada durante 3 días en el postparto inmediato, con valoración médica diaria y de enfermería por turno. La paciente fue controlada y explorada sin encontrar patología, por lo que resulta incorrecto afirmar que el control postoperatorio no se materializó debidamente. El 12 de febrero, 3º día postparto se anota en el evolutivo médico que la exploración vaginal era normal, sin signos infecciosos del desgarramiento perineal superficial que presentaba; y que fue el origen del shock tóxico que sufrió la paciente.

La paciente presentó previo al alta un episodio de tiritona y subida de temperatura de hasta 40º. Parece que fue un único pico de fiebre que presentó, pues en el evolutivo de enfermería de ese día se anota una temperatura de 37,3ºC.

El médico que valoró a la paciente anota: "Ya estaba arrastrando un cuadro viral leve con tos, dolor de garganta y dolorimiento generalizado. Y con unas décimas de temperatura ayer. La auscultación pulmonar es de murmullo vesicular normal. No se aprecian ruidos patológicos. Satura bien, 98% JC Puérpera + Gripe

Comentado el caso con Pediatría recomiendan seguir con lactancia, mantener en lo posible medidas higiénicas (mascarilla, lavado de manos antes y después de tocar al bebé, ...) y puede irse a casa, aunque es advertida que, si el bebé empieza con cuadro catarral o fiebre, deberá traerlo. Ponemos Perfalgan iv y puede después irse a casa con Paracetamol 1gr oral cada 8 h.

El hallazgo de un pico febril aislado con tiritona en el contexto de una infección vírica con tos y dolor de garganta, siendo la exploración ginecológica normal ese mismo día, hizo sospechar al médico en un proceso vírico banal. El doctor le realizó una auscultación pulmonar que resultó normal para descartar una neumonía y le dio consejo para cuidado del bebé tras hablar con los pediatras. Además, la paciente no presentaba otros signos clínicos de infección como: útero involucionado y doloroso, loquios malolientes o signos de infección en el desgarramiento vaginal; dado que la exploración ginecológica al alta fue normal. En ningún momento se describe, ni previo al alta tras el parto, ni tampoco cuando ingresa por urgencias con el cuadro que a la postre resultaría una fascitis necrotizante, la presencia de coloración amarillenta de la piel, por lo que es incorrecto afirmar que ya previo al alta el día 12 de febrero existían claros signos de fallo hepático, como tampoco había ningún indicio de sepsis en aquel momento.

El puerperio inmediato de la paciente, los días que permaneció en el ..., fue normal, sin signos de alarma que pudieran alertar sobre la evolución posterior de la paciente. Presentó un pico febril con tiritona

que se atribuyó a un proceso viral dada la presencia de tos y dolor de garganta con auscultación pulmonar normal, así como a la ausencia de otros signos de infección. A la paciente se le realizaron las exploraciones y pruebas habituales tras un parto normal, por lo que la paciente fue dada de alta con las indicaciones habituales.

- Segunda: Sepsis puerperal y SINDROME DE SHOCK TOXICO POR STREPTOCOCCUS PYOGENES

El día 15 de febrero del 2020, sexto día postparto y tras 3 días de alta hospitalaria, la paciente acudió al Servicio de Urgencias del Presentaba fiebre, astenia, hiporexia dolor abdominal, tres deposiciones diarreicas, oliguria, odinofagia y tos leve. No refiere dolor en la zona del desgarramiento perineal tras el parto y que fue el origen de la sepsis puerperal. Refiere que la pareja presenta un síndrome gripal actual.

A su llegada a Urgencias, se encontraba hipotensa (90/50 mmHg) y taquicárdica (135 lpm), por lo que se inicia reposición con volumen y por sospecha de infección puerperal, se solicita valoración por Ginecología. Se realiza exploración ginecológica inicial y ecografía pélvica sin alteraciones significativas.

Durante su estancia en Urgencias se realizó despistaje integral de infecciones, realizándose TAC body, que informó de la presencia de edema intersticial pulmonar (inflamatorio-infeccioso) y líquido intraabdominal en leve cuantía, sin mencionar hallazgos pélvicos reseñables, e iniciándose antibioterapia empírica con piperacilina/tazobactam, pues la sospecha era la presencia de un cuadro séptico.

Por persistencia de hipotensión y taquicardia a pesar de reposición con volumen, así como por el hallazgo de acidosis láctica y signos ecográficos de edema pulmonar intersticial, se decide ingreso en UCI para monitorización y tratamiento.

Inicialmente no queda claro el foco infeccioso. Se investigó patología de origen urinario, patología hepática puerperal +/- variantes de preeclampsia, pero no cumplía criterios para ninguna. Por toma constante de paracetamol en los últimos días, se solicitan niveles para descartar toxicidad hepática. También se planteó un SDRA (Síndrome de distrés respiratorio del adulto) vs sobrecarga de volumen en relación con aumento de la permeabilidad propia de los estados puerperales. Revisando el cuadro clínico y los hallazgos en conjunto con ginecología, no les queda claro tampoco etiología del cuadro. Se revisa nuevamente el TC sin evidencia de gas ni de alteraciones significativas a nivel de pubis (la paciente no se ha quejado de dolor vulvar). Todo el despistaje inicial realizado fue correcto y diligente, ajustado a la lex artis.

Ante sospecha de infección de origen ginecológico se decide hacer

nueva revisión ginecológica con intención de tomar muestra de herida quirúrgica; a la exploración física se evidencian **ulceras necróticas en labios menores e introito que previamente no se evidenciaban**, destacando la evolución rápida y cambiante (exploración ginecológica normal a las 13h y zonas de necrosis a las 2h). Con estos hallazgos se decide realizar limpieza quirúrgica, ampliándose la cobertura antibiótica. Se le informa a familiar de la gravedad del cuadro clínico y tras empeoramiento clínico se decide traslado al

En la demanda se menciona que el día 16 de febrero se recibieron los resultados microbiológicos de las muestras de la limpieza quirúrgica realizada en ... en donde se objetivó el *Streptococcus pyogenes*, manifestando que ello es indicativo de que los resultados de pruebas recogidas en el tiempo debido habrían evitado el fatal desenlace derivado del retraso de un acertado diagnóstico". Sin embargo, esta afirmación no se sustenta con lo acontecido: 1) la paciente no refería dolor vulvar, siendo este el primer síntoma de sospecha de una fascitis necrotizante, lo que alejaba la sospecha diagnóstica; 2) Hubo un seguimiento ginecológico constante, tanto previo al alta el 12 de febrero, donde la exploración ginecológica era normal, como al ingreso por urgencias el día 15, donde se realizó tanto una exploración ginecológica como una ecografía pélvica, siendo todo ello y en todo momento normal, lo que alejaba la sospecha diagnóstica. Por todo ello, no hubo un mejor momento, o un momento anterior para recoger las muestras: se recogieron en el momento debido, que es cuando se evidenciaron alteraciones ginecológicas. Nótese que hubo un cambio en la exploración física en el transcurso de horas. Como se ha manifestado en el apartado de consideraciones médicas, hasta un 70% de los casos no consiguen diagnosticarse en fases tempranas, más si cabe si la presentación clínica es atípica al no haber dolor.

Ya en el ..., las primeras horas de ingreso en UCI estuvieron condicionadas por **shock séptico refractario y síndrome de disfunción multiorgánica por fascitis necrotizante por S. Pyogenes** (aislamiento en frotis en herida ginecológica) a pesar de tratamiento etiológico y de resucitación agresivo, así como quirúrgico por parte de Ginecología, quienes realizaron exéresis de necrosis superficiales.

Dada la mala evolución clínica, el 17 de febrero se realizó un desbridamiento perineal con vulvectomía total simple, histerectomía total, anexectomía derecha y salpinguectomía izquierda, así como extirpación de dos paquetes mucocutáneos anales y piel y tejido celular subcutáneo en región perineal derecha y en cadera derecha. Es característico en este tipo de infecciones la necesidad de realización de múltiples cirugías, que deben ser muy agresivas, precisando de extirpación de grandes cantidades de tejido incluso sano, para asegurar la eliminación de todo tejido infectado y/o desvitalizado. Así

pues, tras realizarse seguimiento periódico exhaustivo por parte de Ginecología, volvió a ser intervenida el 20 de febrero, reseccándose nuevas áreas de tejido.

Paralelamente al curso infeccioso, presentó otra serie de complicaciones asociadas a la estancia en UCI en el contexto de una enfermedad grave que condiciona una hipoperfusión orgánica y tisular con requerimiento de drogas vasoactivas:

- Ventilación mecánica prolongada en el contexto del cuadro grave.
- Miocardiopatía séptica con valvulopatía mitral moderada y tricuspídea grave, con disfunción biventricular moderada, que precisó de tratamiento con drogas vasoactivas e inotrópicas.
- Fracaso renal agudo AKIN III que precisó de tratamiento renal sustitutivo.
- Isquemia distal en la extremidad inferior derecha secundaria a oclusión de la arteria femoral que precisa de trombectomía femoral derecha (20 de febrero) y fasciotomías abiertas en dicha extremidad secundarias a síndrome compartimental a consecuencia de lo anterior. Resección de paquetes musculares desvitalizados (26 de febrero) por isquemia establecida, con posterior requerimiento de amputación supracondílea por objetivarse isquemia establecida de todos los paquetes musculares y extremidad no viable (18 de marzo)
- Hematoma pararectal derecho que terminó precisando de drenaje quirúrgico por plantear dudas con la presencia de un absceso.
- Sucesivas intervenciones quirúrgicas con intención de reconstrucción de neovagina por parte de Cirugía Plástica, con dehiscencia de sutura, que requirió curas continuas.
- Infección del tracto urinario

En relación con algunas de estas complicaciones, en la demanda se mencionan algunos aspectos que merece la pena comentar.

1. La demandante manifiesta: “el 16 de febrero de 2020 se colocó a la suscribiente una vía de monitorización arterial en la extremidad inferior derecha que, posteriormente, como debidamente se detallará, fue objeto de amputación, siendo tal monitorización a todas luces incorrecta, por cuanto podía haberse efectuado en un vaso de menor tamaño”.

Dicha afirmación es capciosa. La arteria femoral es un vaso que habitualmente se canaliza para la monitorización arterial, por lo que su elección no es incorrecta. La arteria femoral, junto con la

arteria radial, suman el 90% de las arterias canalizadas para monitorización. La trombosis no se produjo por haberse elegido la arteria femoral, sino por condiciones intrínsecas de la paciente y de la propia técnica de monitorización. De haberse elegido otra arteria diferente (arteria radial), ésta habría tenido las mismas probabilidades de presentar la misma complicación.

2. La demandante manifiesta: “la Dra..., quien parece ser que no vio ningún trombo arterial [...] no pidió ninguna prueba ni vio el trombo, y la Dra..., que soltó el trombo, no insistió en las pruebas a realizar por parte de la UCI [...]”. No es relevante qué médico solicitara una determinada prueba, o qué médico se percatara no de la presencia de un trombo. Lo que es relevante es que en el momento en el que hubo sospecha de una determinada patología se actuara en consecuencia. Así, el 18 de febrero, la Dra... (UCI) solicitó una interconsulta a Cirugía Vascul. La Dra... (Cirugía Vascul) realizó ecografía, no apreciando signos de trombosis, sino ausencia de flujo que puso en el contexto de situación de shock y empleo de drogas vasoactivas. La ecografía es una técnica muy fiable para detectar la presencia de trombos. El día 20 de febrero, ante progresión clínica, se solicitó (desde la UCI, quienes eran los médicos a cargo del paciente), un angioTC, que en este momento sí confirmó la presencia de un trombo, y tras ello, se realizó trombectomía de manera inmediata. Desafortunadamente, a la larga el resultado no sería satisfactorio.

Esta paciente presentó una sepsis puerperal y un SINDROME DE SHOCK TOXICO POR ESTREPTOCOCO PYOGENES, con microangiopatía de origen trombótico séptico secundaria, que afectó a periné y a miembro inferior derecho. Dicho cuadro presenta una gravedad altísima, con unas tasas de mortalidad exorbitantes, que alcanzan hasta el 50% en algunas series, o incluso más, en función de qué órganos se afecten. Con intención de mejorar el pronóstico y salvar la vida, es precisa una actitud quirúrgica agresiva y rápida, a menudo reiterada, que acaba ocasionando graves secuelas en aquellos pacientes que sobreviven. A la paciente se le intervino en menos de 24h tras acudir a urgencias en el ..., lo que probablemente le salvara la vida, a pesar de lo cual tuvo que ser reintervenida en varias ocasiones con posterioridad.

El origen del foco sin duda alguna tiene que ver con el parto y con el estado de inmunosupresión habitual de la gestante. Puede aparecer aunque la actuación médica fuera correcta, pues el parto por sí mismo es un fenómeno con riesgo infeccioso intrínseco: rotura de la bolsa con colonización de útero por bacterias vaginales, desgarros y analgesia epidural; y el *Streptococcus pyogenes* coloniza la piel de manera

habitual, pudiendo entrar a través de heridas abiertas (desgarros) e incluso sin herida aparente. La característica de este cuadro de fascitis necrotizante y síndrome de shock tóxico es la rápida y fulminante evolución con la que aparece.

Fue imposible diagnosticar esta grave sepsis durante el ingreso en el postparto inmediato en el ..., pues se manifestó posteriormente. Esta grave situación se desarrolla de una manera rápida y fulminante, pudiendo ser letal en cuestión de horas. La causa la misma es una bacteria, el Streptococcus pyogenes, que puede encontrarse de manera normal en la piel o en la garganta y en determinadas circunstancias ocasionar dicha infección (sepsis), liberando así mismo una toxina que produce un cuadro a menudo mortal. No se relaciona con falta de asepsia durante el parto y ocurre a pesar de la actuación diligente de los profesionales sanitarios. Su tratamiento exige una aproximación quirúrgica muy agresiva que a menudo deja graves secuelas a los supervivientes.

V.- CONCLUSIONES GENERALES

Ante lo anteriormente expuesto y a criterio de estos peritos, pueden enumerarse las siguientes conclusiones:

Primera: El parto de la paciente fue normal, con desgarro de 1º grado (superficial) y sin factores de riesgo de sepsis puerperal. El puerperio inmediato de la paciente fue normal, sin signos de alarma que pudieran alertar sobre la evolución posterior de la paciente. Presentó un pico febril que se atribuyó a un proceso vírico, tras descartar patología pulmonar y con resto de exploración ginecológica normal.

Segunda: Tres días tras el alta hospitalaria, la paciente desarrolló una sepsis por *Streptococcus pyogenes* con aparición de shock tóxico que precisó de múltiples y agresivas cirugías. Este cuadro clínico se presenta de manera rápida y fulminante, sin signos previos de prevención, y con riesgo vital.

Tercera: El proceso que la paciente ha sufrido, sin ser frecuente, es gravísimo e inevitable, con una tasa de mortalidad muy importante. No se podía haber hecho nada más que lo que se hizo para impedir la progresión del cuadro.

VI.- CONCLUSION

La actuación médica del Servicio de Obstetricia del ... ha sido acorde a la Lex Artis».

Trámite de audiencia

El 21 de diciembre de 2022, el instructor del expediente acuerda la remisión a la reclamante de las actuaciones practicadas en la fase de

instrucción (historia clínica, informe del Servicios de Ginecología y Obstetricia del Área de Salud de ... y de los Servicios de Medicina Intensiva, Urología y Angiología y Cirugía Vascul ar del ..., así como del dictamen pericial emitido por especialistas de ... (...), a la vez que deniega la solicitud de apertura de un periodo de prueba solicitado en la reclamación, toda vez que no existen discrepancias en el relato fáctico, y ello sin perjuicio de que la interesada pueda, con ocasión del trámite de audiencia, aportar las alegaciones, documentos y justificaciones que a su derecho pueda interesar.

El 3 de enero de 2023 la reclamante presenta escrito de alegaciones en el que se ratifica íntegramente en su reclamación y, sin aportar nueva documentación ni informes periciales, solicita se resuelva su reclamación reconociéndole su derecho a ser indemnizada en la cantidad reclamada de 3.214.460,97€, más los intereses legales que procedan.

Propuesta de resolución de la Administración

La propuesta de resolución, precedida de un informe jurídico de la que es fiel reflejo, propone la desestimación de la reclamación al considerar que no existió retraso diagnóstico, que los tratamientos aplicados por el personal sanitario del SNS-O para el manejo del caso fueron acordes con la *lex artis ad hoc*, y que las secuelas que padece la paciente no derivan de negligencia alguna, ni de actuaciones médicas incorrectas.

Tras relatar los antecedentes de hecho que considera de interés y describir el marco jurídico normativo regulador de la responsabilidad de la Administración, entra a analizar los argumentos en los que la reclamante funda su pretensión indemnizatoria (aparición de hematoma post indicación de la obstetra de empujar sin haber dilatado lo suficiente, tratamiento con hielo en sus genitales externos que pudo ser causa de contagio o transmisión infecciosa; desgarr o vaginal tipo 1 sin suturación; falta de respuesta adecuada ante la aparición de tiritona y fiebre de 40°C que podía suponer sepsis de origen ginecológico; diagnóstico erróneo de gripe; retraso en Urgencias en diagnosticar sepsis ante signos evidentes de shock tóxico y fallo multiorgánico; indebida colocación de vía de monitorización arterial en

extremidad inferior derecha y retraso en tratamiento del trombo que finalmente motivó su imputación).

En lo referente al parto, la propuesta de resolución dice que la salida fetal no precisó de episiotomía, siendo un parto eutócico y que no presentó desgarro que requiriera sutura, que la administración de hielo es habitual al ser un antiinflamatorio muy efectivo y sin efectos secundarios, que en las revisiones de los primeros días no se evidenció ninguna lesión perineal y que tras el pico de fiebre se le realizó auscultación pulmonar, toma de saturación de oxígeno, temperatura posterior, tensión arterial y frecuencia cardíaca, dándole de alta al vincular tal síntoma con el proceso gripal catarral con el que entró.

Respecto a la atención en Urgencias se indica que ya el día 15 de febrero se identificó su estado como compatible con shock séptico realizando consulta con Ginecología que, tras exploración normal, descartó endometritis sin objetivarse lesiones en los genitales externos, decidiéndose ingreso en UCI y, tras nueva valoración ginecológica se comprobó la presencia de úlceras necróticas valvulares, procediendo a su inmediata intervención para desbridación y exéresis de la lesión.

Con apoyo en el informe del Servicio de Ginecología, indica que no se hacen cultivos vaginales de forma habitual en el posparto y que a la reclamante se le hizo en el momento en que se detectaron las lesiones, que en todo momento se siguieron las guías y protocolos médicos vigentes, no objetivándose ningún retraso en el diagnóstico ni en el inicio de los nuevos tratamientos. La enfermedad sufrida por la reclamante, a la vez que de rarísima aparición, es muy grave con alta mortalidad, presentándose de una forma rápida y progresiva con un muy difícil diagnóstico en un estadio temprano.

A continuación, la propuesta de resolución analiza los informes de Medicina Intensiva, Urología y Angiología y Cirugía Vasculat de los que estima que se desprende la ausencia de cualquier negligencia o infracción de la lex artis.

De forma más exhaustiva analiza el dictamen pericial emitido por ..., para concluir señalando que aunque el origen del foco infeccioso, sin duda alguna tiene que ver con el parto y con el estado de inmunosupresión habitual de la gestante, la sepsis por streptococcus pyogenes con aparición de síndrome de shock tóxico que sufrió la paciente se presentó de una manera rápida y fulminante, sin signos previos de prevención y sin que se pudiera haber hecho nada más de lo que se hizo para impedir su progresión, por lo que la actuación médica fue acorde con la lex artis.

La propuesta recuerda la doctrina jurisprudencial que impone al reclamante acreditar la incorrección de la asistencia prestada y considera que no sólo no ha acreditado que se hubiera producido un error o retraso en el diagnóstico de la fascitis necrotizante, así como una incorrecta monitorización de la extremidad inferior que motivó su posterior amputación, sino que al contrario, de los informes de los servicios médicos y del dictamen pericial emitido, queda acreditado que la asistencia prestada fue correcta. Considera que las afirmaciones de la reclamante, a pesar de su condición profesional de médico nefrólogo, se sustentan en opiniones subjetivas que son contradichas por los informes de los servicios especializados. No se discute el desarrollo de la patología que es coincidente con lo manifestado por los servicios de la administración, lo que debe analizarse es si en el momento del diagnóstico previo, como durante el tratamiento de la patología se infringió la lex artis, entendiendo la propuesta de resolución que no puede afirmarse tal cosa, toda vez que la reclamante no lo ha acreditado y que los informes periciales, emitidos por profesionales con conocimientos específicos en la materia, sostienen lo contrario; esto es, que no fue posible diagnosticar la fascitis necrotizante antes de lo que se hizo, y que el shock séptico, el fallo multiorgánico, las exéresis de zonas perineales y la amputación de la extremidad inferior derecha, consecuencias todas ellas de la infección que padecía la paciente, fueron correctamente tratadas, pero inevitables a pesar de la corrección en la praxis médica prestada.

Por todo ello, propone la desestimación de la reclamación formulada.

II. CONSIDERACIONES JURÍDICAS

II.1ª. Objeto y carácter preceptivo del dictamen

Doña..., el 23 de junio de 2022, formula reclamación de responsabilidad patrimonial frente al SNS-O, solicitando se le indemnice con la cantidad de 3.214.460,97 €, más intereses legales, por los daños sufridos como consecuencia de la que considera inadecuada atención sanitaria prestada por el Servicio Navarro de Salud con ocasión del parto de su segundo hijo en el

En consecuencia, nos encontramos ante un expediente de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo dependiente de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra en materia sanitaria.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 14.1 de la LFCN, el Consejo de Navarra debe ser consultado preceptivamente, entre otros, en los asuntos referentes a reclamaciones de responsabilidad patrimonial en las que se solicite la indemnización en cuantía igual o superior a trescientos mil euros [artículo 14.1.i)].

En consecuencia, en el presente caso, solicitándose una indemnización de tres millones doscientos catorce mil cuatrocientos sesenta euros y noventa y siete céntimos (3.214.460,97 €), se emite el presente dictamen con carácter de preceptivo.

II.2ª. Sobre competencia y tramitación del procedimiento

La Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPACAP) regula en sus artículos 53 y siguientes el procedimiento administrativo común, conteniendo en sus artículos 65, 67, 91 y 92, las especialidades propias de los procedimientos de responsabilidad patrimonial. En el procedimiento general se contemplan sucesivamente su iniciación, la práctica de las pruebas que se declaren pertinentes, la solicitud de informes y, por último, la resolución definitiva por el órgano competente y su posterior notificación.

Disponen, por su parte, los artículos 122, en relación con el 58, ambos de la Ley Foral 11/2019, de 11 de marzo, de la Administración de la

Comunidad Foral y del Sector Público Institucional Foral, que la resolución del expediente corresponderá a la persona que ejerza la gerencia o presidencia de los respectivos Organismos Autónomos.

En cuanto a la tramitación de este procedimiento, se han incorporado al expediente los datos de la historia clínica necesarios para conocer las circunstancias de los hechos por los que se reclama, los informes emitidos por los servicios médicos afectados, así como un dictamen pericial a instancia de la compañía aseguradora de la responsabilidad de la Administración de la Comunidad Foral.

Una vez instruido el expediente se dio traslado a la reclamante para formular alegaciones y presentar los documentos que considerase oportunos. El expediente ha culminado con la propuesta de resolución que se nos somete a dictamen.

En consecuencia, se estima que se ha seguido el procedimiento adecuado en la tramitación del presente expediente de responsabilidad sanitaria.

II.3ª. La responsabilidad patrimonial de la Administración por asistencia sanitaria: regulación y requisitos

Como se ha repetido por este Consejo de Navarra en dictámenes anteriores, la responsabilidad patrimonial de la Administración es una institución de garantía de los ciudadanos prevista en el artículo 106.2 de la Constitución Española (CE), encontrándose su regulación en los artículos 32 y siguientes de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP).

El punto de partida lo constituye el artículo 32.1 de la LRJSP, a cuyo tenor «los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley».

El daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas (artículo 32.2). Solo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley (artículo 34.1 de la LRJSP). La indemnización se calculará con arreglo a los criterios de valoración establecidos en la legislación de expropiación forzosa, legislación fiscal y demás normas aplicables, ponderándose, en su caso, las valoraciones predominantes en el mercado (artículo 34.2 de la LRJSP). El derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo (artículo 67.1 de la LPACAP).

Conforme con la regulación positiva de la responsabilidad patrimonial y de la jurisprudencia que la interpreta y aplica, los requisitos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son: el daño o lesión patrimonial, su antijuridicidad, su imputación a la Administración como consecuencia del funcionamiento de sus servicios, y la relación de causalidad entre la acción producida y el resultado dañoso ocasionado. Como regla general, la carga de la prueba de los hechos necesarios para la existencia de responsabilidad corresponde a quien reclama la indemnización y, en cambio, corre a cargo de la Administración la prueba del correcto funcionamiento del servicio o de la existencia de fuerza mayor o de circunstancias demostrativas de la existencia de dolo o negligencia de la víctima suficientes para considerar roto el nexo de causalidad. Como este Consejo viene señalando en dictámenes anteriores, el sistema legal de responsabilidad patrimonial de la Administración viene dotado de naturaleza objetiva pero cuando nos encontramos ante una prestación pública en el ámbito sanitario la traslación mecánica del principio de objetividad puede provocar resultados no sólo contrarios a un elemental principio de justicia, sino incluso a la concreta función del instituto indemnizatorio, por ello se ha reiterado por la jurisprudencia que el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración no convierte a las Administraciones Públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos sociales (SSTS 19 de junio de 2001 y 26 de febrero de 2002); y, por otra parte, como también ha recordado el Tribunal Supremo (SSTS 19 de junio de 2001 y 4

de marzo de 2006) no basta, para que exista responsabilidad patrimonial, la apreciación de deficiencias en la atención médica prestada, sino que es necesario, además, que el perjuicio invocado y cuya reparación se pretende sea una consecuencia o tenga como factor causal dicha prestación sanitaria. Por otra parte, es igualmente conocida la doctrina jurisprudencial conforme a la cual en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión, sino que será preciso acudir al criterio de la «lex artis» como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, y si cabe establecer un nexo causal que opere la imputación de responsabilidad a los servicios sanitarios; todo ello con independencia 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 curación o la salud del paciente (STS, Sala de lo Contencioso Administrativo, de 13 de julio de 2007). En consecuencia, el criterio fundamental para determinar la existencia o no de responsabilidad patrimonial es el de la «lex artis» y ello, ante la inexistencia de criterios normativos que puedan servir para determinar cuándo el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios, ha sido correcto. La existencia de este criterio se basa en el principio básico sustentado por la jurisprudencia en el sentido de que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados; es decir, la obligación es de prestar la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Por lo tanto, el criterio de la «lex artis» es un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida («lex artis»). Este criterio es fundamental pues permite delimitar los supuestos en los que verdaderamente puede haber lugar a responsabilidad exigiendo que no solo exista el elemento de la lesión sino también la infracción de dicha «lex artis»; de exigirse sólo la existencia de la lesión se produciría una consecuencia no querida por el ordenamiento, cuál sería la excesiva objetivación de la responsabilidad al poder declararse la responsabilidad con la única exigencia de la existencia de la lesión efectiva sin la exigencia de la demostración de la infracción del criterio de normalidad representado por la «lex artis» (STS de 13 de julio de 2007). Como reiteradamente se ha reconocido por la Sala de lo Contencioso

Administrativo del Tribunal Supremo, el daño indemnizable ha de ser antijurídico y, en caso de daños derivados de actuaciones sanitarias, no basta con que se produzca el daño, sino que es necesario que éste haya sido provocado por una mala praxis profesional. Así, la sentencia de 19 de septiembre de 2012, recaída en recurso de casación 8/2010, dice:

«La concepción del carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial que se mantiene por la parte recurrente no se corresponde con la indicada doctrina de esta Sala y la que se recoge en la sentencia de 22 de abril de 1994, que cita las de 19 enero y 7 junio 1988, 29 mayo 1989, 8 febrero 1991 y 2 noviembre 1993, según la cual: «esa responsabilidad patrimonial de la Administración se funda en el criterio objetivo de la lesión, entendida como daño o perjuicio antijurídico que quien lo sufre no tiene el deber jurídico de soportar, pues si existe ese deber jurídico decae la obligación de la Administración de indemnizar» (en el mismo sentido sentencias de 31-10-2000 y 30-10-2003). Debiéndose precisar que, cuando se trata de reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria, 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. Así, la sentencia de 14 de octubre de 2002, por referencia a la de 22 de diciembre de 2001, señala que «en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir, de modo que, aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si ésta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia postoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste, hoy recogida en el citado artículo 141.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, redactado por Ley 4/1999, de 13 de enero, que no vino sino a consagrar legislativamente a doctrina jurisprudencial tradicional, cuyo alcance ha quedado aquilatado en este precepto»

II.4ª. Improcedencia de la reclamación formulada.

Tal y como se deriva de los antecedentes reseñados, nos encontramos en presencia de una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y lesiones sufridos por la reclamante por una gravísima infección padecida tras el parto y periodo puerperal tras el nacimiento de su segundo hijo, durante su estancia en el ... y su posterior traslado y asistencia en el

Como se ha indicado, existiendo conformidad entre la reclamante y la Administración demandada sobre las patologías sufridas, la cuestión se circunscribe a determinar si, como sostiene la reclamante, esos efectos gravísimos sobre su salud y bienestar fueron, total o parcialmente, debidos a una inadecuada atención de los facultativos del SNS-O, o, por contra, como mantiene la Administración, tales consecuencias lesivas no pudieron evitarse a pesar de la correcta atención sanitaria prestada.

A juicio de la reclamante, todos los daños, lesiones y padecimientos sufridos tienen su origen y son causa del actuar negligente del personal facultativo que, tras el parto de su segundo hijo, y ante la existencia de un pico febril de 40°C, sin hacer pruebas diagnósticas complementarias, achacó tal brusca subida de la temperatura a un posible caso de gripe que, a la postre, resultó ser un gravísimo cuadro de sepsis, con múltiples complicaciones por shock séptico y evolución compleja e, incluso, con riesgo vital cierto. La reclamación entiende que, ante la existencia de ese pico febril, lo correcto hubiera sido realizar pruebas diagnósticas encaminadas a descartar una infección de tipo puerperal y realizar un seguimiento bajo control exhaustivo y no darle el alta médica con traslado a su domicilio, de modo que a los tres días tuvo que acudir a urgencias manifestando un cuadro de infección con shock séptico refractario con afectación multiorgánica ya de muy difícil tratamiento y curación.

Por el contrario, la propuesta de resolución que formula la Administración, con apoyo en los informes médicos emitidos, entiende que la atención prestada fue correcta, acorde con la *lex artis* y que, a pesar de ello, no se pudieron evitar las lesiones sufridas dada la rapidez y agresividad con la que se manifiestan los efectos de la fascitis necrosante de difícil diagnóstico en estadios tempranos.

Así, el informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Área de Salud de ... expone que el parto se desarrolló de forma normal, fue un parto eutócico, no requiriendo episiotomía, con un pequeño desgarro superficial de la piel que no necesitaba sutura. Se le aplicó hielo en el periné, algo habitual al considerarse un buen antiinflamatorio y sin efectos secundarios. Al día siguiente, la exploración fue normal, al igual que el siguiente, por lo que el día 12, el facultativo, tras la aparición del pico febril, le exploró con resultado de auscultación y oxigenación normal, dándole el alta al considerar esos síntomas como compatibles con cuadro de gripe que la paciente había referido al ingreso. El informe añade que tres días después ingresa en urgencias con cuadro compatible con grave shock séptico sin que en la primera exploración ginecologica se objetivaran lesiones en los genitales externos, solicitándose pruebas complementarias y el ingreso en la UCI. Fue en la segunda revisión en esa unidad, cuando se manifestó la presencia de úlceras necróticas vulvares, procediéndose a su tratamiento (desbridación y exéresis) y solicitando un cultivo vaginal con resultado de streptococcus. El informe señala que los cultivos vaginales no se hacen de forma habitual tras los partos y que, en este caso, se solicitó y realizó cuando se hizo visible la lesión; en suma, entiende, y así defiende, que se siguieron las guías y protocolos médicos vigentes, actuándose según la evidencia científica ante una patología sufrida por la paciente que es muy grave, con alta mortalidad, de rarísima aparición y que se manifiesta de forma fulminante con difícil diagnóstico temprano.

Por su parte, el informe del Servicio de Angiología y Cirugía Vasculardel ... relata la asistencia prestada ante la aparición de signos de isquemia en extremidad inferior derecha, cambiando el sistema de monitorización, observando flujo en la arteria femoral, sin datos de arteria ocupada por trombo, pero sin flujo en su interior, por lo que se sometió a la paciente a vigilancia estrecha y nueva valoración, caso de progresión de los síntomas de isquemia. Tras empeoramiento del aspecto del pie, con ausencia de pulso, se realizó de manera urgente trombectomía femoral derecha y fasciotomías abiertas de las celdas tibial anterior y posterior con aspecto isquémico de musculatura. Tras discreta mejoría hubo necesidad de realizar revisión quirúrgica observando paquetes musculares con isquemia

establecida, se reseca parcialmente la musculatura tibial, gemelo y soleo y se realizan curas diarias. Ante la mejoría progresiva del estado de la paciente y observándose lesiones digitales secas y mal aspecto de la musculatura, juntamente con Cirugía Plástica, se decide programar cirugía para valorar viabilidad de los tejidos y posibilidad de realizar transposiciones musculares que permitan mantener la viabilidad de la extremidad, informando a la paciente y familiares que, en caso de no viabilidad de los tejidos, la única opción sería la amputación mayor. El 18 de marzo de 2020 se realiza la revisión, observándose isquemia en todos los grupos musculares a nivel de la pierna, no siendo posible su mantenimiento por lo que, con autorización de su marido, se realiza la amputación. Tras evolución favorable se le da el alta con seguimiento en consulta presentando muñón bien consolidado.

El informe más pormenorizado y que analiza y valora la atención sanitaria prestada a la reclamante es el dictamen pericial emitido por ... a instancias de la compañía aseguradora de la responsabilidad patrimonial en el orden sanitario del SNS-O. De dicho informe, por su importancia, destacaremos algunos apartados, toda vez que antes se ha transcrito íntegramente la parte del mismo referida a la valoración de la práctica médica.

Pues bien, en relación con la denuncia de la reclamante del mal uso de la aplicación de hielo ante la aparición de hematoma posparto al poder ser vía de contagio, este dictamen pericial contradice tal argumento indicando que el hielo no es un mecanismo de transmisión o contacto conocido y que el streptococcus suele habitar en la piel y en la faringe de los individuos colonizados, por lo que lo más plausible es que ya estuviera en la superficie cutánea de la paciente.

El dictamen pericial niega que la atención post parto no hubiera sido la adecuada y, en relación con el pico febril, sostiene que fue un pico aislado con tiritona en el contexto de una infección vírica con tos y dolor de garganta, siendo la exploración ginecológica normal ese día. La paciente no presentaba otros signos clínicos de infección como: útero involucionado y doloroso, loquios malolientes o signos de infección en el desgarramiento vaginal,

por lo que el facultativo asoció tal pico febril con un proceso vírico banal, auscultándole con resultado normal, procediendo a darle el alta, añadiendo que en ningún momento tras el parto ni tras ingresar en urgencias se observó coloración amarillenta de la piel en la paciente. Por tanto, considera que la atención prestada fue la adecuada ante la ausencia de signos de alarma que pudieran alertar sobre la posterior evolución que sufrió la paciente.

Respecto a la atención en Urgencias del ... el dictamen pericial, tras exponer las atenciones recibidas, expone que inicialmente no quedaba claro cuál era el foco infeccioso que gravemente estaba afectando a la paciente. Se investigó patología de origen urinario, hepática puerperal, variantes de preeclampsia, no cumpliendo criterios para ninguna. También se planteó un SDRA (Síndrome de Distrés Respiratorio del Adulto) por sobrecarga de volumen en relación con aumento de permeabilidad propia de los estados puerperales, concluyendo el dictamen afirmando que «todo el despistaje inicial realizado fue correcto y diligente, ajustado a la *lex artis*».

El dictamen continúa indicando que, tras ello, ante la sospecha de posible origen ginecológico, se decide hacer una nueva revisión con intención de tomar muestras de la herida quirúrgica, evidenciando a la exploración «úlceras necróticas en labios menores e introito que previamente no se evidenciaban, destacando la evolución rápida y cambiante», por lo que se decide realizar limpieza quirúrgica con ampliación antibiótica e informando a la familia de la gravedad del cuadro clínico observado.

Ante la afirmación de la reclamante de que recibidos los resultados del cultivo de la limpieza quirúrgica con resultado positivo de streptococcus pyogenes, y que de haberse realizado antes se habría evidenciado la infección pudiendo ser tratada en estado temprano, el dictamen de ... considera que tal forma de argumentar no se corresponde con lo acontecido ya que: la paciente no refería dolor vulvar que es el primer signo de sospecha de una fascitis vulvar; hubo un seguimiento ginecológico constante tanto tras el parto como tras su ingreso en urgencias, realizándole una exploración y una ecografía pélvica con resultados normales, lo que

alejaba la sospecha de origen ginecológico. Las muestras se recogieron en el momento en que, tras el segundo reconocimiento, se evidenciaron las lesiones.

El dictamen igualmente considera correcta la atención en el ... tras su traslado, precisando que las primeras horas estuvieron condicionadas por el shock séptico refractario y síndrome de disfunción multiorgánica por fascitis necrotizante por streptococcus pyogenes, realizándole múltiples intervenciones, lo que es característico de este tipo de infecciones que exigen múltiples cirugías muy agresivas, con extirpación de grandes cantidades de tejido, incluso sano, para asegurar la eliminación de todo tejido infectado y/o desvitalizado, sufriendo, igualmente, otra serie de patologías y complicaciones asociadas a la estancia en UCI en el contexto de una enfermedad grave (ventilación mecánica, miocardiopatía séptica, fracaso renal, isquemia distal en extremidad inferior derecha secundaria a oclusión de la arteria femoral, etc.)

El dictamen, en relación con la imputación de la reclamante de que la monitorización arterial en la extremidad inferior derecha, que posteriormente determinaría su amputación, estuvo mal efectuada, estima que tal afirmación es capciosa ya que la arteria femoral, junto con la radial, suman el 90% de las canalizaciones para monitorizar, que la trombosis no se produjo por haberse elegido la arteria femoral, sino por las condiciones intrínsecas de la paciente y que de haber elegido otra arteria diferente habría tenido las mismas probabilidades de presentar la misma complicación. Añade que el cuadro de la paciente era de una máxima gravedad, con tasas de mortalidad exorbitantes, que para salvar al paciente es precisa una actitud quirúrgica agresiva, rápida y reiterada que acaba ocasionando graves secuelas en los pacientes que sobreviven.

El dictamen de ... termina considerando que, aunque el origen del foco, sin duda alguna, tiene que ver con el parto y con el estado de inmunosupresión habitual de la gestante, la infección puede aparecer aunque la actuación médica haya sido correcta y el streptococcus pyogenes, que coloniza la piel de manera habitual, puede introducirse por las heridas abiertas (desgarros) e incluso sin herida aparente. La característica de este

cuadro de fascitis necrotizante y síndrome de shock tóxico es la rápida y fulminante evolución con la que aparece, sin signos previos de prevención y con riesgo vital, por lo que entiende que, a pesar de las secuelas sufridas, la actuación médica fue correcta.

Ante estas diferentes posiciones interpretativas sobre unos mismos hechos, debemos recordar, como correctamente expone la propuesta de resolución remitida por la Administración trayendo a colación diferentes pronunciamientos judiciales, que en nuestro sistema legal de responsabilidad administrativa corresponde al reclamante, como regla general, acreditar las cuestiones de hecho determinantes de la existencia de la antijuridicidad en la conducta de la Administración, así como la relación de causalidad que permita la imputación de la responsabilidad a la Administración, correspondiendo a ésta, como titular del servicio, la acreditación del correcto funcionamiento que, en el caso de la atención sanitaria, ante la imposibilidad de garantizar una curación en todos los casos, se matiza con la acreditación del cumplimiento de los estándares adecuados de profesionalidad o, lo que es lo mismo, en el adecuado cumplimiento de la *lex artis*.

De la documentación obrante en el expediente se deriva que la reclamante no ha aportado, junto con su escrito de reclamación, ningún informe pericial que valide y ratifique sus imputaciones de indebida atención sanitaria por parte de los facultativos del SNS-O, existiendo, por el contrario, informes de los servicios sanitarios explicativos de las actuaciones prestadas en los que, de forma expresa, en unos casos (Servicio de Ginecología y Obstetricia del ...), y, en otros, de forma tácita (Servicio de Angiología y Cirugía Vasculard y de Medicina Interna del ...) se mantiene la corrección de la asistencia prestada, y ello a pesar de las graves secuelas y padecimientos que la reclamante ha pasado y que deberá sobrellevar de por vida, aspectos que no son negados por la Administración. Esa apariencia de buen hacer, de que la atención sanitaria prestada fue conforme con los estándares de la *lex artis*, se confirma con el dictamen pericial emitido por ... a instancias de la entidad aseguradora de la responsabilidad patrimonial de la Administración demandada y que es suscrito por tres facultativos

especialistas en ginecología y obstetricia, medicina interna y valoración del daño corporal.

Aunque la reclamante es una persona especialmente cualificada por su formación y profesión (médico nefrólogo) para poder enjuiciar y valorar la atención médica recibida y que el dictamen pericial emitido por ... tiene la consideración de informe de parte interesada, la realidad es que cuando a la reclamante se le dio trámite de audiencia al expediente con traslado de los informes emitidos por los servicios sanitarios afectados, no aportó otros informes suscritos por especialistas, especialmente en ginecología y obstetricia, que rebatiendo los aportados por la Administración pudieran confirmar su imputación de inadecuada atención sanitaria y retraso en la realización de pruebas en orden a descubrir la infección de origen ginecológico que, finalmente, fue la causante de sus padecimientos. Cierto es que ello pudo ser, al menos en parte, motivado por el hecho de que el instructor del expediente denegara el trámite probatorio que se había solicitado en el momento de formulación de la reclamación al entender, el instructor, la no existencia de discrepancias entre las partes sobre las patologías padecidas por la reclamante, aunque se mantenía una clara contradicción sobre si la conducta de los servicios sanitarios del SNS-O había sido la adecuada.

Sin tales informes que puedan cuestionar los obrantes en el expediente, este Consejo de Navarra, **aun** reconociendo la existencia de gravísimas secuelas en la reclamante que tuvieron su origen y causa en una infección ginecológica y no en un proceso gripal como inicialmente le fue diagnosticado, y manteniendo serias dudas sobre si puede considerarse correcto y conforme con la *lex artis* dar de alta a una mujer que acaba de ser atendida de un parto tras haber manifestado un pico febril de 40°C, imputando tal extremo a un proceso gripal del que, como incluso reconoce el informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del ..., no queda ninguna constancia en la historia clínica, ni en el momento de ingreso, ni en los informes de enfermería emitidos durante su estancia, ni en el momento de su alta médica, no puede considerar que haya quedado debidamente probado, en la forma exigida legal y jurisprudencialmente, que las lesiones, secuelas y padecimientos de la reclamante sean causa, total o parcial, de

una inadecuada prestación sanitaria, que se manifestaría, especialmente, por una posible pérdida de oportunidad en la atención de su infección séptica por *Streptococcus pyogenes* de origen ginecológico derivada de un posible diagnóstico erróneo. Para la estimación de la reclamación resultaría esencial que la reclamante hubiera hecho un mayor esfuerzo probatorio encaminado a evidenciar este extremo, por lo que su reclamación no puede ahora ser estimada.

III. CONCLUSIÓN

El Consejo de Navarra considera que la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por doña..., por los presuntos daños y perjuicios ocasionados por el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea en la asistencia dispensada a la reclamante durante el parto y período puerperal, debe ser desestimada.

En el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.