



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 1 3 8 / 2 0 0 0

La Laguna, a 16 de noviembre de 2000.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad y Consumo en relación con *la Propuesta de Orden resolutoria del expediente de reclamación de indemnización, formulada por P.V.R., como consecuencia de las presuntas lesiones derivadas de los servicios de asistencia sanitaria dependientes del Servicio Canario de Salud (EXP. 150/2000 IDS)\*.*

## F U N D A M E N T O S

### I

Mediante escrito de fecha 28 de agosto de 2000, el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad y Consumo del Gobierno interesa de este Consejo preceptivo dictamen [al amparo de lo dispuesto en los arts. 10.6 de la Ley 4/1984, de 6 de julio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC) y del 11.1 conforme a la nueva redacción dada al mismo por el art. 5.2 de la Ley 2/2000, de 17 de julio, de medidas económicas en materia de organización administrativa y gestión relativa al personal de la Comunidad Autónoma de Canarias y establecimiento de normas tributarias; 22.13 de la Ley Orgánica 3/1980, de 22 de abril, del Consejo de Estado; y 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP)] y por el procedimiento ordinario (art. 15.1 LCCC) respecto de la Propuesta de Resolución que culmina el procedimiento de reclamación de indemnización incoado por daños producidos con ocasión de la prestación de la asistencia sanitaria que recibió la esposa del reclamante por parte del Servicio Canario de la Salud.

---

\* PONENTE: Sr. Cabrera Ramírez.

## II

1. La mencionada Propuesta de Resolución culmina un procedimiento administrativo en el que, con carácter general, se han cumplido las previsiones de índole legal y reglamentaria que ordenan y regulan tales procedimientos. A saber:

A. La reclamación ha sido interpuesta legítimamente por P.V.R. en nombre propio y en el de sus hijos menores de edad P.E. y G.V.C. (los reclamantes), filiación que se acredita por aportación de copia del libro de familia, por el fallecimiento de su esposa a consecuencia de un grave error de diagnóstico y, consecuentemente, no haber realizado las pruebas precisas que hubieran impedido el fatal desenlace.

B. La reclamación ha sido interpuesta dentro del preceptivo plazo de un año que para la interposición de esta clase de reclamaciones dispone el art. 4.2, 2º párrafo RPAPRP. En este punto, ha de consignarse que cuando de daños físicos y síquicos se trata, como es el caso, el inicio del cómputo coincide con el momento de la curación o la determinación del alcance de las secuelas (art. 4.2, 2º párrafo RPAPRP). Como el diagnóstico erróneo tuvo lugar el 17 de junio de 1999 y la reclamación tuvo entrada en el Registro de la Secretaría General del Servicio Canario de Salud el 18 de septiembre de 1999, la reclamación fue formulada en plazo.

2. El procedimiento viene concluso con la preceptiva Propuesta de Resolución, en este supuesto, desestimatoria de las pretensiones de los reclamantes. Dicha Propuesta se fundamenta en base a la circunstancia de la inexistencia de nexo causal, pues el "fallecimiento no es sino consecuencia directa de un cuadro abdominal que aún no tiene un origen claro" (FUNDAMENTO DE DERECHO QUINTO). Se insiste asimismo que la patología no era ginecológica y que la infección fue de "origen desconocido" (FUNDAMENTO DE DERECHO SEXTO). Por otra parte, se mantiene que los reclamantes no han demostrado que el fallecimiento se debió "exclusivamente a una mala práctica médica entre el diagnóstico inicial y el tratamiento que se le puso". Finalmente, se alega ruptura del nexo causal, ya que la fallecida "incumplió la prescripción de acudir al Centro de Salud".

## III

El análisis de la adecuación jurídica de la Propuesta mencionada en cuanto al fondo requiere que con carácter preliminar examinar determinados aspectos concretos de la asistencia recibida por la reclamante.

1. Causa remota del daño. En el informe del Servicio de Urgencias que figura en el expediente se hace constar el ingreso de la paciente el 17 de junio de 1999 por "dolor hipogástrico de días de evolución. Estreñimiento importante. Abdomen distendido, doloroso a la palpación con resistencia importante de la paciente. Difícil de valorar por resistencia a la exploración (...). Dolor abdominal no filiado". Se le da de alta el mismo día, con derivación ambulatoria y tratamiento contra el estreñimiento durante 14 días.

El 21 de junio de 1999 ingresa nuevamente por el Servicio de Urgencias con "dolor abdominal y mal estado general (...). Abdomen distendido (...) cianosis periférica (...) vómitos y diarrea". Se diagnostica "oclusión intestinal", con indicación de traslado urgente a Centro hospitalario.

En la misma fecha es ingresada en la Unidad de Medicina Intensiva del Hospital Materno-Insular, diagnosticándosele "shock séptico de origen ginecológico". Tras practicársele laparotomía, se halló "peritonitis generalizada (...) útero subevolucionado con aparente necrosis y/o perforación en cara posterior".

2. Causa de la infección. La Propuesta deja entrever el origen desconocido o dudoso de la infección de la paciente, que en ningún momento se imputa a mala praxis médica de diagnóstico o tratamiento. La Propuesta de Resolución insiste reiteradamente en el hecho de que la causa del fallecimiento en ningún caso obedece a "patología ginecológica derivada del parto", lo cual, ciertamente, contrasta con el hecho de que en el informe del Servicio de Medicina Intensiva se diga que el shock séptico era de "origen ginecológico"; o que el útero subevolucionado presentaba "aparente necrosis y/o perforación en cara posterior". Útero en el que el hijo de la fallecida estuvo nueve meses hasta el momento del parto que fue normal; como normal fue el puerperio, hasta que empezaron los síntomas que, no diagnosticados correctamente, acabaron en fatal desenlace.

Lo dicho, por sí sólo, basta para rechazar la argumentación de plano que sirve de fundamento generalizado a la Propuesta de Resolución: que el origen de la infección es desconocido y que, en cualquier caso, no tenía origen ginecológico. Más allá de lo que se desprende con total evidencia de las actuaciones que conforman el expediente, seguramente se podrían hacer múltiples conjeturas sobre las circunstancias endógenas o exógenas que dieron lugar a que la paciente falleciera por septicemia. El hecho notorio es que la paciente falleció después de haber dado a

luz, no antes, por lo que sin juzgar el normal o anormal funcionamiento del servicio público sanitario; o si la *lex artis* se aplicó con el especial o debido rigor, existe una razonable conexión o relación de causalidad entre el servicio público sanitario y el resultado dañoso. Esa conexión no puede ser negada de plano. Aunque sólo fuere por el hecho de que obra diagnóstico en las actuaciones en el que el shock séptico se califica como de origen ginecológico. Siendo así que la paciente había dado a luz pocos días antes; y estando acreditado que el útero estaba necrosado y/o perforado en su cara posterior, no se puede ignorar este hecho, contrastado, sin que la Propuesta de Resolución entre a valorar su incidencia en la septicemia que, por indetectada a tiempo, acabó con la vida de la paciente.

Sólo por este hecho, la Propuesta de Resolución no es aceptable y justifica en este punto un Dictamen desfavorable a fin de que se valoraran tales circunstancias. O, a lo sumo, que el mencionado informe del Servicio de Medicina Intensiva hubiera sido desautorizado por especialista de mayor rigor. Abunda en ello la respuesta que el Servicio de Obstetricia y Ginecología dio a la pregunta 6 que le formuló el Servicio de Inspección. Al interrogante sobre el cuadro de peritonitis -que a la postre dio lugar a la septicemia- se contestó que el origen del "cuadro clínico abdominal no está claro, tal es así que tras su intervención quirúrgica sigue sin haberse establecido el origen del cuadro". Y no se hace referencia alguna al hecho de que el útero estaba perforado y/o necrosado.

Lo que habría que plantear seguidamente es si el embarazo y parto, normales, hubieran podido tener esa calificación si la perforación y/o necrosis del útero hubiera tenido lugar durante la gestación.

Es, por otra parte, inexplicable que si el origen no fuera ginecológico, no se haya acudido al examen inmediato por otro especialista en aparato digestivo y que se hubiera solicitado un informe de este otro especialista, y no que se le enviara al Servicio de Asistencia Ambulatoria.

3. Consentimiento informado. No obra en las actuaciones consentimiento informado, ni las posibles secuelas de la intervención o tratamientos alternativos entre los que la paciente hubiera podido escoger aquel que más confianza le diera. Siendo un embarazo normal, el internamiento tuvo lugar en el momento preciso, que fue simplemente el necesario para que tuviera lugar un alumbramiento normal. Lógicamente, debe haber constancia administrativa de ese internamiento que sólo se puede producir a un único efecto: dar a luz. Seguramente, se debe pedir el

consentimiento -máxime si se trata de un parto de riesgo- a la paciente en el caso de que por complicaciones sobrevenidas hubiera que adoptar alguna medida de inmediato, pero no fue el caso. Para dar a luz no hay que prestar consentimiento informado. Sólo cabría exigir el mismo en la eventualidad descrita, de forma que entonces la paciente pudiera optar. Lógicamente, en previsión de que algo ocurriera, tal consentimiento debe interesarse ab initio. En las actuaciones no consta, pero este dato es irrelevante, pues el hecho lesivo no tuvo lugar a causa de una intervención distinta del proceso natural de dar a luz, tras un embarazo sin problemas. Y, por otra parte, es obvio que la paciente no puede negarse a dar a luz; tampoco tenía motivos para ello, pues se trataba de un embarazo y parto normales. Seguro que hay riesgos inherentes al parto que toda embarazada debe saber; algunos son conocidos con antelación; otros no, pues se presentan en el momento crítico. Es el momento en el que hay que decidir y/o optar. Pero tampoco fue el caso.

El embarazo, parto y puerperio fueron normales, hasta que comenzaron los síntomas de que algo no iba bien. Y ésta es la cuestión que hay que discernir.

4. Diagnóstico. La paciente fue sucesivamente diagnosticada de "dolor hipogástrico y estreñimiento" [primer informe del Servicio de Urgencias]; de "oclusión intestinal" [segundo informe del Servicio de Urgencias]. El tercer y último diagnóstico fue el del Servicio de Medicina Intensiva: "peritonitis (...) con útero con aparente necrosis y/o perforación en cara posterior". Peritonitis que acabó en shock séptico y el fallecimiento de la paciente.

Tras el primer diagnóstico, se le dio tratamiento -por 14 días- sólo para el estreñimiento, pero nada se hizo en relación al dolor hipogástrico que se calificó como no filiado, constando la resistencia de la paciente a la exploración, por lo que ésta, salvo una ecografía negativa, no pudo llevarse a cabo. Consta en el informe la "difícil valoración" de la paciente, precisamente por su resistencia, constando que tenía "abdomen distendido". Es decir, no se diagnosticó uno de los síntomas - doloroso, tanto que impidió la exploración- y el Servicio responsable no adoptó cautela alguna; ni avanzó diagnóstico posible, ni hizo lo posible para que la paciente fuera obligada a pasar las pruebas correspondientes. O, incluso, se le informara de que la situación pudiera ser sintomática de algún riesgo probable, por lo que debía habersele solicitado su firma a la negativa exploratoria. Nada de esto se hizo, por lo

que, técnicamente, no es que hubiera diagnóstico erróneo al fin y al cabo, había estreñimiento-; es que ni siquiera hubo diagnóstico probable.

La peritonitis es sabido que es un trastorno caracterizado por la exudación de, entre otras sustancias, de pus hacia el peritoneo. Se acompaña de dolor e hipersensibilidad abdominal, estreñimiento, vómitos y fiebre moderada. Los dos primeros síntomas fueron reconocidos en la primera consulta de urgencias, pero no fue diagnosticado el primero de ellos. El tercer y cuarto síntomas aparecieron posteriormente, dando lugar a un segundo informe de urgencias con el diagnóstico - también erróneo- de oclusión intestinal.

Más aún, la septicemia fue consecuencia de la rotura del peritoneo. Y consta en el informe del Servicio de Medicina Intensiva que el útero estaba perforado en su cara posterior. En ningún momento de las actuaciones se hace referencia a este hecho; a qué circunstancia pudo deberse tal perforación; si la misma es un riesgo posible o probable de los partos ordinarios; o, por el contrario, un hecho posible pero extraordinario. En cualquier caso, no es preciso ahondar en esta hipótesis. Lo cierto es que la paciente presentaba dos de los síntomas de una peritonitis y fue sólo tratada de uno de ellos -el de más leve consecuencias-, obviándose todo conocimiento de la etiología del intenso dolor hipogástrico de la paciente, por lo que, ciertamente, no se empleó la diligencia y pericia debidas.

Finalmente, que la paciente quebrara el nexo causal porque no fue al Servicio de asistencia ambulatoria tal y como se le indicó en el primer informe de urgencias no es tampoco aceptable en este caso. En primer lugar, porque la situación no era de asistencia ambulatoria, sino de urgencia grave, si se hubiera hecho un correcto diagnóstico. En segundo lugar, la paciente fue tratada de estreñimiento recetándosele un producto que debía tomar durante 14 días. Y tanto que no pudo seguir con el tratamiento ambulatorio. La paciente siguió su tratamiento cuatro días hasta que tuvo que volver a Urgencias, de ahí al Hospital y, finalmente, lamentablemente falleció.

Sólo queda por discernir una cuestión que atañe a la diligencia con que actuaron los Servicios de urgencias en la primera ocasión. Consta que se le hizo una ecografía cuyo resultado, al parecer, no era sospechoso. Queda la duda de si era prueba suficiente para descartar la peritonitis o si el origen del dolor hipogástrico que es connatural a ésta debía ser acreditado de otra forma. El hecho de que se hiciera constar en el informe de que la paciente fue "difícil de valorar por resistencia a la

exploración" da a entender que la valoración no fue realizada en la forma que seguramente sería exigible. La resistencia de la paciente a la exploración no libera a los servicios sanitarios de poner la diligencia debida. Más aún, tal resistencia debía ser sintomática de que se trataba de algo más que un estreñimiento.

En suma, la Propuesta de Resolución se estima insuficientemente fundada para desestimar la reclamación formulada, al no valorar todos los elementos concurrentes y haber indicios claros de diagnósticos imperfectos, pues lo que sí aparece clara es la relación de causalidad entre el acto del servicio público sanitario y el resultado dañoso, mientras que lo que no resulta suficientemente probadas son las causas de rotura de dicha conexión, que corresponde a la Administración Sanitaria, pues no es tampoco aceptable que en la Propuesta de Resolución que culmina el procedimiento de responsabilidad patrimonial de carácter objetivo se dé la interpretación del art. 1.214 del Código Civil y de la inversión de la carga de la prueba, pues conforme a la jurisprudencia más reciente de la Sala Tercera del Tribunal Supremo (cfr. Sentencias de la Sala 3ª T.S., de 28 de junio de 1999 - Ar. 6330- y de 4 de abril de 2000), a cada parte corresponde probar los hechos que alega, y por ello las causas de rotura de la relación de causalidad corresponde al Servicio público afectado.

En cuanto a la indemnización ésta deberá determinarse atendiendo al sistema objetivo de baremo para indemnización por muerte actualizada, con los elementos correctores establecidos legalmente en la Ley de Responsabilidad Civil de Seguros de vehículos a motor, a cuyos criterios acude la jurisprudencia del Tribunal Supremo, de modo analógico y orientativo, atendiendo a la patología, edad, cargas y familiares de la fallecida, en armonía con los Anexos y Tablas del citado texto legal.

## C O N C L U S I Ó N

Con los datos probados obrantes en el procedimiento, se estima que existe relación de causalidad entre el funcionamiento del Servicio público sanitario y el resultado de muerte de la paciente y que las causas invocadas por la Administración para la rotura de ese nexo no están suficientemente probadas, por ello la Propuesta de Resolución no es adecuada a Derecho, y los reclamantes deben ser indemnizados según se razona en el Fundamento III.