



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 4 9 / 2 0 1 4

(Sección 2ª)

La Laguna, a 18 de febrero de 2014.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por N.F.F., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 17/2014 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. Se dictamina la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución, formulada por la Secretaría General del Servicio Canario de Salud (SCS), por daños que se alega se han producido por el funcionamiento del servicio público sanitario. La reclamación ha sido presentada por los afectados en ejercicio del derecho indemnizatorio contemplado en el art. 106.2 de la Constitución Española en exigencia de la correspondiente responsabilidad patrimonial del SCS.

2. La solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, estando legitimada para solicitarla la Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 de la citada Ley.

3. La reclamante alega que fue diagnosticada como gestante de alto riesgo debido a su condición de asmática, habiendo sido tratada durante su embarazo por el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria (HUNSC). A la finalización de la gestación, la afectada ingresa en el Servicio de Obstetricia del Hospital Universitario de Canarias (HUC), produciéndose el alumbramiento el 28 de mayo de 2007. No obstante, el parto tuvo complicaciones

* **PONENTE:** Sr. Lazcano Acedo.

debido a las dificultades del feto en salir, por lo que, aún utilizando el fórceps para intentar extraerlo, se tuvo que practicar cesárea con anestesia general y tuvo hemorragia.

El día 1 de junio de 2007, la afectada recibe el alta hospitalaria, "dada la buena evolución clínica". Sin embargo, al día siguiente ingresa en el Servicio de Obstetricia del HUC con el diagnóstico de fiebre puerperal, infección de herida quirúrgica y posible endometritis. En el HUC se la diagnostica infección de herida quirúrgica, procediéndose a drenaje de líquido hematurpuroso del que se recogen muestras para cultivo y se le practica "desbridamiento y lavado. Líquidos fétidos".

El día 5 de junio de 2007, la paciente expulsa por vía vaginal material aparente de restos de membrana, que se someten a estudio histopatológico a petición de la propia paciente", cuyo resultado -Servicio de Microbiología- es negativo, detectándose *proteus mirabilis* siendo el germen sensible a los antibióticos habituales. Además, en el mismo día, tras la afectada consultar lo sucedido con el médico de guardia, se procede a practicarle ecografía en la que se observa sutura del segmento uterino y un endometrio hiperecogénico sugestivo de material hemático con espesor máximo de 9 mm. Se cambia la pauta antibiótica. Tras lo sucedido en el HUC, la afectada solicita el alta voluntaria a efectos de ingresar voluntariamente para ser tratada de su dolencia en el HUNSC. Una vez en el HUNSC, a la afectada se le practica ecografía observándose un útero puerperal con endometrio hiperecogénico, lineal, sin imagen de ocupación endocavitaria, diagnosticándose fiebre puerperal, endometritis postcesárea e infección de cicatriz de laparotomía, recibiendo el alta hospitalaria el día 11 de junio de 2007.

La afectada interesa del Servicio Canario de la Salud:

- Determinar si en el parto se siguió el protocolo de actuación para una gestante de alto riesgo obstétrico y, en particular, si se adoptaron especiales prevenciones debido a su condición asmática.

- Determinar el origen, causa y etiología de la hemorragia sufrida en el parto y si tuvo alguna relación con la falta de observancia de alguna conducta pautada para los embarazos de alto riesgo.

- Determinar la etiología del proceso infeccioso posterior al parto y cesárea, así como la incidencia que en dicho proceso tuvo la presencia de material quirúrgico que no fue extraído por el equipo quirúrgico al terminar la intervención.

- Indemnización -en principio- con la cantidad de 29.777,37 euros por los daños soportados durante su estancia hospitalaria en el HUC del 28 de mayo al 1 de junio y del 3 al 6 de junio, ya que en dicho periodo, además de solicitar a los facultativos que la asistieron el cambio del tratamiento antibiótico pautado por uno más efectivo debido a la persistencia del proceso infeccioso, sufre la posterior expulsión vaginal de una masa sanguinolenta y pestilente (que consistió en *“fragmento tisular laminar, blanquecina, que mide 6 x 5 cm. y es maloliente”, “el estudio histológico del material remitido revela la presencia de fibrina, material necrótico con colonias bacterianas, restos de material quirúrgico e inflamación aguada abscesificada”*); y por haber incurrido en posible riesgo de infertilidad como consecuencia de la endometritis. Todo ello, más los días de hospitalización que tuvo que estar en el HUNSC, del 6 al 11 de junio, como consecuencia de los daños ocasionados.

II

1. Son de aplicación, tanto la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC), como el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo (RPAPRP).

2. Conforme al art. 13.3 RPAPRP, el plazo máximo para la tramitación del procedimiento es de seis meses, plazo que se ha superado ampliamente en este procedimiento; sin embargo, la Administración está obligada a resolver expresamente, aún vencido dicho plazo, con las consecuencias administrativas y aún económicas que el retraso deber comportar [art. 42.1 LRJAP-PAC en relación con los arts. 43.3,b), 141.3 y 142.7 de la misma Ley].

3. En la tramitación del procedimiento no se ha incurrido en defectos procedimentales que impidan un dictamen que analice el fundamento sustantivo de la pretensión resarcitoria.

4. Concurren los requisitos constitucionales para hacer efectivo el derecho indemnizatorio regulado en el art. 106.2 de la Constitución (arts. 139 y ss. LRJAP-PAC).

III

1. El procedimiento comenzó con el escrito de reclamación formulado por la afectada el 15 de mayo de 2008, registrado de entrada en el Servicio Canario de la Salud (SCS) el 28 de mayo 2008.

2. En fecha 6 de junio de 2008, la Jefa de Negociado del SCS requiere de la interesada la subsanación y mejora de la solicitud formulada. Así, mediante escrito registrado el 28 de junio de 2008, la afectada atiende dicho requerimiento, oportunamente, y propone a efectos probatorios: la documentación aportada al inicio del procedimiento así como la referida a su historia clínica obrante en el SCS, informe pericial y testifical de los facultativos relacionados con su asistencia. También, solicita de la instrucción que recabe la información necesaria para precisar en que consistían *“los restos de material quirúrgico encontrados en el material analizado”*.

3. El día 7 de julio de 2008, se dictó la Resolución de la Secretaría General del SCS por la que se admitió a trámite la reclamación, comunicando la suspensión del plazo para resolver el procedimiento por tiempo que medie entre solicitar y recibir los informes preceptivos del Servicio presuntamente causante del daño y, en todo caso, por un plazo máximo de tres meses.

Por el Instructor se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), con carácter reiterado, recabándolo en fecha 4 de abril de 2012 (folio 098 y ss.). Se recaba el informe preceptivo del Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología del HUC, de 27 de enero de 2011; el informe del Servicio de Anatomía Patológica, de 20 de junio de 2011; el informe del Jefe de Servicio de Toco-Ginecología del HUNSC, de 17 de junio de 2011; y la historia clínica de la paciente, entre otros.

El 16 de julio de 2012, se acuerda la apertura del periodo probatorio, practicándose, en un primer momento, testifical de cinco de las personas propuestas por la afectada que coinciden con las más relacionados con el caso; en un segundo momento, se acuerda idéntica prueba en un testigo más. Todos los interrogatorios se practican con el correspondiente pliego de preguntas formulado por la interesada.

La instrucción acuerda el trámite de vista y audiencia del expediente en fecha 26 de febrero de 2013. El representante legal de la afectada, tras ser notificado correctamente en la instrucción, formula escrito de alegaciones en el que modifica la cantidad que reclama en un principio, solicitando el *quantum* indemnizatorio de 78.696,04 euros (folios 523-545).

4. EL 13 de enero de 2014 se emitió la Propuesta de Resolución definitiva. A causa de las dudas planteadas en el informe emitido por la Asesoría Jurídica departamental de la Secretaría General de SCS, validado el día 28 de agosto de 2013, se requiere informe complementario del SIP sobre la profilaxis antibiótica suministrada, las medidas de asepsia durante la cesárea, así como la posibilidad de que se provoquen infecciones puerperales como riesgos inherentes a toda cesárea y en general a todo parto, independientemente de las medidas de asepsia adoptadas. También solicita aclaración sobre el origen de los microorganismos aislados de la herida; si son habituales en las heridas quirúrgicas y no específicos o propios del HUC, si es una bacteria que se encuentra normalmente en el tracto gastrointestinal del paciente; cuestiones que podrían ser valoradas por el Servicio de Medicina Preventiva del HUC o del HUNSC. Todo ello, a raíz de las dudas surgidas sobre el origen infeccioso padecido con posterioridad al parto y la incidencia que podría haber tenido la presencia de material quirúrgico en el interior de la paciente, y que según el informe (primero) del SIP *“existe la posibilidad de que la infección pudiera haber sido coadyuvada por la presencia de restos filamentosos (probablemente material desprendido de una gasa-compresa, según informe de anatomía patológica del Dr. I.M.) pero es una mera circunstancia dentro del proceso infeccioso padecido”*.

IV

La asistencia sanitaria prestada a la paciente por el SCS es conforme, en su mayor parte, a *lex artis ad hoc*, verificada mediante los documentos obrantes en el expediente, de los que se extraen, particularmente, los siguientes hechos:

El día 28 de junio de 2007, (folio 159), el Servicio de Obstetricia informa: *“(...) constantes y analíticas en el momento del ingreso dentro de la normalidad (...). Se alcanza dilatación completa, aunque no llega en momento alguna al tercer plano, por lo que finalmente se indica cesárea segmentaria transversa por no descenso (...). Se extrae (...) recién nacido (...) con una circular laxa de cordón al cuello (...). El postoperatorio en planta transcurre dentro de la normalidad, objetivándose en la analítica de control una anemia moderada (...)”*.

Los hechos anteriores también se desprenden del informe elaborado por el Servicio de Parto en el día 28 de mayo de 2007 (folio 258).

Durante la estancia de la afectada en el HUC, los días 3 a 6 de junio de 2007 (folios 140, 141, 191 y 192) como enfermedad actual se observa *“se diagnostica*

infección de herida quirúrgica procediéndose a drenaje de líquido hematopurulento del que se recogen muestras para cultivo. Se procede, así mismo, a desbridamiento y lavado. Loquios fétidos”.

En la exploración física, *“abdomen blando y depresible, doloroso en la zona de la herida. Útero subinvolucionado”.*

Con respecto a las pruebas complementarias, *“se practicó ecografía transvaginal que mostró un útero puerperal con impronta intrauterina en el fundus. La ecografía abdominal no mostró signos de hematomas ni otras colecciones en la pared. Se practicó un hemograma que mostró anemia de 7,5 gr. de hemoglobina y 22% de hematocrito. Leucocitos de 9.400 con 76% de neutrófilos”.*

En cuanto a su evolución, se destaca: *“La paciente fue ingresada con el diagnóstico de fiebre puerperal, infección de herida quirúrgica y posible endometritis. Se solicitó urocultivo y hemocultivo. Se pautó (...) tratamiento antibiótico (...). El día 3/06/07 la paciente se encuentra clínicamente mejor (...). El día 5/06/07 se produce la expulsión espontánea de un material por vía vaginal aparentemente restos de membrana, que a petición de la propia paciente se envía para estudio histopatológico sin que actualmente los resultados estén a nuestra disposición (...). Se practica una ecografía en que se observa la sutura del segmento uterino y un endometrio hiperecogénico sugestivo de material hemático con espesor máximo de 9 mm. No se aprecia patología anexial y no hay líquido libre en el Douglas. Se procede a cambiar la pauta antibiótica (...). Se solicita telefónicamente al Servicio de Microbiología el resultado de los cultivos de la herida quirúrgica, urocultivo y hemocultivo, siendo el resultado del último negativo y detectándose proteus mirabilis tanto en el cultivo de la herida como en el urinocultivo (...).”.*

Finalmente, se le diagnostica infección de herida quirúrgica de cesárea. Endometritis. Anemia en tratamiento.

La paciente ingresa en fecha 6 de junio de 2007 en el HUNSC con dolor de cabeza, y en cicatriz de cesárea, preocupada por su salud, sospechándose padecimiento de endometritis (folio 135 y 155). En la evolución fue asistida correctamente por los facultativos, pues aunque continúa drenando la herida en los primeros días de ingreso se le administra tratamiento pautado adecuadamente, estado afebril y, en general, buena evolución, por lo que recibe el alta hospitalaria el 11 de junio de 2007 (folios 136-138 y 145-150).

V

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación presentada, puesto que el Instructor del procedimiento entiende que no concurren los requisitos necesarios que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública. Concretamente, señala la instrucción en el Fundamento de Derecho Quinto y en la primera consideración, respondiendo al objeto de la reclamación formulada que se actúo conforme a la *lex artis*, que la hemorragia sufrida es habitual en las prácticas de cesárea, *que existe la posibilidad de que la infección fuese coadyuvada por la presencia de los restos filamentosos*; y en cuanto a la endometritis postparto explica que: *“(...) es una infección del endometrio, una complicación infecciosa puerperal frecuente, policlónica, con bacterias aeróbicas y anaeróbicas de la flora vaginal normal. Los tiempos para considerar endometritis adquirida en el Hospital, son para el parto vaginal hasta una semana, para parto vaginal instrumentado, dos semanas, postcesárea un mes.*

La cesárea es el factor más importante de riesgo de endometritis, tanto en frecuencia como en severidad, comparado con pacientes con parto vaginal. El riesgo aumenta hasta treinta veces y según la población puede ocurrir hasta en el 51% de los casos”.

Además, indica la instrucción que, de acuerdo con la historia clínica de la paciente, la profilaxis quirúrgica que se le administró, si bien hoy en día no es la establecida en el protocolo de actuación vigente, en la fecha de la intervención era la adecuada.

Y en cuanto a la esterilidad alegada por la afectada, el órgano instructor en la consideración segunda del Fundamento de Derecho Quinto, indica: *“La endometritis difícilmente es causa de infertilidad, salvo en aquellos casos en los que se produzca adherencias de las paredes uterinas. Sin embargo, en este caso, de acuerdo con lo descrito en la historia clínica de la paciente, no existieron ni adherencias ni obstrucción tubárica.*

Asimismo, la interesada, en el 2009, se somete a una intervención que supone extirpación de parte del ovario, lo que claramente puede relacionarse con la esterilidad de la paciente.

Por lo anterior, debe concluirse que no cabe relacionar la endometritis con la esterilidad padecida”.

2. Debemos considerar lo siguiente:

El informe preceptivo del Jefe de Servicio de Ginecología del HUC (folio 163), que indica: *"(...) Durante la cesárea se produce discreto sangrado por desgarro del ángulo de la incisión (...)";* lo que confirma el escrito de evolución de la paciente en el folio 238. En el mismo informe, el facultativo, de los documentos analizados, deduce que: *"1.- El embarazo fue controlado extraclínica por su ginecólogo y desconocemos las medidas tomadas y si fue clasificado o no como de alto riesgo. 2.- Durante su estancia en el paritorio se siguió el protocolo adecuado a su situación clínica. 3.- El sangrado superior al habitual se produjo intracesárea por desgarro menor del ángulo de la incisión, situación por lo demás no infrecuente en el curso de una cesárea. 4.- En la hoja de Enfermería de control de la intervención figura el recuento de gasas y compresas como completa. Se abrieron 50 compresas se usaron 40 y diez sin usar. Se abrieron 10 gasas, se usaron 6 y 4 sin usar (Folio 264). 5.- La etiología del proceso infeccioso la conocemos, era un proteus mirabilis, lo que resulta difícil de determinar es la vía y el momento del contagio. 6.- Se trata de identificar la frase «restos de material quirúrgico» con una gasa o compresa me parece algo aventurado máxime cuando el recuento durante la intervención ha sido completo".*

El informe complementario del SIP, recabado por la instrucción (folio 168), indica: *"1. el material quirúrgico no fue reconocido microscópicamente por el patólogo debido a su pequeño tamaño. 2. Dicho material quirúrgico se encuentra formado por un acúmulo de hilos o de material filamentosos que probablemente corresponden a material desprendido de una gasa-compresa. Mide aproximadamente 1,0 x 0,5 cm."*

El informe complementario del SIP (folios 613-616), junto con el informe del Jefe de Servicio de Ginecología (folios 507 y 508), solicitados por la Asesoría Jurídica departamental de la Secretaría General del SCS, coinciden con lo expuesto por la instrucción en la Propuesta de Resolución. Además, el primer informe confirma que las infecciones hospitalarias son frecuentes por lo que se tiende a establecer protocolos de mejora de cada actividad mediante vigilancia y control. La veracidad del segundo informe (esterilidad) se desprende del informe del Centro IRMO y de la historia clínica obrante en el expediente (folios 480 y folio 478, respectivamente).

El informe complementario del Servicio de Toco-Ginecología indica: *"(...) En cuanto al procedimiento seguido en el diagnóstico de la complicación infecciosa surgida en el postoperatorio, fue la adecuada".*

El informe del Servicio de Obstetricia, en la descripción macroscópica indica: *“el material remitido consiste en fragmento tisular laminar, blanquecina, que mide 6x5 cm. Y es maloliente”; “el estudio histológico del material remitido revela la presencia de fibrina, material necrótico con colonias bacterianas, restos de material quirúrgico e inflamación aguda abscesificada”*. (Folio 514).

El informe de SIP (folios 098-107) concluye: *“(...) es adecuado a la lex artis ad hoc en todos los procedimientos empleados, teniendo en cuenta (...) su condición de asmática que confería (...) la calificación de alto riesgo obstétrico (...). “(...) este Servicio considera que existe la posibilidad de que la infección pudo ser coadyuvada por la presencia de restos filamentosos (probable material desprendido de una gasa-compresa, según el informe de Anatomía Patológica del Dr. I.M.), pero que es una mera circunstancia dentro del proceso infeccioso padecido (...)”*. Por otra parte, el Servicio de Ginecología y Obstetricia informa sobre la posible relación entre la bacteria proteus mirabilis y el material expulsado por la paciente, indicando que el material expulsado estaba contaminado por dicha bacteria.

3. En cuanto a los consentimientos informados de la paciente, obran en el expediente tanto para cesárea (folios 227 y 228) como para anestesia epidural (folio 229 y 230); así mismo para las transfusiones que sean necesarias (folio 231). Sin embargo, no en cuanto a la anestesia general, al habersele practicado la cesárea con carácter urgente.

VI

1. Del expediente se desprende y así lo consideramos que la intervención sobrevenida en paritorio mediante la práctica de una cesárea fue necesaria a los efectos de velar por la vida del feto -debido a la posición en la que éste se encontraba- y de la madre. La utilización del fórceps no era posible. Por lo que para dicha intervención quirúrgica se tuvo que aplicar a la paciente, sobrevenidamente, la anestesia general que fue valorada por el anestesista, habiendo consentido la paciente la intervención de cesárea (546-547).

De las declaraciones testificales se confirman los siguientes hechos: en el día 28 de mayo de 2007, en un primer momento, con 8 cm. de dilatación, se le aplicó anestesia epidural a la paciente y, posteriormente, debido a la práctica imprevista de cesárea, se le aplicó la anestesia general. No se aplicó el fórceps por la colocación de la presentación y probable desproporción pélvico-cefálico del feto.

Tanto la posible hemorragia como una infección fueron informadas y consentidas por la misma. Por lo tanto, conocía las posibles consecuencias adversas de la intervención. Lo que permite considerar la actuación sanitaria como adecuada a la *lex artis*.

2. Sin embargo, lo cierto es que resulta fehacientemente acreditado en los documentos obrantes en el expediente que el personal sanitario interviniente no se percató del material quirúrgico dejado en el interior del organismo de la paciente, lo que pudo haber "coadyuvado" en la infección y consecuente ingreso hospitalario.

Por tanto, si bien la asistencia médica se entiende que fue la adecuada en cuanto a la urgencia de la cesárea practicada por los motivos expuestos y también en relación a la asistencia y tratamiento recibido como consecuencia del parto y posterior infección diagnosticada, se considera que existe un anormal, deficiente funcionamiento del servicio público, ya que el personal profesional no actuó con la diligencia sanitaria exigible, dada la existencia de material quirúrgico en el interior de la paciente. Dicho resto de material, olvidado o no detectado en el interior del cuerpo de la paciente podría haber potenciado la infección alegada de la herida quirúrgica diagnosticada. Por lo que existe responsabilidad del SCS y es así porque aun cuando no se hubiera evitado la infección *-proteus mirabilis-*, la misma se ha visto agravada siendo por ello mayor la dolencia padecida por la reclamante.

Por las razones expuestas, la Administración sanitaria debe indemnizar parcialmente a la afectada por los daños causados. Para la determinación del *quantum* indemnizatorio (en un 50 %) se tendrá en cuenta, de forma orientativa, el baremo establecido por el sistema para el cálculo de los daños ocasionados con motivo de los accidentes de circulación. Y todo ello, con aplicación de la actualización prevista en el art. 142.3 LRJAP-PAC.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución no se considera conforme a Derecho, por lo que procede indemnizar a la afectada en los términos indicados en el Fundamento VI.2 del presente Dictamen.