



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 0 5 / 2 0 1 4

(Sección 2ª)

La Laguna, a 2 de abril 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 S.R.F.F., por daños personales ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 68/2014 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

El objeto del presente dictamen, solicitado por la Consejera de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial de un Organismo Autónomo de la Administración autonómica.

De la naturaleza de esta Propuesta se deriva la legitimación del órgano solicitante, la competencia del Consejo y la preceptividad del dictamen según los artículos 12.3 y 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación este último precepto con el art. 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial (RPAPRP), aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

II

1. El procedimiento comienza con la presentación de reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria por parte de S.R.F.F., como consecuencia de los daños originados por la que estima deficiente asistencia prestada en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Ntra. Sra. de La Candelaria.

* **PONENTE:** Sr. Belda Quintana.

Según se relata en la citada reclamación, ingresó en el citado Centro Hospitalario el 23 de agosto de 2009 para dar a luz, hecho que ocurrió el día 24 a las 09:47 horas, causando alta al día siguiente.

El 27 de agosto, acude al Servicio de Urgencias del mismo Centro ante los fuertes dolores abdominales, tipo cólico, que presentaba y sangrado genital. Es explorada en dicho Servicio, detectándose, entre otros síntomas, abdomen globuloso y leve dolor a la palpación, a pesar de lo cual se remite a su domicilio.

Al día siguiente, dado que el dolor abdominal era más intenso y presentaba palidez de piel, cuadro de sudoración y dificultad respiratoria, acude nuevamente, mediante ambulancia medicalizada, al Servicio de Urgencias.

Según la reclamante, en este Servicio es diagnosticada de abdomen agudo y se indica laparotomía exploradora. Sin embargo, se procede a realizar, por sangrado activo, una histerectomía total con anexetomía derecha, precisando transfusión de sangre.

La reclamante considera que se le prestó un deficiente servicio, bien durante la actuación que se realizó en el parto o, en todo caso, desde que acudió al Servicio de Urgencias del Hospital el día 27 de agosto, donde no se le realizó prueba, intervención o tratamiento alguno, que de haberse practicado hubiera evitado lo sucedido. Manifiesta que, en concreto, no se le practicó en ese momento ecografía alguna, por lo que no se le detectó el desgarro y pérdida de sangre que llevó al resultado descrito.

Esta deficiente actuación sanitaria le ha producido la total imposibilidad de volver a ser madre, así como la pérdida de órganos esenciales y daños psicológicos y estéticos irreparables.

Solicita por estos hechos, como petición principal, una indemnización de 450.000 euros, atendiendo a las circunstancias concurrentes en el caso, y, subsidiariamente, la cantidad de 214.462,34 euros, resultante ésta última de la aplicación del baremo referido a la valoración de daños causados en accidentes de circulación.

Aporta con su solicitud informe psicológico que valora un mal pronóstico dadas las expectativas que tenía la paciente de tener más hijos de forma natural y los problemas físicos acontecidos, así como informe médico pericial que concluye que los hechos por los que se reclama le han originado un trastorno de personalidad moderado.

2. En el presente procedimiento la reclamante ostenta la condición de interesada en cuanto titular de un interés legítimo, puesto que alega daños sufridos como consecuencia del funcionamiento incorrecto de un servicio público, estando legitimada activamente, por tanto, para iniciar el procedimiento.

Se cumple por otra parte la legitimación pasiva de la Administración autonómica, actuando mediante el Servicio Canario de la Salud, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

La reclamación fue presentada el 15 de julio de 2010, en relación con la asistencia prestada el 27 de agosto de 2009 y de la que causó alta el siguiente 2 de septiembre. No puede, en consecuencia, ser calificada de extemporánea, al no haber transcurrido el plazo de un año que al efecto prevé el art. 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC).

El órgano competente para instruir y proponer la Resolución que ponga fin a este procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 15.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de Salud.

La resolución de la reclamación es competencia del Director del citado Servicio Canario de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, añadido por la Ley 4/2001, de 6 de julio, de Medidas Tributarias, Financieras, de Organización y Relativas al Personal de la Administración Pública de Canarias.

Se resolverá vencido con amplitud el plazo resolutorio, aunque procede resolver expresamente, sin perjuicio de los efectos que esta injustificada dilación comporta [arts. 42.1 y 7; 43.1 y 3.b); 141.3; y 142.1 LRJAP-PAC].

3. En relación con este asunto ya emitió este Consejo su Dictamen 370/2013, de 29 de octubre, en el que se concluyó en la necesidad de retrotraer el procedimiento en orden a recabar informe complementario a emitir por facultativo especialista en Ginecología adscrito a otro Centro hospitalario, al no considerarse adecuadamente fundada la Propuesta de Resolución culminatoria del expediente entonces remitido.

Una vez completada la instrucción en los términos indicados en el citado dictamen, con nueva audiencia a la interesada, y elaborada una nueva Propuesta de Resolución, se somete nuevamente este asunto a la consideración de este Consejo.

4. En el análisis jurídico de la Propuesta de Resolución son de aplicación tanto la citada Ley 30/1992 como el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial, regulación básica en la materia, así como la regulación del servicio sanitario afectado.

III

1. Por lo que se refiere al fondo del asunto, de la documentación obrante en el expediente se deriva la siguiente secuencia de hechos, tal como, tal como constan en el informe del Servicio de Inspección:

- La paciente acude el 23 de agosto de 2009 al Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria (HUNSC) a las 06:08 horas por parto en curso en gestante de 39,5 semanas.

Se produce rotura espontánea de bolsa amniótica a las 15:30 horas, pasa a paritorio a las 16:00 horas, monitorización interna a las 16:30 horas. Anestesia epidural a las 19:15 horas. Todo discurre favorablemente y a las 09:47 horas del día 24 de agosto se produce el nacimiento. Se obtuvo un recién nacido hembra de 3,075 g. y Apgar de 9-9.

Se trató de un parto no instrumentado, eutócico, sin complicación, maniobra, desgarro o sangrado anormal. Controles en postparto inmediato antes de subir a la planta a las 10:40 horas y a las 12:00 horas absolutamente normales.

En todas las anotaciones obrantes en la historia clínica hasta el alta hospitalaria se observan criterios de normalidad: Buen estado general, útero contraído, pérdidas normales, episiotomía normal, mamas blandas normales, afebril, normotensa, micción espontánea, miembros inferiores normales, lactancia positiva.

Causa alta hospitalaria en la tarde del 25 de agosto de 2009.

- Acude a su médico de cabecera el 26 de agosto de 2009 a fin de cursar el alta por enfermedad común y la baja por descanso maternal. No existe mención alguna a sintomatología referida a la reclamación.

- El 27 de agosto de 2009, tres días después del parto, acude a las 17:43 horas a su médico de cabecera, siendo artralgia (dolor articular) el motivo de consulta.

- Ese mismo día, a las 19:14 horas, acude al Servicio de Urgencias del HUNSC por presentar dolor abdominal tipo cólico de un día de evolución, sin fiebre y con sangrado genital escaso.

A la exploración se observa: genitales externos normales, vagina normal, loquios escasos, episiotomía en buen estado. Abdomen globuloso, leve dolor a la palpación en hipogastrio, no signos de irritación peritoneal, útero tónico 0-1. En ecografía transvaginal (EcoTV): Útero de 11 cm, endometrio normal, no líquido libre, no patología ovárica.

No se observa patología urgente y se deriva a su matrona para control.

- A la 01:30 horas del 28 de agosto se moviliza el vehículo de ambulancia medicalizada para traslado desde su domicilio. Llega al HUNSC a las 02:21 horas.

En la anamnesis se expresa: "refiere dolor abdominal que inició en hipogastrio, de 8 horas de evolución que fue en aumento de intensidad, generalizándose luego".

A la exploración: hipotensión, taquicardia, abdomen doloroso a la palpación, con defensa y signos de irritación peritoneal. Vagina: no sangrado. En ecografía abdominal de observa: útero normal, abundante líquido libre.

Es diagnosticada de abdomen agudo quirúrgico que requiere una rápida actuación y se indica laparotomía exploradora en el menor plazo, por lo que a las 03:00 horas entra en quirófano hasta las 05:00 horas.

Se practicó laparotomía abdominal infraumbilical, siendo el hallazgo: hemoperitoneo 3000 cc (se define como hemorragia obstétrica grave aquella que lleva a la pérdida de sangre mayor a 500 cc después de un parto o superior a 1000 después de una cesárea). Útero con posición normal en anteversoflexión, tono normal y desgarro de ligamento ancho derecho (el ligamento ancho del útero sirve como mesenterio para el útero, ovarios y las trompas de Falopio) con sangrado activo. Se realiza histerectomía obstétrica con anexectomía derecha, se realiza hemostasia fondo de saco de Douglas y se transfunde con cuatro concentrados de hematíes.

Pasa a la Unidad de Reanimación postanestésica alrededor de las 05:10 horas y a planta de hospitalización en la tarde del día 29. Evoluciona satisfactoriamente y causa alta hospitalaria el 2 de septiembre de 2009.

2. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación presentada al estimar que no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

Se fundamentan estas conclusiones en las siguientes consideraciones:

Por lo que respecta a la atención prestada durante el parto, se constata a través de la historia clínica y de los informes emitidos que la actuación sanitaria fue correcta, desenvolviéndose sin incidencias, al igual que el postparto. No puede sostenerse por lo tanto que la rotura del ligamento ancho se produjera durante el parto, al haber transcurrido éste con normalidad.

En cuanto a la atención recibida por la paciente en el Servicio de Urgencias el 27 de agosto de 2009 se sostiene igualmente que la asistencia fue correcta, teniendo en cuenta los resultados de la exploración practicada y de la ecografía, que era la prueba indicada para los síntomas que presentaba. Esta prueba diagnóstica en este momento no objetivó la presencia de líquido libre, de sangrado ni de colecciones parauterinas ni circunstancia alguna que exigiera otra actuación.

Se insiste en que en ninguna de las exploraciones y pruebas realizadas se observó hematoma de ligamento ancho, indicando que éste pudo aumentar de volumen provocando el desgarro y la salida del contenido hemático al peritoneo, como se comprobó en la ecografía y en la intervención urgente practicada.

Finalmente, se argumenta que la histerectomía total practicada el 28 de agosto era la actuación indicada ante la descripción de los hallazgos intraoperatorios de hemorragia obstétrica grave en la hoja quirúrgica. Por ello, su práctica se ajusta a la *lex artis*.

Se sostiene por todo ello que la actuación sanitaria fue ajustada a la *lex artis*, ya que la paciente fue adecuadamente atendida de acuerdo con los síntomas que iba presentando en cada momento, sin que los signos de la lesión (hematoma de ligamento ancho) pudieran haber sido detectados antes del día 28 de agosto de 2009, ya que no estaban presentes en la ecografía realizada el día anterior. Se estima por ello que responsabilizar al Servicio Canario de la Salud por no haber realizado pruebas complementarias para poder anticiparse y así evitar lo sucedido carece de fundamento, dado que no estaban indicadas de acuerdo con los síntomas presentados por la paciente.

IV

1. A los efectos de analizar la adecuación a Derecho de la Propuesta de Resolución, procede tener en cuenta que a la Administración no le es exigible más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente. Se hace preciso, por consiguiente, determinar un parámetro que permita valorar el funcionamiento del servicio y, por tanto, la procedencia o no de la actuación médica causante o conectada a la lesión existente; es decir, que permita diferenciar aquellos supuestos en que los resultados dañosos se pueden imputar a la actividad administrativa, incluyendo el tratamiento o asistencia efectuada o la falta de uno u otra, y aquellos otros en los que se ha debido a la evolución natural de la enfermedad y al hecho de la imposibilidad de que los medios de exigible disponibilidad, en función del nivel técnico y científico alcanzado, garantice la cura en todos los casos o completamente.

Este criterio básico, utilizado comúnmente por la jurisprudencia contencioso administrativa, es el de la *lex artis*, sin perjuicio de la aplicabilidad de las normas reguladoras de la prestación del servicio público sanitario, incluyendo los derechos de los pacientes. Así, lo esencial, básicamente, desde una perspectiva asistencial y para la Administración gestora, es la obligación de prestar la debida asistencia médica con el uso de los medios pertinentes en la forma y momento adecuados, con las limitaciones y riesgos inherentes a ellos, conocidos por los pacientes (SSTS de 16 de marzo de 2005; 7 y 20 de marzo de 2007, 12 de julio de 2007 y 25 de septiembre de 2007, entre otras).

Por lo tanto, el criterio de la *lex artis* determina la normalidad de los actos médicos e impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, incluyendo los deberes de información al paciente y previo consentimiento de éste, en su caso, de modo que, en principio y sin perjuicio de supuestos singulares, la existencia de responsabilidad exige tanto la producción de lesión, como la infracción de la *lex artis*, en relación, en particular, con el estado de los conocimientos y de la técnica sanitaria (art. 141.1 LRJAP-PAC).

2. Procede pues analizar en el presente caso si la actuación sanitaria puede considerarse ajustada a la *lex artis*.

2.1. La reclamante plantea en primer lugar, si bien sin mayores argumentos, que la lesión producida pudo haber sido consecuencia de la asistencia prestada durante el parto. En el expediente, sin embargo, puede considerarse acreditado a través de la historia clínica y de los informes emitidos que, como sostiene la Propuesta de Resolución, la actuación prestada a la paciente con ocasión del parto y durante el postparto fue correcta, permaneciendo hemodinámicamente estable, con sangrado vaginal fisiológico y sin que ningún síntoma hiciera sospechar lesión alguna. En el mismo sentido se pronuncia el jefe de Servicio de Ginecología del Hospital Universitario de Canarias (HUC), en el informe emitido como consecuencia del referido dictamen de este Consejo, en el que considera que se trató de un parto normal, con alta precoz en 24 horas, que está dentro de protocolo para los partos de muy buena evolución, como se consideró en este caso.

Estos síntomas no aparecieron hasta tres días después, informando el Servicio de Inspección como causa probable de la complicación padecida, dado que durante el parto no constan desgarros en el canal blando, que se lesionara por distensión una de las ramas de la arteria urinaria, que se acumulara sangre y provocara un hematoma en el ligamento ancho. Ello puede reabsorberse, si bien cuando el volumen es significativo o su tamaño se incrementa puede provocar el desgarro del ligamento ancho, lo que requiere tratamiento quirúrgico.

De la historia clínica de la paciente ni de los informes emitidos puede considerarse que esta lesión se produjera durante el parto, a la vista de la normalidad con que transcurrió éste y el estado de la paciente durante el postparto, sin padecer complicación alguna.

2.2. Por lo que se refiere a la asistencia prestada el día 27 de agosto, a la que fundamentalmente la reclamante achaca el daño producido, informa el Jefe de Servicio de Tocoginecología del HUNSC, que en la exploración genital y tacto vagino-abdominal no se apreció patología alguna y ecográficamente no se observó líquido en la cavidad abdominal. Éste sí fue advertido cuando la paciente acudió nuevamente seis horas después, momento en que fue diagnosticada de abdomen agudo y se practica laparotomía en la que se apreció hemoperitoneo con ligamento ancho desgarrado, con sangrado activo, cuya intensidad y dispersión obligó a practicar histerectomía obstétrica con anexectomía derecha.

Ante esta secuencia de hechos, el Servicio citado entiende que en la primera exploración realizada a la paciente en Urgencias el día 27 de agosto se había iniciado el proceso pero estaba en fase oligosintomática (ecografía normal y exploración negativa) posiblemente por concentración de la hemorragia entre las hojas del ligamento ancho y fue posteriormente, al aumentar la cantidad de la hemorragia, cuando se rompió el ligamento ancho y se produjo el hemoperitoneo que determinó el abdomen agudo, el cual obligó a la intervención quirúrgica.

El Servicio de Inspección, por su parte, aclara que la ecografía transvaginal efectivamente practicada el 27 de agosto es una prueba diagnóstica que permite observar el estado del útero y endometrio, exploración de anejos, exploración de saco de Douglas, presencia de líquido libre abdominal sugerente de sangre o pus, etc. En este caso, la ausencia de líquido libre representa, en ese momento, la inexistencia de infección o de hemorragia intraperitoneal. Añade que la presentación clínica habitual del hematoma del ligamento ancho es la de abdomen agudo, junto con los hallazgos clásicos de dolor abdominal permanente durante el postparto, shock hipovolémico, elevación del fondo uterino y presencia de una masa o colección parauterina unilateral. La ecografía es el método de elección para el diagnóstico de los hematomas ya que demuestra la relación de éste con los órganos pélvicos. Estas manifestaciones clínicas fueron observadas exclusivamente a partir de su reingreso a las 02:21 horas del día 28 de agosto de 2009.

La ausencia de sintomatología la primera vez que la paciente acudió al Servicio de Urgencias descarta la procedencia de efectuar, según informa el Servicio de Inspección, otras pruebas complementarias y en particular la laparotomía exploratoria (técnica quirúrgica que conlleva apertura de la cavidad abdominal), resultando la ecografía, que sí se practicó, la primera prueba diagnóstica indicada, por lo que considera que fueron aplicados los métodos diagnósticos para el cuadro clínico descrito, dado que no existía sintomatología específica que pudiera implicar otra patología.

2.3. Por último, en cuanto a la intervención quirúrgica practicada, resultó asimismo adecuada ante la descripción de los hallazgos intraoperatorios de hemorragia obstétrica grave.

Coincidente con las apreciaciones del Servicio de Inspección es el informe anteriormente citado del Servicio de Ginecología del HUC, que señala que, de acuerdo con los síntomas presentados por la paciente en su primera visita al Servicio

de Urgencias, la exploración llevada a cabo por los facultativos y el resultado de la ecografía vaginal, en la que no se detectó líquido libre, no existía indicación de laparotomía.

Indica también en el mismo sentido que el Servicio de Inspección, que es en la segunda visita a Urgencias cuando los datos analíticos y sobre todo los exploratorios son evidentes, estando correctamente indicada la laparotomía.

Concluye por ello que el alta precoz estaba dentro del protocolo y que se produjo una "rotura uterina silenciosa" que se comporta como tal hasta que la hemorragia es lo suficientemente importante como para un cuadro clínico.

3. Teniendo pues en cuenta todos estos argumentos, puede considerarse acreditado que se pusieron a disposición de la paciente los medios diagnósticos precisos ante los síntomas que presentaba, que no revelaron en ese momento la patología después sufrida. Una vez presentada ésta, la intervención quirúrgica practicada fue igualmente adecuada. Por todo ello, ha de estimarse que efectivamente la actuación sanitaria se ajustó a la *lex artis*.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, desestimatoria de la reclamación, se considera conforme a Derecho.