



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 2 0 3 / 2 0 1 5

(Sección 1ª)

La Laguna, a 27 de mayo de 2015.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por P.M.R., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 173/2015 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad (registro de entrada en este Consejo Consultivo el 27 de abril), es la Propuesta de Resolución del procedimiento de exigencia de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud, iniciado por P.M.R. en solicitud de una indemnización de ciento cincuenta mil (150.000) euros por las lesiones personales cuya causación imputa a la negligencia profesional de los facultativos del citado Servicio que la atendieron.

2. El procedimiento se inició con la presentación del escrito de reclamación el 3 de noviembre de 2004. Esta fecha determina que la preceptividad del dictamen y la competencia del Consejo Consultivo para emitirlo resulten del art. 11.1, e) de su Ley reguladora en su redacción anterior a su modificación por la Ley 5/2011, de 17 de marzo, y en relación con el art. 12.1, de carácter básico, 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.

3. La legitimación de la Excm. Sra. Consejera para solicitar el dictamen resulta del art. 12.3 de la Ley 5/2002.

* Ponente: Sr. Brito González.

4. Se cumplen los requisitos de legitimación activa y pasiva.

5. La interesada, con base en los mismos hechos, demandó el 3 de marzo de 2000 por la vía civil una indemnización al Servicio Canario de la Salud y a los facultativos dependientes del mismo que la atendieron en el parto, los doctores J.M.R. y C.B.F. y la matrona M.R.B. Esa demanda dio origen al procedimiento de juicio de menor cuantía 102/2000, seguido en el Juzgado de Primera Instancia número 2 de Puerto del Rosario, el cual, por Auto, de 16 de julio de 2010, se inhibió a favor de la jurisdicción contencioso-administrativa.

6. Mediante Resolución, de 3 de abril de 2007, la Directora del Servicio Canario de la Salud inadmitió a trámite la reclamación por considerarla prescrita. Contra esta Resolución interpuso la interesada recurso contencioso administrativo, que fue estimado por la Sentencia 265/2008, de 29 de julio de 2008, del Juzgado de lo Contencioso-Administrativo nº 5 de Las Palmas de Gran Canaria, que declaró la nulidad de la Resolución y condenó a la Administración admitir a trámite la reclamación patrimonial formulada por no estar prescrita la acción ejercitada.

En ejecución de esta sentencia, la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud dictó la Resolución, de 23 de octubre de 2008, de admisión de la reclamación presentada por P.M.R. Seis años y cinco meses después, el 30 de marzo de 2015, se formuló la Propuesta de Resolución que desestima la reclamación.

7. Conforme al art. 13.3 RPAPRP, el plazo máximo para la tramitación del procedimiento es de seis meses, plazo que en el presente procedimiento se ha superado desmesuradamente, si bien esta circunstancia no impide que se dicte la resolución porque la Administración está obligada a resolver expresamente aun vencido dicho plazo, en virtud del art. 42.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC), en relación con los arts. 43.3, b) y 142.7 de la misma.

8. En la tramitación del expediente no se ha incurrido en irregularidades procedimentales que obstan a la emisión de un dictamen de fondo.

II

1. Según el escrito de reclamación, el 1 de marzo de 1999 la ahora reclamante alumbró a un niño en el Hospital General de Fuerteventura, siendo asistida en el parto por el doctor J.M.R. y por la comadrona M.R.B. La doctora encargada del

seguimiento del parto fue C.B.F. Del citado escrito se desprenden los siguientes hechos:

«Que inmediatamente después de producirse el alumbramiento, esta parte sufrió una importantísima hemorragia que, al no remitir pese a los variados intentos para ello, forzó que hubiera de ser intervenida quirúrgicamente con carácter de urgencia y con severo riesgo para la paciente (...) fueron informados por el Dr. M. de que la causa de la hemorragia había sido la existencia de “una masa blanda pediculada de 16 por 14 cm. consistente en un mioma pediculado” (...).

El día 10 de marzo de 1999 dieron de alta a esta parte y le dijeron que estaba completamente recuperada y que podía hacer una vida normal, por lo que pensando que todo había sido un susto que por fin había terminado, se trasladó a su domicilio de Morro Jable.

El día 13, sin embargo, y al encontrarse en el baño, notó que una masa comenzaba a salirle por el área genital, por lo que llamó de urgencia al Centro de Salud de Morro Jable y solicitó asistencia médica inmediata. Personada la Doctora G.A. en su domicilio, pudo comprobar que su útero estaba completamente desprendido y que colgaba por fuera de su cuerpo, por lo que ante la gravedad del problema decidió trasladarla con carácter urgente al Hospital General de Fuerteventura en Puerto del Rosario. El diagnóstico de la Dra. A. del Centro de Salud de Morro Jable fue que mi mandante padecía un prolapso o inversión uterina (...).

En el Hospital de Puerto del Rosario esta parte fue asistida por el Dr. S.S. y por la Dra. C.B.F., quienes tras realizar diversas ecografías diagnosticaron una “probable inversión uterina” y acordaron su evacuación urgente y en helicóptero al Hospital Materno Infantil de Las Palmas de G.C.

Ya en Las Palmas a esta parte se le confirmó el diagnóstico de “inversión uterina” y se la sometió a una inmediata intervención quirúrgica de histerectomía, es decir, de extirpación del útero. Así resulta del informe que adjunto bajo el número 4 de los documentos, en el cual se alude igualmente a que “inmediatamente después del parto se había producido una hemorragia que requirió exploración bajo anestesia con el diagnóstico inicial de mioma pediculado, el cual no se confirmó en exploraciones posteriores” (...).

“Que de lo hasta aquí expuesto y del criterio emitido por los especialistas consultados posteriormente por esta parte, la conclusión que se extrae es que jamás

existió mioma alguno, sino una inversión o desprendimiento del útero que los médicos confundieron con un mioma. Ese desprendimiento o inversión del útero se produjo en el momento inmediatamente posterior al parto, y más concretamente cuando se extrajo la placenta, ya que el parto se desarrolló con absoluta normalidad (...). A criterio de los especialistas consultados posteriormente por esta parte, el problema estribó en que la placenta estaba soldada al útero, de modo que al tirar de aquella se arrancó este, y fue esa la causa determinante de la hemorragia. Según el dictamen de tales especialistas la comadrona no debía haber forzado en ningún caso la extracción de la placenta, sino que, al observar resistencia o dificultad para desprenderla y dolor en la paciente, lo que tenía que haber hecho era requerir la presencia de un médico, quien debería haber dispuesto la extracción de la placenta mediante sutura. Esta es por tanto la razón de que la presente reclamación alcance a la comadrona M.R.B., puesto que fue ella la que realizó el primero de los actos negligentes que condujeron a que esta parte acabara perdiendo la matriz y consecuentemente la posibilidad de ser madre de nuevo.

No fue esta sin embargo la única conducta negligente que sufrió esta parte (...) sino que la peor de todas ellas fue que se le diagnosticara un "mioma pediculado" cuando lo que padecía en realidad era una "inversión uterina". (...) Ciertamente si en el momento de producirse la hemorragia tras el parto -o en su caso tras la "exploración bajo anestesia" durante las más de tres horas que llevó la intervención tendente a contener la hemorragia- no se hubiera errado en el diagnóstico confundiendo un útero invertido con un mioma pediculado, esta parte hoy continuaría teniendo útero y posibilidad por tanto de ser madre de nuevo (...).

Resulta en suma de los hechos hasta aquí expuestos y de la interpretación que de ellos han hecho los especialistas consultados por esta parte que, a consecuencia de una serie de errores médicos y particularmente de un grave error de diagnóstico, esta parte no sólo pasó por un calvario de experiencias quirúrgicas y hospitalarias y se ha de someter en la actualidad a revisiones periódicas, sino, sobre todo, que fue privada por completo de la posibilidad de tener más hijos, lo que a la edad de 29 años que tenía entonces resulta ser un gravísimo perjuicio (...).

2. En su escrito de alegaciones, presentado en el trámite de vista del expediente y audiencia, donde fija definitivamente su *causa petendi*, se dice lo siguiente:

«La reclamación en su día interpuesta se basa en el daño que sufrió Doña P.M.R. como consecuencia de que se le diagnosticara incorrectamente la inversión uterina que padecía al confundirla con un "mioma pediculado" lo que conllevó la pérdida de

su útero con 29 años de edad, su hospitalización, dos intervenciones quirúrgicas, la imposibilidad de ser madre de nuevo, las revisiones periódicas a que tiene que someterse, entre otros daños, y que todo se podría haber evitado de no haberse errado de forma tan burda e inexcusable en el diagnóstico (...).

No puede pues dudarse que se erró en el diagnóstico y que en su momento debió tratarse inmediatamente para que se curara sin secuelas, pues el tratamiento tardío de una inversión uterina es la consecuencia directa de que Doña P.M. perdiera su útero, lo que determina que proceda la reparación del daño que se le causó, remitiéndonos expresamente a nuestra reclamación en cuanto a la fundamentación jurídica».

3. En el expediente obra el informe pericial, de 10 de marzo de 2003, suscrito por el profesor M.E.F., Catedrático Director del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de la Universidad C. de Madrid y Jefe del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital C.S.C. de Madrid, en el que se concluye que:

«1. Se trata de una gestación normal que termina con un parto eutócico en sus tres periodos.

2. En el inmediato postparto aparece una hemorragia tras dolor a pareciendo una masa tumoral en vulva que se interpreta erróneamente como un mioma pediculado.

3. Tras una estancia de postparto de 10 días es dada de alta y tres días después se vuelve a poner de manifiesto la presencia de la tumoración diagnosticándose correctamente de inversión uterina.

4. La actuación de la matrona M.R.B. en su participación en el parto nos parece la adecuada y exenta de toda responsabilidad en cuanto al diagnóstico de la "Tumoración".

5. Ha habido un error diagnóstico interpretando como un mioma pediculado lo que era una inversión uterina, que se debería haber intentado reponer de forma inmediata».

4. En el expediente también obra el informe pericial, de 13 de marzo de 2003, suscrito por el doctor J.L.G.G., Profesor Titular de Medicina Legal de la Facultad de Medicina de la Universidad C. de Madrid, en el que se concluye lo siguiente:

"1. La inversión uterina puerperal aguda es una complicación obstétrica poco frecuente, que puede aparecer de forma espontánea tras el parto

2. Un alumbramiento dirigido, como el que hizo M.R.B., no es causa de inversión uterina. La existencia de factores predisponentes es la justificación de que se haya producido este cuadro

3. En el momento actual no es posible conocer, a través de la documentación clínica existente, cuál o cuáles fueron los factores predisponentes que justifican la aparición del cuadro

4. En la documentación clínica consultada, y en la versión de los hechos expuesta por la paciente, no encontramos dato alguno que sugiera una conducta profesional inapropiada de la comadrona, ni que su actuación durante el alumbramiento fuese causa necesaria y suficiente para que se produjera la inversión uterina puerperal aguda".

5. El informe, de 1 de diciembre de 2008, del Jefe del Servicio de Ginecología del Hospital General de Fuerteventura, es de este tenor:

"(...) Parto eutócico el 1/3/1999 a las 17:20 horas atendido por matrona (M.R.B.).

La paciente presenta hemorragia intensa en el postparto inmediato por lo que se llama a ginecólogo de guardia localizada (J.M.F.), debido a la intensidad del sangrado y la no respuesta a medidas habituales, decide revisión del canal del parto bajo anestesia.

Se realiza revisión de canal del parto según procedimiento reglado. Hemorragia masiva con grave riesgo de la vida de la paciente.

Se realizan maniobras de masaje uterino más tratamiento médico, siempre se comprueba que fondo uterino está íntegro y se realiza sutura de desgarros en ambos laterales de cuello uterino. Se reconstruye episiotomía.

Se logra cese de hemorragia consiguiendo estabilidad hemodinámica de la paciente (...).

La hemorragia del postparto inmediato es la más urgente y grave de toda la patología ginecológica y práctica médica.

No existió inversión uterina porque siempre hubo integridad de fondo uterino. La inversión uterina se corrige con maniobras específicas que no se realizaron porque no hubo tal patología y si se solucionó la hemorragia con otros medios.

La inversión uterina se soluciona con dichas maniobras en un porcentaje mínimo de casos, acabando casi en la totalidad de los casos realizando histerectomía y desgraciadamente con una alta mortalidad materna (...).

Se habló con el marido de la paciente comentándole la situación de extrema gravedad por la que había pasado su esposa y que en ese momento se encontraba en situación estable. Se le comentó que dada la situación de extrema urgencia con sangrado tan abundante que se había hecho una presunción diagnóstica de posibilidad de mioma pediculado o pólipo más la atonía uterina (...).

Se mantuvo a la paciente ingresada y con controles durante 10 días estando sintomática. Las púerperas se suelen tener 24/48 horas ingresadas normalmente.

Se da el alta sintomática el 10/03/1999 recomendándole reposo y control en 7 días.

Se mantiene en el informe de alta la sospecha de nódulo endouterino y nunca por parte de ninguno de los doctores que componían el servicio en esas fechas diagnóstico de inversión uterina. Dr. J.M., Dr. S.S., Dra. P.A. y Dra. C.B.

La paciente según propio relato inicia su trabajo habitual el mismo día de su alta. (Dra. C.B.)

El día 13/03/1999 acude a C. de Salud donde con sospecha de prolapso uterino se remite a urgencias del Hospital de Fuerteventura.

La paciente es atendida por la Dra. C.B. realizándose diagnóstico de inversión uterina llamando al Dr. S.S. que ratificó diagnóstico. Se realizó traslado a Hospital de referencia en Las Palmas donde realizaron el tratamiento habitual de una inversión uterina (histerectomía) (...).

6. El informe, de 26 de noviembre de 2008, del Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Complejo Hospitalario Universitario Materno Insular, expresa lo siguiente:

“La paciente fue remitida desde el Hospital de Fuerteventura el día 13 de marzo de 1999 con el diagnóstico de probabilidad de inversión uterina. El mismo día de su ingreso, y tras confirmar el diagnóstico, se realizó intervención quirúrgica que resolvió el cuadro clínico de la paciente junto con tratamiento analgésico y antibiótico.

El postoperatorio cursó dentro de la normalidad siendo dada de alta la paciente el día 21 de marzo de 1999.

No encuentro en la historia del Hospital Universitario Materno infantil de Canarias ningún factor que tenga relación con una deficiente asistencia.

No se puede informar sobre la atención prestada en otro centro hospitalario ya que no disponemos de la historia clínica correspondiente”.

7. El 21 de diciembre de 2011, a instancias del instructor del expediente, este mismo Jefe del Servicio, con base en el análisis de la reclamación presentada por P.M.R. y los informes médicos anteriormente señalados, emite nuevo informe en el que señala:

«Error diagnóstico y consecuencias del mismo.

En el protocolo quirúrgico de las actuaciones realizadas para solucionar la metrorragia postparto, se describe la presencia de un mioma pediculado de 16 por 14 centímetros al que no se consideró causa de la metrorragia puesto que no se tomó ninguna actitud terapéutica con respecto al mismo, recomendando el profesional que lo diagnosticó que se realizaran controles posteriores con la finalidad de un mejor diagnóstico y una actuación terapéutica. En los controles ecográficos posteriores no se observó ninguna imagen compatible con dicho diagnóstico y en el procedimiento quirúrgico realizado en el Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias y posterior análisis anatomopatológico de la pieza de histerectomía no se objetivó ningún mioma, por lo que se puede afirmar que no existía ningún mioma pediculado de 16 por 14 centímetros.

El siguiente factor a analizar es si dicho error diagnóstico es posible dentro de una práctica médica realizada según la *lex artis*.

La imagen macroscópica de un mioma pediculado y de una inversión parcial del fondo uterino es semejante, ya que ambas formaciones están compuestas por el mismo material orgánico. Sirve de diagnóstico diferencial, a favor de la inversión uterina, la presencia de una hemorragia incoercible tras el alumbramiento que únicamente cede tras la reposición de la inversión uterina y no localizar mediante tacto abdominal el fondo uterino en su posición habitual tras el parto y los primeros días de puerperio. En la historia clínica y en el informe del Jefe de Servicio de Ginecología de Fuerteventura, queda constancia de que la metrorragia post-alumbramiento cedió, y se describe que en la revisión realizada tras el alumbramiento y en los días sucesivos de puerperio, la altura uterina fue la adecuada

para el postparto y los días de puerperio considerados, y además, en los controles ecográficos realizados en los días de puerperio en que la paciente estuvo ingresada se observó una cavidad uterina normal con ausencia de inversión uterina y de mioma pediculado de 16 por 14 centímetros. Los hechos descritos nos obligan a concluir que no existió en ningún momento mioma pediculado y lo que sí hubo fue una inversión uterina parcial que se repuso de forma no consciente con las actuaciones médicas realizadas para tratar la metrorragia postparto, ya que en caso contrario la paciente no habría dejado de sangrar y las exploraciones posteriores, tanto clínicas como ecográficas no habrían informado de un útero de características normales.

En conclusión: Hubo un error diagnóstico, dicho error es posible en la práctica médica realizada de acuerdo con la *lex artis*, dada la similitud del aspecto macroscópico del mioma pediculado y la inversión uterina parcial y no tuvo consecuencias para la salud de la paciente, ya que la hemorragia postparto fue yugulada en tiempo adecuado.

Asistencia incorrecta al alumbramiento.

En la demanda se refiere que la inversión uterina parcial es consecuencia de la tracción del cordón umbilical, afirmación que no es posible realizar de forma rotunda, en atención a los conocimientos médicos actuales (...).

En conclusión: No hubo asistencia incorrecta al nacimiento, ya que aunque se describe la tracción del cordón como causa posible, la relación no es de causa-efecto, ya que la tracción sobre el cordón umbilical es una maniobra que se suele realizar cuando hay dificultad para el alumbramiento y sin embargo la frecuencia media publicada de inversión uterina es de 1 por cada 20.000 partos.

Pérdida del útero.

Tres días después del alta, la paciente acudió a su centro de salud y posteriormente al Hospital de Fuerteventura al observar en sus genitales una masa que fue diagnosticada de inversión uterina. Remitida al Hospital Materno-Infantil de Canarias (Las Palmas de Gran Canaria) se confirma el diagnóstico y se termina extirpando el útero. Considerando la historia clínica de la paciente hay que considerar que la inversión uterina que motivó el traslado a Las Palmas es "de novo" y espontánea; ya que, como se razonó anteriormente, por los controles realizados durante su ingreso en el Hospital de Fuerteventura y la ausencia de metrorragia importante, la inicial inversión parcial uterina que se produjo tras el alumbramiento

se redujo de forma espontánea motivando el cese de la metrorragia postparto. Para que se produzca una inversión uterina tienen que darse varias condiciones. Una de ellas es la laxitud de los tejidos uterinos y otra es la presencia de un cuello entreabierto, ambas se dan en el puerperio inmediato. En el Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias se intentó inicialmente reponer el útero mediante técnica quirúrgica, pero se optó por la histerectomía al observar el mal estado de la pared uterina que podría obligar a una nueva intervención para realizar una histerectomía o producirse otra inversión uterina espontánea, tal como las previas.

En conclusión: La histerectomía no guarda ninguna relación con la actuación realizada en el Hospital de Fuerteventura sino con el estado uterino observado en la intervención quirúrgica realizada en el Hospital de Las Palmas.

CONCLUSIÓN FINAL

P.M.R. ha tenido una rara complicación del parto ya que la inversión uterina tiene una frecuencia media de 1 cada 20.000 nacimientos. Dicha complicación tiene una alta mortalidad que solo se evita con una actuación sanitaria eficaz, tal como la que recibió la paciente. Sin la actuación médica recibida la paciente, posiblemente, habría fallecido. La atención prestada ha sido realizada de acuerdo a la *lex artis*.

8. Del contenido de los informes médicos transcritos permiten se desprende lo siguiente:

a) No existe prueba alguna de que la placenta estuviera soldada al útero. La placenta fue expulsada con las membranas íntegras. Por consiguiente, la tracción del cordón umbilical no pudo arrastrar al útero.

b) Las causas de una inversión uterina son desconocidas. Se trata de una complicación extremadamente rara del parto (1/20.000). Los factores iatrogénicos asociados a su producción siempre necesitan de factores predisponentes de la propia paciente. Ninguno de esos factores iatrogénicos ha concurrido en el presente caso. Entre esos factores predisponentes se hallan la debilidad de la pared muscular del útero y la presencia de un cuello entreabierto, circunstancias ambas que concurren en el puerperio inmediato. Los factores predisponentes causan la aparición espontánea de la inversión uterina.

c) Una inversión uterina se presenta acompañada de dolor, hemorragia intensa y shock de la paciente. Si no se trata inmediatamente, causa la muerte de la paciente.

d) El tratamiento de una inversión uterina estriba, en primer lugar, en intentar reposicionar el útero mediante maniobras. Si esto no se consigue, no hay más alternativa terapéutica que la histerectomía.

e) El aspecto macroscópico de una inversión uterina es fácil de confundir con un mioma pediculado. Esta confusión es favorecida por el hecho de que, al ser una complicación extremadamente rara, los profesionales no suelen encontrarse con ella en su práctica, razón por la cual los más carecen de experiencia para establecer un diagnóstico diferencial.

f) En el presente caso, los facultativos que atendieron en el parto a la reclamante erraron en el diagnóstico porque confundieron la profusión del útero con un mioma pediculado.

g) Ese error de diagnóstico no tuvo ninguna trascendencia en el tratamiento a la paciente porque con las maniobras de masaje uterino y en la intervención para suturar los desgarros de ambos laterales del cuello uterino los facultativos reposicionaron el útero y solventaron la inversión uterina. Si no hubiera sido así, la paciente habría continuado sufriendo dolor, hemorragia y habría fallecido en breve plazo. El reposicionamiento del útero está no sólo confirmado por la desaparición de los síntomas de la inversión uterina y el restablecimiento de la paciente, sino también porque en los exámenes médicos posteriores se comprobó la integridad del fondo uterino; y porque pruebas médicas objetivas, como son las ecografías, que se le realizaron durante su ingreso hospitalario subsiguiente al parto, revelan un útero anatómicamente normal.

h) La inversión uterina que sufrió la paciente después de su alta hospitalaria y trece días después del parto se presentó espontáneamente. El tratamiento médico que se le dispensó en esta segunda ocasión consistió inicialmente en reponer el útero mediante técnica quirúrgica, pero la constatación de que el mal estado de la pared uterina causaría, como ya había sucedido, nuevas inversiones uterinas espontáneas con riesgo de muerte para la paciente obligó a que se le realizara la histerectomía, que es el tratamiento adecuado cuando la reposición del útero es imposible o inútil para evitar la aparición de esa grave patología en el futuro.

III

1. Como ya dijimos, la reclamación inicial se basaba en la afirmación de una incorrecta actuación de la matrona al tirar del cordón umbilical, lo cual habría

provocado la inversión uterina porque la placenta estaba soldada al útero. No se ha aportado prueba alguna de estos dos extremos de hecho, por lo que la pretensión resarcitoria con base en la mera afirmación de la reclamante no puede ser estimada.

Asimismo, la interesada abandona esta razón de pedir y fundamenta su pretensión exclusivamente en el segundo hecho alegado, el error de diagnóstico consistente en confundir la primera inversión uterina con un mioma pediculado. Para la estimación de la pretensión con base en este error es necesario que quede establecida la relación de causalidad entre el error de diagnóstico y la pérdida del útero; con otras palabras, que se haya probado que de no haberse producido tal error la histerectomía se habría evitado.

La reclamante no razona ni aporta prueba médica que demuestre que ese error de diagnóstico conllevó la pérdida del útero.

2. Además, no todo error de diagnóstico de los facultativos del servicio público de salud comporta la responsabilidad patrimonial de este, porque el diagnóstico médico es un juicio clínico sobre el estado de salud de una persona y que se establece a partir de los síntomas, signos y hallazgos de las exploraciones y pruebas realizadas a un paciente, de la enfermedad que este padece. Por regla general, una enfermedad no está relacionada de una forma biunívoca con un síntoma. Normalmente, un síntoma no es exclusivo de una patología. Diferentes patologías pueden expresar síntomas idénticos. Por ello, no es jurídicamente exigible para todos los supuestos el diagnóstico certero y en consecuencia el error científico médico en principio no puede originar sin más responsabilidad. Ello es así porque el concepto de diagnóstico coincide con el de pronóstico. Se entiende por pronóstico, en medicina, (como también en otras ciencias), el análisis y la correspondiente deducción del conjunto de datos que se obtienen de múltiples estudios clínicos realizados sobre una enfermedad en concreto, que generalmente se constituyen, en la práctica, en series estadísticas de datos.

De estos estudios se obtienen unas constantes, llamadas factores de pronóstico, que el médico debe saber distinguir y definir en un individuo en particular a través de la sintomatología y de las pruebas diagnósticas que se le efectúan. El diagnóstico es, pues, un pronóstico médico individualizado, simplemente. El concepto de pronóstico nunca puede estar unido al de la certeza; la incertidumbre, la posibilidad, lo aleatorio se configura como la esencia del pronóstico. Por esta razón, el error de diagnóstico de los facultativos del servicio público de salud sólo genera la responsabilidad patrimonial de este en el supuesto de que el error de diagnóstico se

deba a una manifiesta negligencia o ignorancia o por no emplear oportunamente los medios técnicos y pruebas médicas que ayudan a evitar los errores de apreciación. De ahí que, como se declara en la STS de 6 de octubre de 2005 "(...) no cabe apreciar la culpa del facultativo en aquellos supuestos en que la confusión viene determinada por la ausencia de síntomas claros de la enfermedad, o cuando los mismos resultan enmascarados con otros más evidentes característicos de otra dolencia (STS de 10 de diciembre de 1996), y tampoco cuando quepa calificar el error de diagnóstico de disculpable o de apreciación (STS de 8 de abril de 1996)".

Como quedó establecido más atrás, el aspecto macroscópico de una inversión uterina es fácil de confundir con un mioma pediculado. Esta confusión es favorecida por el hecho de que al ser una complicación extremadamente rara los profesionales no suelen encontrarse con ella en su práctica, razón por la cual los más carecen de experiencia para establecer un diagnóstico diferencial. Por cuya razón, conforme a la doctrina jurisprudencial expuesta, no se está ante error debido a una manifiesta negligencia o ignorancia profesional, sino ante un error de diagnóstico disculpable o de apreciación; el cual, en la hipótesis de que hubiera causado la pérdida del útero, no determinaría la responsabilidad del Servicio Canario de la Salud.

Pero en el caso analizado ese error de diagnóstico no determinó la producción del daño por el que se reclama pues, como ya sabemos por los informes médicos, el tratamiento de una inversión uterina consiste en el reposicionamiento del útero. Si esto es imposible o inútil, debido a que las condiciones del tejido uterino propiciarán la repetición de la inversión uterina, entonces la histerectomía es el tratamiento adecuado.

En conclusión, resulta acreditado que los facultativos que la atendieron en el parto incurrieron en un error de diagnóstico al confundir la primera inversión uterina con un mioma pediculado pero, como ha quedado establecido por los informes médicos y la documentación clínica, ese error de diagnóstico no tuvo ninguna transcendencia en el tratamiento a la paciente porque con las maniobras de masaje uterino y en la intervención para suturar los desgarros de ambos laterales del cuello uterino los facultativos reposicionaron el útero y por ende solventaron la inversión uterina. Si no hubiera sido así, la paciente habría continuado sufriendo dolor, hemorragia y habría fallecido en breve plazo. El reposicionamiento del útero está no sólo confirmado por la desaparición de los síntomas de la inversión uterina y el restablecimiento de la paciente, sino también porque en los exámenes médicos

posteriores se comprobó la integridad del fondo uterino, y porque pruebas médicas objetivas, como son las ecografías que se le realizaron durante su ingreso hospitalario subsiguiente al parto, revelan un útero anatómicamente normal.

Para que un error de diagnóstico genere tal responsabilidad es necesario que haya impedido aplicar la terapia adecuada para atajar la patología. En este caso, los perjuicios personales que cause la evolución de aquella, por no haber sido tratada oportuna y correctamente, pueden ser considerados como causados por la actuación negligente del profesional. Si este hubiera actuado diligentemente, aquellos no se habrían producido, por lo que se le puede imputar jurídicamente su causación.

Pero, si a pesar de que se yerre en el diagnóstico de una patología, la actuación médica, como sucede en este caso, la aborda adecuadamente, entonces no se puede considerar que la patología haya sido causada por ese error de diagnóstico.

Habiendo salvado la primera inversión uterina, la aparición de la segunda no se puede imputar a la actuación médica que curó la primera. El conocimiento médico prescribe que se intente primero reposicionar el útero. Esto fue lo que hicieron los facultativos, aunque sin propósito de ello. Si no se hubiera podido lograr, entonces habrían debido practicar la histerectomía. Pero esta no fue necesaria porque la inversión uterina había sido revertida. La segunda no es efecto de esa actuación médica, sino que se presentó espontáneamente debido a las circunstancias personales de la propia paciente. El tratamiento médico que se le dispensó en esta segunda ocasión consistió inicialmente en reponer el útero mediante técnica quirúrgica, pero la constatación de que el mal estado de la pared uterina causaría, como ya había sucedido, nuevas inversiones uterinas espontáneas con riesgo de muerte para la paciente, obligó a que se le realizara la histerectomía, que es el tratamiento adecuado cuando la reposición del útero es imposible o inútil para evitar la aparición de esa grave patología en el futuro.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta Resolución recaída en el expediente de responsabilidad patrimonial nº 108/04 es conforme a Derecho, debiendo desestimarse la solicitud de indemnización formulada por P.M.R.