



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 2 0 4 / 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 R.P.G., en nombre y representación de E.R.T. y de E.H.R., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 175/2015 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, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud, que trae causa del anterior expediente 177/2012, en relación con el que se emitió el Dictamen 235/2012, de 15 de mayo de 2012 y, a su vez, del expediente 424/2014 en relación con el que se emitió el Dictamen 444/2014, de 12 diciembre de 2014.

2. Como ya se ha señalado en los Dictámenes 235/2012 y 444/2014, a los que nos remitimos, emitidos en relación con los expedientes de los que trae causa el presente procedimiento, se cumplen todos los requisitos exigidos para tramitación de este procedimiento, no existiendo obstáculo alguno que impida entrar a analizar el fondo del asunto.

II

1. Según el escrito de reclamación que se interpone por los interesados, los hechos que dan origen a la reclamación son los siguientes:

* Ponente: Sr. Brito González.

«PRIMERO.- Que el nueve de mayo de 2000, E.H.R. fue examinada en su 37 semana de gestación por el médico F.C.M., en el centro de atención primaria de San Juan de Telde, tras el cual es remitida con carácter de urgencia a la UNIDAD DE ALTO RIESGO DE OBSTETRICIA (ARO) del Hospital Materno Infantil de Gran Canaria, personándose a la 18.04 del mismo día en el citado servicio, y tras un ligero examen es emplazada para el día siguiente "por tener una máquina estropeada".

Dentro de la secuencia lógica de la atención médica, superada la posibilidad de diagnóstico básico del centro de Atención Primaria, se hace necesaria una atención especializada que sea de mayor complejidad técnica y que complemente aquella. El acceso a la atención especializada se hace por medio del Servicio de Urgencias hospitalario pues era necesario evaluar, diagnosticar y tratar a la paciente con cuidados especiales y continuados, ya que presentaba una situación de riesgo vital que requería medidas terapéuticas del centro hospitalario.

No parece lógico que la falta de un elemento material, así entendida la avería de una máquina, tenga por consecuencia la falta total de atención y observación.

SEGUNDO.- Que en la madrugada del día 10 de mayo de 2000, E.H.R. se dirige, con fuertes dolores, al Servicio de Urgencia del Hospital Materno Infantil, en el cual a pesar de sus ruegos, no fue atendida hasta dos horas después de su llegada, y sin que hubiese nadie en espera antes que ella.

TERCERO.- Que a las 05:59 horas fue atendida por personal del servicio, y a pesar de que les advirtió de sus fuertes dolores y que su parto podía tener algún riesgo, dada cuenta que estaba pendiente de examen en la Unidad ARO, fue desoída nuevamente y sin ser examinada siquiera la remitieron a su domicilio.

Todo ello cuando la asistencia sanitaria en régimen de hospitalización lleva consigo la aplicación de tratamientos o procedimientos terapéuticos, independientemente de que su necesidad tenga causa o no en el motivo de su admisión. No se entiende y sorprende, que contando la paciente con 37 semanas de gestación y cuando es remitida por existir algún riesgo en su parto, no se protocoliza su atención en el Servicio de Urgencias como grupo de riesgo para que tenga una atención preferente.

CUARTO.- Que haciendo caso omiso a la anterior orden, y tras una espera de otros 15 minutos más, exigió nuevamente ser atendida al no cesar los dolores, siendo finalmente examinada por un médico que en vista la situación optó por su

monitorización, y tras su resultado fue intervenida de urgencia practicándole una cesárea.

QUINTO.- Que P.R.H., hija de E.R.T. y de E.H.R., nació a la 6:53 horas del 10 de mayo de 2000 mediante cesárea tras su 37,2 semana gestacional, elevándose informe el 30 de mayo de 2001 por el Servicio de Neonatología del Hospital Materno Infantil en el que se le establece un diagnóstico de ENCEFALOPATÍA HIPÓXICO-ISQUÉMICA GRADO III B, y el 30 de marzo de 2001 la Unidad de Neurología del departamento de Pediatría del Materno Infantil eleva informe por el que se establece el diagnóstico de ENCEFALOPATÍA HIPÓXICO-ISQUÉMICA. PCI ESPÁSTICA. SÍNDROME CONVULSIVO GENERALIZADO».

2. En el DCC 235/2012 se concluía que debían retrotraerse las actuaciones a efectos de recabar la documentación señalada en su último fundamento, en el que se señalaba:

«Dado el escaso tiempo transcurrido desde el ingreso en Urgencias y su alta en un primer momento hasta el nuevo ingreso y extracción del feto con graves daños cerebrales por desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, es preciso que se emita informe por el Dr. F.C.M. pues será dicho facultativo quien pueda constatar qué lo llevó a remitir a la paciente a Urgencias hospitalarias. Además, deberá indicarse la información adicional antes señalada, referente a la posible causa del CIR y si pudo estar relacionada con la placenta y su incidencia en las consecuencias sufridas por la hija de los reclamantes.

Debe recordarse que obra en el expediente que se remitió inicialmente -a la vista del cual se emitió el Dictamen 235/2012- que fue el propio Servicio de Inspección y Prestaciones -en aquel momento de Inspección, Prestaciones y Farmacia- quien desde un primer momento requirió el informe que, una vez más, se solicita por este Consejo y que sigue sin aportarse tanto tiempo después.

Así, en el informe emitido por aquel Servicio el 8 de abril de 2005, en su apartado B) "Actuaciones practicadas", se señala que el 26 de mayo de 2004 se solicitó, entre otras cosas, "que por parte del facultativo Dr. F.C.M. se informe sobre los hechos objeto de la reclamación". Mas, nunca se remitió tal informe.

Sin embargo, y sin que tuviera intervención alguna en la asistencia prestada a la paciente, se recaban hasta tres informes del Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Materno Infantil: el primero, de 7 de julio de 2004;

posteriormente, se amplía el anterior el 8 de marzo de 2005, y, el último, el de 26 de noviembre de 2013, como no podría ser de otro modo, reitera lo ya señalado anteriormente.

Por todo ello, deberán retrotraerse de nuevo las actuaciones a fin de recabar el informe del Dr. F.C.M. en los términos señalados en este Dictamen, y en el anterior Dictamen 235/2012.

Por otra parte, se nos ha remitido informe de Urgencias del Hospital Materno Infantil, de 9 de mayo de 2000, que resulta ilegible, y que en todo caso sólo refiere la realización de control cardiotocográfico.

A la vista de ello, también deberá recabarse informe de especialista en Obstetricia y Ginecología del Servicio Canario de la Salud, ajeno al Hospital Materno Infantil de Las Palmas de Gran Canaria, que se pronuncie sobre las pruebas a realizar ante la sintomatología que presentaba la paciente a su ingreso, en relación con sus antecedentes clínicos y la procedencia del alta en ese momento.

Finalmente, una vez obtenidos los referidos informes, deberá concederse nuevamente trámite de audiencia a los interesados y emitir nueva PR que se someterá a dictamen de este Consejo Consultivo».

3. Constan practicadas en este procedimiento las siguientes actuaciones:

1) El 17 de diciembre de 2014 se remite a la Gerencia de Atención Primaria de Las Palmas de Gran Canaria solicitud de emisión de informe por el Dr. F.C.M., que lo emite, tras ser reiterada la solicitud, el 20 de marzo de 2015.

2) En la misma fecha se solicita al Hospital Universitario Ntra. Sra. de La Candelaria que emita informe por especialista en Obstetricia Y Ginecología, a lo que se procede por el Jefe del indicado Servicio, tras ser reiterada la solicitud, el 19 de enero de 2015.

3) El 27 de marzo de 2015, se concede trámite de audiencia a los interesados, lo que se les notifica el 31 de marzo de 2015, sin que hayan presentado alegaciones.

4) El 14 de abril de 2015, se emite Propuesta de Resolución en la que se desestima la solicitud de los interesados.

III

1. En cuanto al fondo del asunto, la Propuesta de Resolución desestima la pretensión de los interesados, al entender que la actuación de los servicios sanitarios

fue adecuada da la *lex artis*, reiterando los términos de las anteriores Propuestas de Resolución, objeto de los Dictámenes 235/2012 y 444/2014, añadiendo las conclusiones de los nuevos informes incorporados.

2. Pues bien, los nuevos informes aportados permiten ahora sostener con una adecuada fundamentación la ausencia de nexo causal entre el daño producido a los reclamantes y el funcionamiento de la Administración.

En especial, resulta esclarecedor el informe del Dr. F.C.M. que, si bien aclara que no fue quien remitió a la paciente a Urgencias por sospecha de CIR, lo que obligaría al Servicio Canario de la Salud a solicitar informe al médico que efectivamente trató a la reclamante, sin embargo da respuesta a los extremos sobre los que se demandaba información por este Consejo Consultivo.

Asimismo, se aclara por el Dr. D.M.M., jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Ntra. Sra. de La Candelaria, tal y como se solicitó, que el registro cardiotocográfico basal, prueba indicada ante sospecha de CIR, realizado de urgencia en el Hospital Materno Infantil fue informado como normal y que se le citó en la consulta de alto riesgo obstétrico (ARO) al día siguiente, “teniendo en cuenta que no había ningún factor que justificara la finalización del embarazo de forma inmediata”.

Si bien, además, el referido informe señala que otra de las pruebas indicadas ante sospecha de CIR es el estudio Doppler, que permite el estudio de la circulación intraplacentaria y fetal, no constando la realización del mismo en este caso, sin embargo ha de señalarse que la bibliografía médica informa de que “en episodios de hipoxia aguda, por ejemplo, accidentes de cordón o desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, al ser eventos de rápida instalación, el Doppler no es útil para prever el desenlace fetal”, precisando seguidamente que “En casos de desprendimiento prematuro de placenta, el Doppler puede ser normal y hay que valorar los hallazgos ecográficos y el resto de las pruebas de bienestar fetal en conjunto”.

Añade en este mismo sentido el Dr. D.M.M. que “El desprendimiento prematuro de placenta normoinserta es un accidente obstétrico grave que ocurre de manera inesperada, imposible de predecir, sobre todo cuando no hay factores de riesgo, como preclampsia, malos antecedentes obstétricos, cuestión que no se daba en la paciente de la que estamos informando”.

Por su parte, se detrae del informe emitido por el Dr. F.C.M. que, efectivamente, el CIR puede ser un factor predisponente del desprendimiento de placenta. Así, ante sospecha de CIR la paciente es remitida al Servicio de Urgencias a fin de que se determine el estado del feto por medio de monitorización cardiotocográfica.

Realizada tal prueba, se concluye que el estado del feto en aquel momento es correcto, por lo que ello, unido a la falta de otros factores predisponentes, excluye la indicación de extracción fetal anticipada, citándose a la paciente para ARO al día siguiente.

Además, tras nacer la niña, se descarta por aquel especialista la sospecha clínica y ecográfica de CIR, dado el percentil (12) de la recién nacida. Así indica que "La paciente es remitida al Servicio de Urgencias para la realización de una monitorización cardiotocográfica para la evaluación del bienestar fetal que es lo correcto; cuando se tiene un diagnóstico de CIR y que, al ser este reactivo y sin dinámica se confirma que el estado fetal en ese momento es adecuado".

Se añade en el citado informe que:

1. "(...) aunque el CIR puede ser un factor predisponente del desprendimiento de placenta, en la gran mayoría de las ocasiones en que se diagnostica un CIR el desprendimiento prematuro de placenta no sucede".

2. "(...) ante un diagnóstico de CIR con pruebas de bienestar fetal normales no hay que hacer ninguna acción para prevenir un desprendimiento de placenta puesto que no es posible predecir ni evitar esta complicación".

3. "(...) el resultado de depresión neonatal es fruto del cuadro agudo de desprendimiento prematuro de placenta en un 80% y no del diagnóstico previo de CIR".

4. "(...) el diagnóstico de sospecha de CIR no se confirma al nacimiento y la realización previa de control cardiotocográfico reactivo confirma un estado de bienestar adecuado y, por lo tanto, un normal estado de oxigenación fetal".

3. Del expediente remitido a este Consejo se constata que el día 9 es vista en el ambulatorio de Telde por el tocólogo de zona, el cual, a la vista de la sospecha ecográfica de Crecimiento Intrauterino Retardado (CIR) remite a la paciente al Hospital Materno-Infantil, donde se le practica exploración obstétrica y registro basal de la frecuencia cardíaca fetal, informado como normal en ese momento, por lo que se da el alta a la paciente. En este punto, se señala que la práctica habitual del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Materno Infantil es que cuando las

pacientes no requieren ingreso hospitalario el registro tocográfico es entregado a las mismas, junto con el informe de alta.

Al día siguiente (10 de mayo de 2000), la paciente acude al Servicio de Urgencias de Obstetricia y Ginecología a las 05:59 horas, y a las 06:53 horas se extrae el feto. En ese espacio de tiempo, se le realiza toma de constantes, exploración general y obstétrica, se ausculta la FCF, se realiza ecografía, se llega al diagnóstico de intensa bradicardia fetal y probable desprendimiento de placenta, se realiza extracción de sangre para analítica preoperatoria, se realiza cesárea, y se extrae el feto.

De todo ello cabe concluir, como ha hecho ahora fundadamente la Propuesta de Resolución, que tanto el día 9 de mayo de 2000 como el día 10 de ese mes la paciente fue tratada adecuadamente, sin que pueda establecerse relación causal entre el daño sufrido por la niña y la actuación del Servicio Canario de la Salud.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta Resolución recaída en el expediente de responsabilidad patrimonial nº 31/01 es conforme a Derecho, debiendo desestimarse la solicitud de indemnización formulada por R.P.G., en nombre y representación de E.R.T. y E.H.R.