



Consejo Consultivo de Canarias

## DICTAMEN 397/2015

(Sección 2ª)

La Laguna, a 29 de octubre de 2015.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero 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 S.N.S., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 394/2015 IDS)\**.

## FUNDAMENTOS

### I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud iniciado el 21 de enero de 2013 por S.N.S., en solicitud de una indemnización de 85.585 euros por la histerectomía a la que hubo de someterse el 10 de abril de 2012 a causa de negligencia profesional que imputa a los facultativos del Hospital Universitario de Canarias (HUC), dependiente del citado Servicio, tras practicarle una cesárea el día 19 de enero de 2012.

2. La cuantía de la indemnización solicitada determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación el primer precepto con el art. 142.3, de carácter básico, de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC).

---

\* Ponente: Sr. Belda Quintana.

## II

1. La afectada, en sus escritos de reclamación inicial, presentado el 21 de enero de 2013, y posterior de mejora, presentado el 11 de febrero de 2013, alega que el día 18 de enero de 2012 ingresa en el Hospital Universitario de Canarias (HUC) bajo juicio diagnóstico de gestación gemelar bicorial biamniótica para cesárea selectiva, la cual se le practica al día siguiente, transcurriendo esta sin incidencias y dándosele el alta el día 23 de enero de 2012.

Pasados dos meses desde la cesárea, acude a consulta de Ginecología el 21 de marzo de 2012 debido a la persistencia de hemorragias, siendo derivada al Servicio de Urgencias del HUC para realizar legrado evacuador, que se practica el 23 de marzo siguiente y se le extraen abundantes restos fibrosos adheridos a cara posterior de útero, bajo control ecográfico. Se realiza legrado de cavidad uterina con legra roma sin poder extraer restos, persistiendo dicho patrón tras realizar el procedimiento.

Es citada para consulta el 25 de abril de 2012, pero acude nuevamente al HUC el día 2 de abril de 2012 para inclusión en lista de espera quirúrgica, bajo juicio diagnóstico provisional de "retención placentaria". Ingresa el día 9 de abril de 2012 con el juicio diagnóstico de "metrorragias y patrón de ocupación endometrial para tratamiento quirúrgico", practicándosele histerectomía vaginal el día 10 de abril de 2012, dándosele de alta el día 12 de abril de 2012.

La reclamante considera una actuación negligente del personal médico sanitario que la atendió en la cesárea el no retirar totalmente las dos placentas, el sufrimiento padecido y la pérdida del útero, daño por el que reclama un importe de 85.595 euros.

2. En el presente procedimiento la reclamante ostenta la condición de interesada en cuanto titular de un interés legítimo al alegar daños personales como consecuencia de la actividad sanitaria, pudiendo, por tanto, iniciar el procedimiento.

Por otra parte, la legitimación pasiva corresponde a la Administración autonómica, como titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

3. La reclamación, presentada con fecha 21 de enero de 2013, no puede ser calificada de extemporánea en relación con la fecha en la que se estabilizan las secuelas, es decir, el 12 de abril de 2015, fecha en la que se le dio el alta tras practicarle la histerectomía. No ha transcurrido por consiguiente el plazo de un año que al efecto prevé el art. 142.5 LRJAP-PAC.

4. 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 Autónoma, 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, si bien, mediante Resolución de 22 de abril de 2004 (BOC nº 98, de 21 de mayo) se delega en los Directores Gerentes de Hospitales del Servicio Canario de la Salud de las Áreas de Salud de Tenerife y Gran Canaria y Gerentes de los Servicios Sanitarios de las Áreas de Salud de La Palma y Lanzarote, la competencia para la tramitación de los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de su respectivo ámbito de actuación.

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.

5. Conforme al art. 13.3 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, el plazo máximo para la tramitación del procedimiento es de seis meses, plazo que en el presente procedimiento se ha superado. Sin embargo, 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 LRJAP-PAC, en relación con los arts. 43.3.b) y 142.7 de la misma ley.

6. En la tramitación del procedimiento se han observado las prescripciones que lo regulan.

En particular, consta en el expediente que la reclamación fue correctamente calificada y admitida a trámite, tras su subsanación (art. 6.2 RPAPRP). Se han realizado asimismo los actos necesarios para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debe pronunciarse la Resolución (art. 7 RPAPRP), emitiéndose en particular el informe de los Servicios que atendieron a la paciente.

Consta asimismo la concesión del preceptivo trámite de audiencia a la interesada, que presentó alegaciones en el plazo concedido al efecto.

El procedimiento viene concluso con la preceptiva Propuesta de Resolución, que desestima la reclamación formulada, y que ha sido informada por los Servicios Jurídicos, según lo dispuesto en el art. 20.j) del Reglamento del Servicio Jurídico, aprobado por Decreto 19/1992, de 7 de febrero, estimándola conforme a Derecho.

### III

1. Como fundamento fáctico de su reclamación la interesada alega que los facultativos que le practicaron la cesárea actuaron negligentemente porque no retiraron totalmente las dos placentas, con lo que "(...) le dejaron dentro de su útero prácticamente una placenta entera, que le produjo numerosos dolores y un continuo sangrado durante dos meses, hasta que por su ginecóloga se le deriva al Servicio de Urgencias por tener restos placentarios, practicándosele un legrado evacuador en el que se le extraen abundantes restos placentarios pero sigue manteniendo el mismo patrón de ocupación y desemboca todo ello en una histerectomía y la pérdida del útero".

En el trámite de audiencia alega también la carencia de su consentimiento informado a la histerectomía que le practicaron.

2. El preceptivo informe del Servicio a cuyo funcionamiento se le imputa el daño lo constituye el informe, de 23 de febrero de 2015, emitido por la Jefa del Servicio de Ginecología y Obstetricia del HUC, cuyos facultativos atendieron a la interesada. En este informe se expresa lo siguiente:

«La retención de restos placentarios puede ser causa de hemorragia tardía en el puerperio.

En el caso de S.N.S. según consta en el protocolo de la intervención quirúrgica realizada, cesárea electiva por gestación gemelar, se produjo el alumbramiento de ambas placentas mediante extracción manual y durante el mismo no se detectó pérdida de sangre abundante ni atonía uterina. El puerperio inmediato transcurrió con normalidad y las molestias propias del este tipo de intervención. Se entiende por tanto que la atención sanitaria fue la correcta y adecuada.

Una cirugía uterina previa, anomalías placentarios (placenta succenturiata, cotileaccesorio) y anomalías de la implantación (diferentes grados de acretismo) puede favorecer la retención de restos placentarios.

El legrado uterino evacuador realizado bajo control ecográfico no permitió obtener un resultado definitivo debido a la gran adherencia del patrón de ocupación a la pared posterior de la cavidad uterina. En estos casos insistir en la obtención de muestras puede llevar a una complicación grave como la perforación uterina sobre todo en útero puerperal.

Dada la evolución del cuadro, sangrado mantenido y patrón de ocupación persistente que no se modifica tras legrado existen alternativas conservadoras en aquellas mujeres que deseen conservar su fertilidad y que no es el caso dado que la paciente optó por un método anticonceptivo irreversible, ligadura tubárica bilateral mediante firma de consentimiento informado, por tanto la histerectomía simple en este caso fue el mejor método terapéutico para tratar su cuadro.

El informe anatomopatológico definitivo de la pieza determinó restos placentarios que infiltraban el miometrio por lo que se confirma un acretismo focal placentario y el tratamiento realizado fue el correcto».

3. El informe, de 19 de marzo de 2015, de la Inspectora-Médica del Servicio de Inspección y Prestaciones, sobre la base de la documentación facilitada por la reclamante, de la copia de la historia clínica obrante en el Hospital Universitario de Canarias, de la copia de la historia de salud de Atención Primaria de la interesada, del informe emitido por la Jefa del Servicio de Ginecología y Obstetricia del HUC y de la información proporcionada por el Servicio de Admisión y Documentación Clínica del HUC, contiene la siguiente relación de hechos:

«A.- La reclamante, posee antecedentes de parto en octubre de 2009, con retención de placenta que requirió extracción manual y legrado obstétrico.

B.- En segundo embarazo, 38 años, presenta gestación gemelar bicorial biamniótica. Ingresa el 18 de enero de 2012 a fin de realizar cesárea electiva (programada) por la presentación de los fetos cefálico-transversa.

Firma documentos de consentimiento informado para cesárea y ligadura tubárica.

El 19 de enero se realiza cesárea. Una vez abierto el útero y tras la salida de los recién nacidos, tras extracción manual para separar las placentas de su sitio de implantación, al examen y observación, estas se encuentran íntegras.

En la valoración macroscópica de la placenta al extraerla (forma, tamaño, si está completa o no, calcificaciones, infartos, hematomas, etc.) se puede determinar que

esta pueda estar íntegra o no, pero debido a que la superficie materna de la placenta no tiene a modo de una cápsula delimitante bien definida, como ocurre con la cara fetal de la misma, sino que es siempre muy irregular y muy sangrante, incluso con coágulos adheridos que dificultan su valoración, puede existir la posibilidad de que permanezcan restos en el lecho uterino. Normalmente, en caso de persistir restos de membranas, estos se reabsorben y eliminan espontáneamente.

Asimismo se practica ligadura tubárica bilateral. Se realiza profilaxis antibiótica (Cefazolina) y de atonía uterina (Duratobal).

El puerperio inmediato transcurre dentro de la normalidad con buena involución uterina (útero contraído), pérdidas hemáticas normales, siendo dada de alta con feroterapia. No existió por tanto en el puerperio inmediato sintomatología sugestiva de retención de restos placentarios consistente en hemorragia y atonía uterina.

Causa alta hospitalaria el día 23 de enero de 2012.

C.- Acude a su centro de salud para controles, retirada de suturas y curas hasta el 30 de enero, no manifiesta incidencia alguna referida a dolor, molestias, sangrado etc.

En informe de ginecóloga privada Dra. G.F. de fecha 21 de marzo de 2012, se expresa por primera vez: "(...) refiere sangrado continuo desde dicho parto. En ecografía vaginal presenta una cavidad uterina con material de ocupación de 46 mm de diámetro, por lo que se remite para legrado evacuador".

D.- A las 15:13 horas del 21 de marzo acude a Urgencias del HUC: La clínica presentada consiste en sangrado en cuantía similar a una menstruación desde el parto.

El 23 de marzo de 2013, se realiza legrado evacuador bajo control ecográfico, con legra roma. Este legrado que no logró eliminar el patrón de ocupación del endometrio, debió practicarse con sumo cuidado por tratarse de un útero puerperal al existir un riesgo importante de perforación uterina, de ahí que no se profundizara en dicha técnica. La dificultad en la extracción de los restos observados en la ecografía es compatible con acretismo placentario.

Se envía a Anatomía Patológica los tejidos obtenidos (contornos de vellosidades coriales y decidua, restos placentarios necróticos) y se cita en consultas externas para el 25 de abril de 2012, tratándose de una paciente sin sangrado importante y estable hemodinámicamente. Se informa a la paciente y a su familia de la posibilidad de practicar histeroscopia con resección programada.

Esto es, dado que tras dicho legrado continuaba presentando una imagen ecográfica de ocupación endometrial y siendo su situación de estabilidad clínica, no se puede considerar inadecuado que se optara por realizar un control y, en base a la persistencia de la lesión, una histeroscopia diagnóstica-terapéutica.

La histeroscopia consiste en la introducción en el interior de la cavidad del útero, a través de la vulva y vagina, de un sistema óptico conectado a una videocámara que permite el paso del instrumental quirúrgico para el tratamiento de patologías intrauterinas diagnosticadas previamente por histeroscopia diagnóstica, tales como: pólipos endometriales, miomas submucosos (causantes de hemorragias), adherencias y septos uterinos (causantes de problemas reproductivos), así como para realizar ablación o resección endometrial en caso de hemorragias uterinas anormales, evitando en muchas ocasiones la práctica de una histerectomía.

E.- El 28 de marzo de 2012 figura una anotación para consultas externas de Ginecología. En la fecha 2 de abril de 2012 es incluida en lista de espera bajo el diagnóstico de retención placentaria por el Dr. R. Finalmente se decide la práctica de histerectomía.

La histerectomía es una opción válida en multíparas que no quieren preservar su fertilidad, dado que no constituye un problema decidir su extirpación. En este caso, la misma reclamante ya había optado por la ligadura tubárica.

El 9 de abril ingresa con carácter programado en el HUC. Se somete al día siguiente a histerectomía vaginal simple. Esto es, se reseca el útero conservando los ovarios para que pueda tener un adecuado nivel de hormonas que evitarán que padezca anticipadamente los efectos de la menopausia.

Causa alta hospitalaria el 12 de abril de 2012.

Es citada para consultas externas de Ginecología el 25 de abril de 2012 y no comparece.

F.- Del resultado de la Anatomía Patológica se concluye la existencia de restos placentarios que infiltraban el miometrio que mide 3,2 x 1 cm. lo que concuerda con un acretismo focal placentario.

G.- La referencia a continuos dolores no consta en documento alguno. La referencia a "placenta entera" es incierta como quiera que el tejido placentario adherido midió 3,2 cm. x 1 cm., siendo las dimensiones de una placenta alrededor de 20-25 cm. de diámetro».

4. Este informe de la Inspectora-Médica del Servicio de Inspección y Prestaciones, con fundamento en esos hechos, expone las siguientes consideraciones:

«a.- La placenta acreta se define como aquella placenta que se adhiere y penetra en la pared uterina o miometrio de forma anormal y no se expulsa en el alumbramiento de la placenta. Se clasifica en función del grado de invasión de la misma sobre el miometrio:

Acreta: Las vellosidades codales se insertan directamente sobre el miometrio (80%)

Increta: Las vellosidades coriales invaden el miometrio (15%)

Percreta: Las vellosidades invaden miometrio y serosa o incluso órganos adyacentes como la vejiga (5%)

Por su extensión se reconocen tres tipos: a) Focal: solo involucra pequeñas áreas de la placenta; b) Parcial: uno o más cotiledones se involucran en el proceso; c) Total: la superficie completa de la placenta esta anormalmente adherida.

b.- La retención de restos de placenta es una de las causas de sangrado postparto dentro de las 12 semanas siguientes. Su frecuencia es del 0,5 al 1,3%. El diagnóstico es ecográfico y el tratamiento suele ser un legrado. Los restos placentarios, el pólipo placentario, la placenta acreta son las patologías de estos restos.

El tratamiento histeroscópico de los restos tras parto o aborto se ha demostrado más efectivo cuando se compara con el legrado evacuador».

5. Este informe concluye:

«A pesar de una asistencia correcta al parto pueden quedar restos placentarios intrauterinos que pueden ser diagnosticados por ecografía en momentos posteriores o por sangrados abundantes en periodos más tardíos del puerperio. Por tanto la retención de restos placentarios no implica una asistencia inadecuada al parto.

No consta en el parto ni extracción dificultosa ni incompleta de las placentas. No se objetivó falta de cotiledones o pequeñas áreas de acretismo parcial o focal en la revisión de las placentas. No existió hemorragia postparto.

Por tanto no existió causa o sospecha que motivara exploración complementaria para asegurarse que las extracciones placentarias pudieran haber resultado incompletas.

En el caso de haber advertido durante el parto la presencia de adherencia placentaria focal, con placenta incompleta y hemorragia masiva está indicada la práctica de un legrado. En gestantes que no tienen más deseos gestacionales también está indicada la realización de una histerectomía tras cesárea. En otros casos, para mantener la función reproductora se trataría de extraer la placenta adherida y suturar el lecho placentario o realizar una resección en cuña del miometrio y suturar.

El acretismo placentario focal si se diagnostica en el alumbramiento, el tratamiento secuencial consistiría en legrado y/o resección y/o histerectomía

La presencia de restos placentarios después de la cesárea electiva con extracción de gemelos no tiene por causa una asistencia inadecuada sino de anomalías de la implantación por una mayor adherencia de la placenta a la pared uterina, placenta acreta».

## IV

1. La reclamante en el trámite de audiencia alegó la ausencia de su consentimiento informado a la histerectomía que le practicaron. La Propuesta de Resolución no se pronuncia sobre esta cuestión, lo cual constituye una infracción de lo dispuesto en el primer párrafo del art. 89.1 LRJAP-PAC que exige que la resolución que ponga fin al procedimiento decida todas las cuestiones planteadas por los interesados.

Una respuesta razonada a esta alegación debe fundarse en los siguientes hechos y razones:

En la historia clínica de la reclamante obrante en el HUC no figura, tal como alega esta, el consentimiento informado a la histerectomía que se le practicó el 10 de abril de 2012. Esta carencia hay que ponerla en relación con los siguientes datos:

En la página 685 del expediente, que pertenece a la historia clínica de la paciente, la ginecóloga G.L. describe las condiciones y maniobras del legrado uterino que se le practicó a la paciente el 23 de marzo de 2012 (las cuales coinciden con la hoja quirúrgica de esa intervención obrante en la página 50). Allí se dice que con la legra no se extrajo el material porque estaba muy adherido y se valora que podría tratarse de placenta con algún componente de acretismo; se cita a la paciente en consultas ambulatorias para seguimiento y posterior realización de histeroscopia-resección programada; y "se informa a la paciente y a la familia".

En la página 51 figura el documento de confidencialidad, datado el 9 de abril de 2012, fecha del ingreso de la paciente en el HUC para la práctica de la histerectomía programada, por el cual aquella niega su autorización a que se informe sobre su estancia en el HUC.

En la página 52 obra, con la misma fecha de 9 de abril de 2012, día del ingreso de la paciente en el HUC para la práctica de la histerectomía programada, el consentimiento informado de esta a los facultativos del Servicio de Hematología y Hemoterapia del HUC para que, si lo requiriera la intervención quirúrgica que le iban a realizar, le realizaran la transfusión de componentes sanguíneos.

De estos datos se deriva que la paciente fue informada de la necesidad de practicarle una histerectomía, que se le citó para que ingresara el 9 de abril de 2012 en el HUC para proceder a ella, que la paciente ingresó voluntariamente en el HUC con ese objetivo, que dio su consentimiento informado a la transfusión de componentes sanguíneos que requiriera la histerectomía programada, el cual es accesorio del consentimiento a esta. Por consiguiente, mediante actos concluyentes la paciente consintió en la práctica de la histerectomía, aunque ese consentimiento no figure por escrito y con expresión de que la paciente ha sido previamente informada de los riesgos iatrogénicos inherentes a esa intervención quirúrgica, lo cual representa una infracción del art. 8.2 y 3 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Sin embargo se ha de atender a que, según ha declarado reiteradamente la jurisprudencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, la regulación legal sobre el consentimiento informado debe interpretarse en el sentido de que no excluye de modo radical la validez del consentimiento no realizado por escrito (véanse, por todas, las SSTs de 4 de abril de 2000, RJ 2000\3258; de 1 febrero de 2008, RJ 2008\1349; y de 24 septiembre de 2012, RJ 2012\9228).

En relación con la omisión del consentimiento informado por escrito, la jurisprudencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo ha señalado:

«(...) según la jurisprudencia de esta Sala, el incumplimiento del deber legal de solicitar y obtener el consentimiento informado no da por sí solo derecho a indemnización. Véanse, entre otras, las recientes sentencias de 1 de febrero de 2008 (RJ 2008, 1349) y de 11 de junio de 2008 (RJ 2008, 6367). Ni que decir tiene que la conculcación del mencionado deber legal podrá dar lugar a sanciones disciplinarias;

pero, si esa infracción va seguida de la curación del paciente, no hay daño en el sentido del art. 139 LRJ-PAC y, por consiguiente, no procede otorgar indemnización alguna. En otras palabras, el simple hecho de que una actuación médica sea ilegal no implica necesariamente que ocasione una lesión antijurídica. Ciertamente, podrá ser tachada de paternalista y, en ciertas circunstancias, ser castigada; pero, si no produce un mal al paciente, no hay daño en sentido técnico-jurídico» (STS de 10 febrero 2009, RJ 2009\970).

En su Sentencia de 19 mayo de 2011 (RJ 2011\5778) reitera:

«Ya por último, la razón por la que debemos desestimar el segundo de los motivos de casación la encontramos en nuestra propia jurisprudencia, pues esta ha evolucionado en esa cuestión del defecto u omisión del consentimiento informado desde una postura que lo reputaba en sí mismo constitutivo de un daño moral grave, distinto y ajeno al daño corporal derivado de la intervención y por tanto indemnizable [así, en la Sentencia de 4 de abril de 2000 (RJ 2000, 3258)], a otra que afirma como regla o principio que la mera falta o ausencia de aquel no es indemnizable si no concurre el elemento de la relación causal entre el acto médico y el daño constatado (así, entre otras, las Sentencias de 26 de marzo de 2002 (RJ 2002, 3340), 26 de febrero de 2004, 14 de diciembre de 2005, 23 de febrero de 2007 (RJ 2007, 884), 1 de febrero y 19 de junio de 2008 (RJ 2008, 6479), o las de nuestra Sala Primera de lo Civil, de 23 de octubre de 2008 (RJ 2008, 5789) y 30 de junio de 2009 (RJ 2009, 6460)».

Resumiendo esta doctrina jurisprudencial, en nuestro Dictamen 59/2014, de 26 de febrero, dijimos:

«(...) la omisión del consentimiento informado documentado por escrito a una intervención quirúrgica no da por sí solo derecho a una indemnización. Para que surja éste es necesario que se haya causado un daño al paciente, bien debido a que se incurrió en negligencia profesional, bien porque, aun procediendo correctamente, se haya materializado un riesgo iatrogénico inherente a la intervención, de cuya eventualidad no había sido informado el paciente y por ende no lo había aceptado por medio de su consentimiento».

2. En el presente caso:

a) Hay actos concluyentes de la paciente que demuestran que consintió la práctica de la histerectomía.

b) No se alega que la histerectomía se ha realizado incorrectamente y, por ende, no se reclama por un daño que haya causado la mala práctica de esta.

c) Tampoco se alega que se haya materializado un riesgo iatrogénico inherente a la histerectomía y, consecuentemente, no se reclama por un daño que sea la plasmación de ese riesgo iatrogénico del cual no fue informada previamente la paciente.

d) De los informes médicos y de la documentación clínica no resulta que la histerectomía le haya irrogado daño alguno a la paciente y que no haya alcanzado el objetivo terapéutico que perseguía: evitar la aparición de una sepsis que podría llevar al fallecimiento de la paciente.

e) Se alega únicamente que se incurrió en negligencia profesional en la práctica de la cesárea y, en consecuencia, se reclama por el daño que ocasionó, la necesidad de la resección del útero; no se reclama porque esta se practicó mal o comportó un daño iatrogénico, como ya se señaló.

Por consiguiente, como no se alega ningún daño iatrogénico causado por la histerectomía, la omisión de la constancia por escrito del consentimiento informado a su práctica no tiene ninguna virtualidad respecto a la estimación de la pretensión resarcitoria.

3. En su escrito de alegaciones la interesada confunde las dimensiones que el informe del análisis anatomopatológico consigna como las de la pieza enviada para su estudio, el útero reseccionado, con las dimensiones del tejido placentario que infiltraba el miometrio de aquel. Esto resulta indiscutible, porque así lo confirma el informe de una prueba médica objetiva como es la ecografía, suscrito por la ginecóloga privada doctora G.F., de 21 de marzo de 2012, aportada por la reclamante y en la cual se expresa que esta presentaba una cavidad uterina ocupada por un material de 46 mm. de diámetro. Otra prueba médica objetiva como es el análisis anatomopatológico del útero reseccionado revela que el tejido placentario que infiltraba el miometrio medía 3,2 cm x 1 cm. Las dimensiones de una placenta son de 20 a 25 cm. de diámetro. Por consiguiente, no se corresponde con la realidad la afirmación de que "le dejaron dentro de su útero prácticamente una placenta entera".

4. El hecho de que después de la cesárea permanecieran restos placentarios en la cavidad uterina se debió a que la paciente presentaba la patología denominada "placenta acreta", que es aquella que se adhiere y penetra en la pared uterina o

miometrio de forma anormal, de manera que no se expulsa completamente, sino que permanecen fragmentos de ella adheridos al útero.

La placenta, por una de sus caras, la cara fetal, está libre y por ello presenta una cápsula delimitante bien definida, por lo que se puede determinar si ha sido expulsada íntegra; pero por la cara materna está unida al organismo de la madre y en el alumbramiento se separa más o menos traumáticamente, por lo que presenta siempre una superficie muy irregular y muy sangrante y con coágulos adheridos que impide valorar si ha salido completamente o han quedado restos atrás. Los síntomas que permiten diagnosticar que esto último ha sucedido consisten en que la placenta está incompleta, en que se produce hemorragia abundante y en que está presente la atonía del útero, es decir, que éste no se contrae después del alumbramiento. Normalmente, en caso de persistir restos placentarios, estos se reabsorben y eliminan espontáneamente. Si no se produce esta eliminación natural, como sucede en los casos en que la placenta ha infiltrado la pared uterina (placenta acreta), su presencia se manifiesta por sangrados abundantes en periodos más tardíos del puerperio. También pueden ser detectados por ecografía en momentos posteriores. Si no se eliminan estos restos, su evolución necrótica con toda probabilidad origina una sepsis en la madre que puede causar su muerte. Para eliminar estos restos se practica un legrado; pero si estos restos están fuertemente adheridos, como en los casos de placenta acreta, el legrado no lo consigue porque no se puede hacer fuerza con la legra allende cierto límite, ya que se puede perforar o desgarrar la pared uterina al estar debilitada por el embarazo y el parto. En estos casos, no hay más alternativa terapéutica que la histerectomía para conjurar el riesgo de sepsis mortal.

## V

1. En su Sentencia de 11 abril 2014 (RJ 2014\2612), la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo declara:

«Las referencias que la parte recurrente hace a la relación de causalidad son, en realidad, un alegato sobre el carácter objetivo de la responsabilidad, que ha de indemnizar, en todo caso, cualquier daño que se produzca como consecuencia de la asistencia sanitaria. Tesis que no encuentra sustento en nuestra jurisprudencia tradicional, pues venimos declarando que es exigible a la Administración la aplicación de las técnicas sanitarias, en función del conocimiento en dicho momento de la práctica médica, sin que pueda mantenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño. La responsabilidad sanitaria nace, en su caso, cuando se la

producido una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado. Acorde esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser, por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria.

Dicho de otro modo, como mero ejemplo de una línea jurisprudencial reflejada en otras muchas, nuestra Sentencia de 24 de septiembre de 2004 indica que “este Tribunal Supremo tiene dicho que responsabilidad objetiva no quiere decir que baste con que el daño se produzca para que la Administración tenga que indemnizar, sino que es necesario, además, que no se haya actuado conforme a lo que exige la buena praxis sanitaria” (STS de 23 de septiembre de 2009, dictada en el recurso de casación núm. 89/2008)».

En el mismo sentido, la anterior Sentencia de esa misma Sala, de 19 abril 2011 (RJ 2011\3643) dice:

«(...) la observancia o inobservancia de *la lex artis ad hoc* es, en el ámbito específico de la responsabilidad patrimonial por actuaciones sanitarias, el criterio que determina, precisamente, la ausencia o existencia de tal responsabilidad de la Administración».

Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo, el criterio fundamental para determinar la existencia o ausencia de responsabilidad del servicio público de salud radica en si sus agentes han actuado con violación o de conformidad con la *lex artis ad hoc*; puesto que su funcionamiento consiste en proporcionar unos medios para prevenir o curar la enfermedad, pero sin garantizar sus resultados, porque la Medicina no ha alcanzado el grado de perfección que le permita la curación de todas las enfermedades y la evitación de la irreversibilidad de los estados patológicos ligados al devenir de la vida humana. La obligación de los servicios de salud es una obligación de actuar, sin que incluya la de responder en términos absolutos por las consecuencias de la actuación sanitaria, porque, hoy por hoy, no se puede garantizar la recuperación de la salud, sino tan sólo asegurar que se emplean todas las medidas conocidas para intentarlo y que se aplican correctamente de acuerdo con el estado de los conocimientos médicos y las circunstancias personales del paciente. El funcionamiento de dicho servicio consiste en el cumplimiento de una obligación de medios, no de resultados. Por esta razón no están causados por la asistencia sanitaria pública los daños cuya aparición se debe a la irreversibilidad de estados patológicos, al carácter limitado de los conocimientos de la ciencia médica y a la manifestación de efectos secundarios iatrogénicos inherentes a muchos tratamientos médicos, o a los riesgos conocidos que generan pero que se asumen, porque su probabilidad de

plasmación es más o menos remota y es mayor la probabilidad de obtener resultados positivos.

2. La reclamante fundamenta su pretensión exclusivamente en que la práctica de la histerectomía a la que hubo de someterse fue consecuencia de la mala praxis profesional de los facultativos que le realizaron la cesárea. Esa negligencia profesional estribaría en que no diagnosticaron que se habían quedado adheridos al lecho uterino restos de la placenta.

Se acaba de señalar que, en la valoración macroscópica de la placenta tras su expulsión o extracción, este diagnóstico es imposible de establecerlo de forma certera respecto a su cara materna por su aspecto irregular y sangrante. De la documentación clínica de la cesárea (páginas 383 a 385) resulta que no hubo extracción dificultosa ni incompleta de las placentas, que estas eran normales y sus membranas estaban íntegras, por lo que no se objetivó falta de cotiledones o pequeñas áreas de acretismo parcial o focal; tampoco existió hemorragia masiva postparto; ni atonía uterina, porque se registra “*útero contraído*”. Por tanto, no había síntomas que obligaran a un diagnóstico de sospecha de la permanencia de restos placentarios en el lecho uterino y que, en consecuencia, se debiera a realizar exploraciones complementarias para confirmarlo o descartarlo.

El diagnóstico médico es un juicio clínico sobre el estado de salud de una persona que establece, a partir de los síntomas, signos y hallazgos de las exploraciones y pruebas a un paciente, la situación patológica en que se encuentra. 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. Este solo surge cuando el error de diagnóstico se debe 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.

Por esta razón, en la STS de 6 de octubre de 2005 (RJ 2005\8763) se declara que:

«(...) 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)».

En la STS de 17 Julio de 2012 (RJ 2012\8488), se razona lo siguiente:

«Por último señalar que el motivo del recurso parte de una afirmación que es negada en la Sentencia -hace principio de la cuestión-; “existe un error diagnóstico por falta de medios diagnósticos diferenciales”.

Esta cuestión es ampliamente resuelta en la Sentencia recurrida que valorando el conjunto probatorio afirma que: “los servicios médicos sanitarios públicos actúan y proponen medios diagnósticos a la vista de los síntomas que los pacientes refieren, pues no es admisible que quien entra en el Servicio de Urgencias o en otras dependencias agoten sin mas indicios todas las múltiples pruebas diagnósticas y múltiples patologías sin que los síntomas que se tengan exijan su realización” ».

En el mismo sentido, se pronuncian las SSTS de 19 de abril de 2011 (RJ 2011\3643) y de 24 de abril de 2012 (RJ 2012\6228).

Por consiguiente, como la reclamante no presentó síntomas que obligaran a sospechar que quedaran restos placentarios en el útero, no se puede reprochar a los facultativos que le practicaron la cesárea que no hayan realizado una exploración complementaria que lo confirmara para a continuación proceder a su eliminación.

Al no concurrir infracción de la *lex artis* ni omisión en la prestación de los medios adecuados, no puede surgir la obligación de indemnizar por el daño alegado. El servicio público de salud no responde por los daños causados por la imposibilidad de los conocimientos médicos de diagnosticar oportunamente las patologías cuyos síntomas no se manifiestan, sin que concurran datos clínicos que impongan pruebas diagnósticas para detectarlas, porque el art. 141.1 LRJAP-PAC dispone que no son indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia existentes en el momento de su producción.

Esta conclusión es la misma a la que llegan en supuestos similares al presente la Sentencia 637/2007, de 22 mayo, de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid (JUR 2007\268959); y la Sentencia 932/2013, de 9 diciembre, de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana (JUR 2014\172383).

3. Por último, se debe observar que el daño que alega la interesada consiste en la extirpación del útero. Si los facultativos en el transcurso de la cesárea hubieran podido diagnosticar que permanecían restos placentarios adheridos al miometrio, entonces deberían haber procedido a su eliminación mediante un legrado. Si mediante este fuera imposible su eliminación por la gran adherencia de esos restos, como sucede en los casos de placenta acreta, entonces no habría más alternativa terapéutica que la histerectomía (extirpación del útero). Esto es lo que ha sucedido en el presente caso. A la paciente se le practicó un legrado infructuoso debido a la fuerte adherencia de los restos de la patológica placenta acreta que presentó, por lo que se debió proceder obligadamente a la histerectomía. El daño por el que reclama consiste en una actuación terapéutica impuesta por su propia patología y necesaria para evitar una sepsis mortal. No ha sido causado porque los facultativos en la práctica de la cesárea no hayan establecido el imposible diagnóstico de la presencia de restos placentarios en el lecho uterino. En la hipótesis de que por presentar los síntomas correspondientes (placenta incompleta, hemorragia masiva, atonía uterina) hubieran podido diagnosticar esa presencia, la extirpación del útero habría sido inevitable, porque la gran adherencia de esos restos habría hecho fracasar, como está demostrado, el legrado, primera alternativa terapéutica a la que habrían recurrido.

En resumen, el daño por el que se reclama es una consecuencia de la propia patología de la reclamante, no del imposible error de diagnóstico que reprocha a los facultativos que le practicaron la cesárea.

4. En definitiva, no existe nexo causal entre la asistencia médica prestada a la reclamante y el daño alegado, por lo que procede, tal como razona la propuesta de resolución, la desestimación de la pretensión resarcitoria.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución desestimatoria de la pretensión resarcitoria presentada por S.N.S. es conforme a Derecho, sin perjuicio de las observaciones que se formulan en los apartados 1 y 2 del Fundamento IV.