



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 3 7 8 / 2 0 1 6

(Sección 1ª)

La Laguna, a 17 de noviembre de 2016.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 354/2016 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

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 5 de julio de 2012 por (...), solicitando una indemnización por los daños producidos como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada en dependencias del Servicio Canario de la Salud.

2. Solicita una indemnización por los daños sufridos cuya cuantía determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del titular de la Consejería 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) que, en virtud de la Disposición Transitoria Tercera a) de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, es la normativa aplicable porque a la entrada en vigor de ésta el presente procedimiento ya estaba iniciado.

* Ponente: Sr. Fajardo Spínola.

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva y de no extemporaneidad de la reclamación.

4. 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 ampliamente. Sin embargo, esta circunstancia no impide que se dicte la resolución porque sobre la Administración recae el deber de 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.

5. El órgano competente para resolver es la Dirección del Servicio Canario de la 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.

El órgano competente para instruir y proponer la resolución de 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 la Salud.

6. En la tramitación del procedimiento consta acuerdo del Director del Servicio Canario de la Salud declarando la pertinencia de las pruebas propuestas y la conclusión del periodo probatorio; no obstante, no hay pronunciamiento sobre la testifical solicitada, ni tampoco práctica de la misma. Obra en el expediente remitido los informes de los distintos servicios que prestaron la asistencia sanitaria por la que se reclama (Servicio de Obstetricia y Ginecología y Servicio de Cirugía General), así como el del Servicio de Inspección y Prestaciones.

Evacuado el trámite de audiencia, la interesada manifiesta su disconformidad con los informes recabados en la instrucción del procedimiento e insiste en el error de diagnóstico y de tratamiento adecuado existiendo negligencia ya que a la paciente no se le realizó semiología del dolor, ni exploración abdominal adecuada. Aporta informe pericial.

II

1. La interesada basa su pretensión en las siguientes alegaciones:

Estando embarazada de 28 semanas, tuvo que acudir al Servicio de Urgencias del Hospital Materno Infantil con un fuerte dolor abdominal en el lado derecho y muchísimas molestias al orinar. Le diagnosticaron una infección, para la cual le recetaron antibióticos y al término de los mismos, le aconsejaron hacerse una analítica en el Centro de Salud de Zona (Guanarteme).

El día 12/05/2011 regresó nuevamente al Servicio de Urgencias del Complejo Materno Infantil (con 31,6 semanas de gestación) con unos fortísimos dolores, fiebre y un deterioro físico y psíquico bastante importante.

Después de la exploración, le continúan tratando nuevamente con más antibióticos. Al preguntar qué es lo que tenía, le diagnosticaron pielonefritis (infección urinaria importante, en las vías renales altas, que alcanza a la pelvis) y le comunican que se puede complicar con el embarazo y el parto, por lo que la dejan ingresada en simple estado de observación a ver cómo evoluciona.

Permanece ingresada con fiebre alta que no desaparecía, taquicardia, vómitos y diarreas, a pesar del tiempo que llevaba medicándose con antibióticos, más de un mes, lo que a su entender no deja de ser significativo a pesar de que ningún facultativo de los que le exploraron le dieran la importancia que esa situación requiere.

Los facultativos de Urgencias que acudieron al llamamiento desesperado de sus familiares la valoran de tal manera que en apenas dos horas entró al quirófano para enfrentarse a una operación de muchísimo riesgo para su bebé (33 semanas de gestación), y para sí misma, a pesar de haber permanecido 13 días ingresada con los mismos síntomas: fiebre altísima, fuerte dolor abdominal, taquicardia, continuas contracciones, náuseas, vómitos y malestar general visible y notable.

Se realiza ECO de abdomen completo urgente visualizándose apendicitis aguda perforada con abundante material purulento y abscesos subfrénicos bilaterales y se procede a una operación de urgencia por apendicitis aguda y peritonitis purulenta.

A pesar del tratamiento, siguió padeciendo fuertes dolores abdominales, taquicardias, fiebre, diarrea, vómitos, malestar general visible y notable, y la situación se agrava hasta que, después de varias ocasiones de manifestar su estado a los facultativos, con fecha 27/11/2011 y ante la insistencia de sus familiares la vuelven a dejar ingresada otra vez. No daba crédito de lo que le estaba pasando nuevamente, y sobre todo en las fechas que eran, ya que solo pensaba en sus hijos.

Entró por Urgencias nuevamente con diagnóstico de fistula enterocutánea, complicándose la evolución de su estado. Pese a no haber transcurrido mucho tiempo y encontrarse débil consideró que lo mejor era someterse de nuevo a una operación programada, que permita salvar cualquier complicación que pudiera surgir.

Físicamente, emocionalmente y psicológicamente no hay nada que en su opinión repare el sufrimiento que le han causado, a ella, a su hija y familiares, por no dar el diagnóstico correcto a su debido tiempo, y todo este sufrimiento se les habrían evitado.

2. De la documentación médica obrante en el expediente, constituida por el historial de la interesada y por los informes emitidos por los facultativos que participaron en la atención sanitaria prestada, resultan los siguientes hechos:

La interesada ingresa en el Servicio de Urgencia del CHUIMI el 12 de mayo de 2011, a las 15:54 horas, en la 31ª semana y seis días de gestación, por presentar dolor abdominal localizado en hipogastrio de varias horas de evolución. Sin sangrado vaginal ni expulsión de líquido amniótico. Presenta movimientos fetales activos y frecuencia cardíaca fetal normal. Buen estado general, consciente y orientada.

Se ingresó a la paciente por la presencia de contracciones uterinas sin repercusión en las características del cuello uterino. El mismo día a las 17:00, baja la gestante desde la planta a expectantes por presentar dinámica uterina cada tres minutos y fiebre de 38°. Sin sintomatología respiratoria o miccional. Refirió infección de orina. Se realizó cardiotocográfico basal del feto que fue normal, longitud cervical normal. Nuevo pico febril de 37.9°C y el sistemático de orina mostró de nuevo infección. Se pautó tratamiento para controlar la temperatura y antibiótico para la infección. Se solicita nuevo urocultivo: *E- Coli*. Diagnóstico de pielonefritis. La paciente evoluciona favorablemente con el tratamiento pautado.

El 13 de mayo de 2011, afebril, no dolor, estable. Se mantiene antibioterapia.

El 17 de mayo de 2011, recibe el alta. En el informe consta: buen estado, tratamiento antibiótico vía oral y con cita para consulta en Medicina Interna.

El 18 de mayo de 2011, a las 00:35 horas, acude a Urgencias del Servicio de Obstetricia y Ginecología del CHUIMI refiriendo dinámica uterina irregular que percibe dolorosa y dolor en ambas fosas lumbares. Se ingresó para control de dinámica uterina. A la exploración: abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación, no signos de irritación peritoneal. Genitales externos normales, vagina normal. Registro cardiotocográfico normal.

El 22 de mayo de 2011, dolor abdominal y picos febriles, distensión abdominal. Sospecha de pielonefritis. Se solicita Rx abdominal, ecografía abdominal y analítica completa.

El 24 de mayo de 2011, por la noche, el cuadro aumenta en intensidad, por lo que a las 21:00 horas se solicita radiografía de tórax y ecografía abdominal. La radiografía de tórax no mostró alteraciones, mientras que en la ecografía se observó moderada cuantía de líquido libre intra-abdominal de predominio izquierdo. Se realiza placa de abdomen: neumoperitoneo. Se solicita consulta al Servicio de Cirugía General y Digestiva, decidiéndose de forma conjunta la realización de laparotomía exploradora. Se observa cuadro de peritonitis aguda difusa purulenta, secundaria a apendicitis aguda perforada. Tras la intervención se realizó control fetal. Buen estado en relación con la edad gestacional 33 semanas y cinco días. La paciente se trasladó a la UCI para mejor control postquirúrgico. Recibe el alta a las 24 hs, dada su normal evolución.

El 30 de mayo de 2011, con 34 semanas y dos días de gestación, inició trabajo de parto que evolucionó de manera normal, con duración del periodo de dilatación de tres horas, duración de período expulsivo de veinticinco minutos y nacimiento mediante parto eutócico de un recién nacido en perfecto estado. Es ingresada en Neonatos en función del peso al nacimiento (1.920 gr.) y la patología vía materna. Durante su ingreso no presentó patología de interés.

El 27 de noviembre de 2011 (seis meses después del parto), ingresa en el Servicio de Cirugía General y Digestiva por presencia de una fístula enterocutánea. Exploración física y TAC.

El 5 de diciembre de 2011, es intervenida. Durante el postoperatorio requiere controles del Servicio de Cirugía General, Endocrinología y Psiquiatría, recibiendo el alta de forma favorable a los nueve días de la cirugía.

3. El Servicio de Inspección y Prestaciones, analizado el caso, entiende que:

- El supuesto error de diagnóstico de confundir una pielonefritis con una apendicitis no fue tal porque se manifestó fiebre y dado el antecedente de infección urinaria confirmado por urocultivo previo al mismo y la analítica sugerente de infección urinaria se administró tratamiento antibiótico previa recogida de muestra para nuevo urocultivo. La paciente con el tratamiento puesto para infección urinaria evolucionó favorablemente, cediendo la sintomatología tal como está descrito en el

impreso de evolución médica y en el impreso de Enfermería. Fue dada de alta el día 17 estando asintomática, tal como se describe en el informe de alta y tras confirmarse la certeza del diagnóstico por el resultado del nuevo urocultivo que, de nuevo, fue positivo. En resumen, la paciente presentó una pielonefritis, confirmada por dos cultivos de mina positivos, y mejoró tras recibir el tratamiento antibiótico propio de la pielonefritis.

La paciente reingresó de nuevo, aproximadamente a las 36 horas de su alta, el día 18 de mayo, con sintomatología semejante a la del primer ingreso. Se le realizó una completa exploración abdominal que fue normal. La paciente estuvo apirética hasta el día 21 de mayo. El día 22 el cuadro cambió, apareciendo sintomatología abdominal que se manifiesta claramente el día 24, por lo que se decidió realizar la intervención quirúrgica que sirvió para obtener el diagnóstico y realizar el tratamiento de una peritonitis secundaria a apendicitis aguda con perforación apendicular. Durante su ingreso, la paciente fue evaluada diariamente por el médico de planta y en diversas ocasiones por los médicos de guardia. Son los ginecólogos de guardia los que sospechan la apendicitis y en función de dicha sospecha requieren la colaboración de los cirujanos de guardia, tal como es habitual en el Complejo Hospitalario. El tratamiento quirúrgico fue el adecuado para el cuadro, por lo que la paciente evolucionó favorablemente. El control postoperatorio inmediato se realizó en la UCI para una mejor vigilancia; antes de las 24 horas de su ingreso en dicha unidad, fue trasladada dado el buen estado de la paciente. En resumen, la paciente fue valorada a su ingreso y de forma continua los días posteriores. Cuando aparecieron signos claros de compromiso abdominal, se indicó la realización de laparotomía exploradora.

Añade que el diagnóstico de apendicitis en la gestación no es fácil y ante la posibilidad de realización de una laparotomía en la gestación hay que valorar los riesgos y beneficios, ya que se asocia con parto pretérmino. En función de ello, siempre que el estado clínico de la paciente lo permita y ante la falta de seguridad de una apendicitis, se debe realizar la laparotomía exploradora lo más próximo a la 34ª semana gestacional, momento de la gestación en que el feto está razonablemente maduro. La apendicitis es menos frecuente, a igual edad, en la gestante que en la no gestante (Andersson y Lambe 2011) y su diagnóstico se dificulta por la gestación, ya que a medida que aumenta el tamaño del útero, el apéndice se desplaza en dirección cefálica y lateralmente, de tal forma que se modifica la zona de dolor e hipersensibilidad. Las mujeres embarazadas, sobre todo en la segunda mitad de la gestación, no tienen manifestaciones clínicas típicas de apendicitis.

Muchas veces se confunden con colecistitis, parto pretérmino, pielonefritis, cólico renal, desprendimiento prematuro de placenta o degeneración de mioma uterino. En el caso que nos ocupa, la paciente había padecido una pielonefritis en dos ocasiones (comprobadas por la presencia de dos cultivos de orina positivos) y, además, manifestaba sintomatología de parto pretérmino. Además, la perforación apendicular es más común durante la segunda mitad de la gestación. En los estudios de Andersson y Lambe (2001) y Ueberrueck et al. (2004), la frecuencia de perforación tuvo un promedio aproximado de 8,12 y 20% en trimestres sucesivos. El diagnóstico, como ya hemos dicho, es difícil en la gestación, por las diferentes manifestaciones clínicas, pero además, la utilidad de la ecografía es menor debido al desplazamiento del ciego y el apéndice y la interposición del útero. La exactitud del diagnóstico es inversamente proporcional a la edad gestacional, a mayor edad gestacional, menos probabilidad de diagnóstico cierto de apendicitis.

Una vez realizada la laparotomía exploradora y observada la existencia de una peritonitis secundaria a perforación apendicular, se resolvió el caso de forma satisfactoria. El parto se produjo seis días después de la intervención quirúrgica. Fue un parto normal con rápida evolución del periodo de dilatación y del periodo expulsivo. La recién nacida mostró una adecuada adaptación al medio extrauterino. Fue ingresada en Neonatos para control por bajo peso y por el cuadro infeccioso previo de la madre, pero su evolución posterior fue normal, tal como lo ha sido hasta la actualidad. En ningún momento hubo indicación de extracción por cesárea, ni durante la intervención por apendicitis ni posteriormente. Se debe evitar la realización de una cesárea coincidiendo con la laparotomía por una apendicitis, ya que la infección de la cavidad uterina por el pus abdominal es la norma, con el consiguiente incremento del riesgo de endometritis, hemorragia postparto e histerectomía posterior.

Aproximadamente seis meses después del parto, fue ingresada para la resolución de una complicación de la apendicitis, una fístula enterocutánea, que, igualmente, se resolvió de manera satisfactoria.

Como resumen final, la paciente sufrió a lo largo de su gestación dos episodios de pielonefritis confirmadas por cultivos de orina positivos y posteriormente una apendicitis que se terminó perforando y produciendo una peritonitis. Fue tratada adecuadamente de ambos cuadros, tanto de la pielonefritis repetida como de la apendicitis, considerando la dificultad diagnóstica de la apendicitis en la gestación.

El parto fue normal, en la 34 semana y dos días, fecha en la que es de esperar una escasa morbilidad neonatal por prematuridad. Actualmente, tanto la madre como la niña no sufren de ninguna patología derivada del cuadro padecido.

III

1. La Propuesta de Resolución, con base en los distintos informes obrantes en el expediente, desestima la reclamación presentada por considerar que no concurren en el presente caso los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad de la Administración.

2. La pretensión resarcitoria de la reclamante se fundamenta en la existencia de un error de diagnóstico producido por una negligencia (praxis contraria a la *lex artis ad hoc*) ya que no se le realizó semiología del dolor ni una exploración abdominal adecuada, lo que hubiera permitido detectar la enfermedad que padecía a tiempo (peritonitis secundaria a apendicitis aguda con perforación apendicular) cuando acudió los días 12 y 17 de mayo de 2011 al Servicio de Urgencias del CHUIMI y evitado días de hospitalización y sufrimiento.

3. Del simple análisis del escrito de alegaciones de la reclamante se deduce que discrepa de la versión de los hechos que plantean los informes de la Administración sanitaria, y también de la valoración de los mismos. A partir de esta circunstancia cobra especial importancia la no práctica por la instrucción de la prueba testifical solicitada por la reclamante en su escrito de subsanación de 10 de octubre de 2012. No se practica esta prueba solicitada, pero tampoco se la declara impertinente por el escrito del Director del Servicio Canario de la Salud, que omite cualquier referencia a la misma, y menos aún la rechaza motivadamente (art. 80.3 LRJAP-PAC).

4. La carencia del trámite probatorio que acaba de señalarse genera indefensión para la reclamante, al no poder utilizar todos los medios para la fijación de los hechos en los que funda su reclamación, especialmente cuando su versión de los mismos no coincide enteramente con aquella en la que la Administración basa su Propuesta de Resolución. Esta grave carencia del procedimiento ha de repararse por la instrucción, mediante la retroacción del procedimiento para practicar la prueba testifical omitida. Por ello, la Propuesta de Resolución que desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria no se considera conforme a Derecho.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución no se considera conforme a Derecho, procediendo retrotraer el procedimiento para practicar la prueba testifical omitida, sometiéndolo después a audiencia de interesado y redactando nueva Propuesta de Resolución que sea finalmente sometida a dictamen de este Consejo Consultivo.