



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 173/2018

(Sección 1ª)

La Laguna, a 26 de abril de 2018.

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. 148/2018 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 (SCS), 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 SCS.

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, 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 de la LRJAP-PAC, en relación con los arts. 43.3.b) y 142.7 de la misma.

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 haberse cumplido el recibimiento a prueba y obra en el expediente remitido los distintos 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 (SIP).

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 de valoración del daño.

7. Este Consejo ya tuvo oportunidad de dictaminar el presente procedimiento de responsabilidad patrimonial (DCCC 378/2016), estimando que la Propuesta de Resolución que lo culminaba no era 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 fuera finalmente sometida a dictamen de este Consejo Consultivo.

8. Consta informe complementario emitido por el SIP, practica de las pruebas solicitadas por la interesada y apertura del trámite de audiencia, en el que la interesada presenta alegaciones insistiendo en la relación causal entre las lesiones producidas y la actuación del SCS y la remisión de nueva Propuesta de Resolución, por lo que nada impide un pronunciamiento sobre el fondo del asunto.

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 semanas y seis días 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 mis 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.

Se le diagnostica apendicitis aguda y peritonitis purulenta.

Según la reclamante, a pesar del tratamiento, sigue 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 a 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, considerando que pese a no haber transcurrido mucho tiempo, y encontrarse débil, lo mejor es someterse de nuevo a una operación programada, que permita salvar cualquier complicación que pudiera surgir.

Afirma la interesada que físicamente, emocionalmente y psicológicamente no hay nada que repare el sufrimiento que le han causado, a ella, a su hija y familiares, por no dar el diagnóstico correcto a su debido tiempo, con lo que este sufrimiento se lo habrían evitado.

En el Informe pericial que aporta la reclamante se insiste que no se le diagnosticó ni trató debidamente la patología de la paciente, inicialmente existiendo un alta prematura que requirió un nuevo ingreso prácticamente el mismo día, retardando el diagnóstico y aplicación del tratamiento de elección que es la apendicectomía, con complicaciones y secuelas posteriores que afectaron tanto a la madre como al recién nacido.

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 Urgencias 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, 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 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 fistula enterocutánea. Exploración física y TAC.

El 5 de diciembre de 2011 es intervenida. Durante el posoperatorio 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 SIP, 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 orina 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 realizar 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 posoperatorio 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 34 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 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 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.

En un posterior informe del SIP, se sostiene:

Que sin lugar a dudas, la presencia de nitritos, leucocitos en la orina muy elevados, y urocultivo positivo para E. Coli (bacteria intestinal que está presente en muchas de las infecciones de las vías urinarias), sugería una infección del tracto urinario (ITU) que invadiría la vejiga y riñón/riñones, causando una pielonefritis. El urocultivo se repitió confirmándose la positividad. Finalizado el tratamiento, el urocultivo de fecha 20 de mayo de 2011 ya fue negativo.

La paciente mejoró totalmente, cursando alta hospitalaria el 17 de mayo de 2011, y ello prueba que el diagnóstico fue correctamente establecido.

La paciente nunca presentó dolor persistente y continuado (incluso, el día 13 de mayo de 2011, no había dolor ni fiebre); el dolor puede empeorar al caminar, toser o al hacer movimientos súbitos (la paciente no refirió tales manifestaciones); nunca presentó síntomas tardíos que incluyeran escalofríos, temblores, heces duras o

diarrea; tampoco presentó fiebre establecida (en las gráficas de la historia clínica únicamente se observa que hubo un pico febril, de 38,1 el 12 de mayo de 2011, y el resto de días, tan sólo hubo febrícula siempre alrededor de 37°, nunca fiebre; nunca presentó vómitos -que reflejan una distensión apendicular-); nunca hubo náuseas y no nos consta que hubiese hipersensibilidad/irritación abdominal.

- Por lo que respecta a las pruebas de laboratorio, tal y como se indica en el Informe Médico Pericial, los estudios de laboratorio tienen escaso valor.

La paciente no presentó ninguno de los síntomas arriba descritos -salvo dolor localizado en hipogastrio, el día 12 de mayo de 2011- y posteriormente se mantuvo afebril y asintomática, siendo alta hospitalaria en fecha: 17 de mayo de 2011.

Por demás, el Informe Médico Pericial señala que el dolor de la apendicitis, antes de aflorar en el cuadrante inferior derecho, se localiza en epigastrio o periumbilical (alrededor del ombligo/mesogastrio). Sin embargo, la paciente presentaba dolor en hipogastrio, y, evidentemente, nunca en el cuadrante inferior derecho (fosa ilíaca derecha, punto de Mac Burney).

Por lo tanto, con esa clínica y datos de laboratorio de escaso valor, no cabría diagnosticar una apendicitis aguda.

- El día 18 de mayo de 2011 la paciente reingresa refiriendo dolor en ambas fosas lumbares. La exploración física abdominal realizada, fue la siguiente: Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación profunda, no signos de irritación peritoneal, signo de Blumberg negativo. Así pues, exploración física normal y nada sospechosa de apendicitis aguda.

No obstante, el día 24 de mayo de 2011, el médico cirujano de guardia anota en el curso clínico lo siguiente: Abdomen blando, depresible, doloroso de forma difusa en abdomen, sin signo de irritación peritoneal superficial, con signo de irritación profunda, tiraje, taquipnea, fiebre de 38A0, y dolor en tosa renal derecha: además, la radiografía de abdomen mostró neumoperitoneo y la ecografía mostró líquido libre. Es en este día, cuando los servicios asistenciales conjuntamente (Ginecología y Cirugía General) sospechan la apendicitis y deciden realizar una laparotomía exploradora, en fecha: 25 de mayo de 2011, por la que se halló el apéndice perforado y abundante material purulento.

Quiere ello decir, que sólo cuando los síntomas y signos fueron inequívocos de compromiso abdominal, para sospechar una apendicitis -sólo lo fueron el día 24 de mayo de 2011 y no antes- es cuando se procedió a intervenir quirúrgicamente.

La cirugía se practica en modalidad urgente (no programada), por lo que no cabría la firma de la paciente en el documento de Consentimiento Informado. No obstante se le explica a la reclamante el procedimiento, confirmándole la viabilidad fetal mediante ecografía y, por demás, se informa también a la familia. Por ello los efectos adversos que pudiesen ocurrir en y postcirugía no resultarían antijurídicos.

- La fistula enterocutánea padecida por la paciente -motivo por el cual ingresó en fecha: 27 de noviembre de 2011-, derivaría, supuestamente, de la laparotomía urgente en la que se extirpó el apéndice vermiforme.

La paciente fue intervenida el 5 de diciembre de 2011, por el Servicio de Cirugía General y Digestiva para corregir la fístula. Se logró sin incidencias, cursándole -9 días más tarde-, el alta hospitalaria. En fecha 20-01-2012, la paciente ya estaba asintomática.

- El Servicio de Inspección estima que la paciente fue tributaria de dos patologías:

a) Una urinaria con pielonefritis perfectamente diagnosticada mediante sus respectivas pruebas complementarias (presencia de nitritos, leucocitos en la orina muy elevados y urocultivo positivo para *E. coli*). De esta patología fue convenientemente tratada.

b) Una apendicitis aguda, cuyos datos clínicos fueron sugerentes para sospecharla, el día 24 de mayo de 2011, pero nunca antes.

4. Además de las pruebas documentales, se practica la testifical propuesta en las personas del personal sanitario (enfermeras y médicos) que prestaron la asistencia a la interesada.

5. 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, en particular, al no acreditarse la existencia de mala praxis alguna; antes al contrario, no existió negligencia, demora injustificada o abandono del paciente, sino que se actuó en cada momento poniendo a su disposición todos los medios humanos y materiales necesarios. Se atendió a la paciente, conforme a la sintomatología que presentaba en cada momento. Su seguimiento fue continuo y

adecuado y su evolución favorable. Finalmente, el parto se desarrolló con normalidad y su hija no padeció ningún daño a consecuencia de la asistencia sanitaria prestada a su madre, por el presunto error de diagnóstico y tratamiento por el que reclama.

III

1. 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.

2. Como este Consejo ha venido recordando reiteradamente, la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, en su Sentencia de 11 abril 2014, resume su doctrina sobre la responsabilidad patrimonial por el funcionamiento de los servicios públicos de salud en los siguientes términos:

«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 que la anterior la Sentencia de esa misma Sala de 19 abril 2011 señala:

«(...) 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, acogida por este Consejo en sus pronunciamientos, 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*. 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.

3. La *lex artis ad hoc* se define de la siguiente manera:

«Las Sentencias de 7 de febrero de 1990 y 29 de junio de 1990 expresaron: “que la actuación de los médicos debe regirse por la denominada “*lex artis ad hoc*”; es decir, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación e intervención médica y las circunstancias en que las mismas se desarrollen y tengan lugar, así como las incidencias inseparables en el normal actuar profesional”, y ampliando dicha síntesis conceptual, cabe afirmar: que se entiende por “*lex artis ad hoc*”, como aquel criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina, ciencia o arte médica, que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y transcendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia en otros factores endógenos (estado o intervención del enfermo, de sus familiares, o de la misma organización sanitaria), para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida (derivando de ello tanto el acervo de exigencias o requisitos de legitimación o

actuación lícita, de la correspondiente eficacia de los servicios prestados y, en particular, de la posible responsabilidad de su autor médico por el resultado de su intervención o acto médico ejecutado; siendo sus notas: 1) como tal "lex" implica una regla de medición, a tenor de unos baremos, que valoran la citada conducta; 2) objetivo: valorar la corrección o no del resultado de dicha conducta, o su conformidad con la técnica normal requerida, o sea que esa actuación médica sea adecuada o se corresponda con la generalidad de conductas profesionales ante casos análogos; 3) técnica: los principios o normas de la profesión médica en cuanto a ciencia se proyectan al exterior a través de una técnica y según el arte personal de su autor o profesionalidad: el autor o afectado por la "lex" es un profesional de la medicina; 4) el objeto sobre el que recae: especie de acto (clase de intervención, medios asistenciales, estado del enfermo, gravedad o no, dificultad de ejecución); y 5): concreción de cada acto médico o presupuesto "ad hoc": tal vez sea éste el aporte que individualiza a dicha "lex artis"; así como en toda profesión rige una "lex artis" que condiciona la corrección de su ejercicio, en la médica esa "lex", aunque tenga un sentido general, responde a las peculiaridades de cada acto, en donde influirán, en un sentido o en otro, los factores antes vistos (Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de marzo de 1991)». STS de 26 marzo de 2004.

4. Como también hemos manifestado en numerosas ocasiones, el diagnóstico médico es un juicio clínico sobre el estado de salud de una persona y 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. Éste 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 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 el mismo sentido se pronuncian las SSTS de 19 de abril de 2011, de 24 de abril de 2012, y de 17 julio de 2012.

5. En el presente caso está acreditado que la paciente ha sido atendida adecuadamente en función de la patología que iba presentando atendiendo a la evolución de la misma. El 12 de mayo de 2011 ingresa por infección urinaria confirmado por urocultivo previo al mismo por lo que 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. En resumen, la paciente presento una pielonefritis, confirmada por dos cultivos de orina 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. Consta que 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 realizar el diagnóstico y realizar el tratamiento de una peritonitis secundaria a apendicitis aguda con perforación apendicular.

Está igualmente acreditado que durante su ingreso la paciente fue evaluada diariamente por el médico de planta y en diversas ocasiones por los médicos de guardia, así como que el tratamiento quirúrgico fue el adecuado para el cuadro, prueba de ello es que la paciente evolucionó favorablemente.

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.

Según el informe del SIP, 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 34 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 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.

Es decir, en todo momento se pusieron a disposición de la paciente los medios diagnósticos necesarios a la vista de los síntomas que los pacientes refieren, no existiendo la culpa de los facultativos ya que los síntomas, dado su avanzado estado de gestación, resultaron inicialmente enmascarados con síntomas de otras patologías. Cuando se sospechó de la posibilidad de que se trataba de apendicitis por la aparición de signos claros de compromiso abdominal, se indicó la realización de laparotomía exploradora con resultados satisfactorios para la madre y sin compromiso fetal.

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.

Actualmente, tanto la madre como la niña no sufren de ninguna patología derivada del cuadro padecido.

6. EL SIP manifiesta que la cirugía que se realizó ante la presencia de apendicitis aguda (laparotomía exploradora) se practicó en modalidad urgente (no programada), por lo que no cabría la firma de la paciente en el documento de Consentimiento Informado.

En ese sentido, hay que recordar que existen excepciones al cumplimiento de la normativa reguladora del consentimiento informado (arts. 8 y ss. 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), que permiten omitirlo justificadamente, en concreto, en lo que aquí interesa, cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él, quedando suficientemente

acreditado que en el presente caso se dieron las condiciones de urgencia que justifican debidamente la omisión del consentimiento informado y se informó tanto a la interesada como a sus familiares, por lo que las consecuencias de la intervención médica no resultarían antijurídicas.

7. En relación con el error de diagnóstico este Consejo Consultivo en distintas ocasiones, entre otros en los DDCCC 96/2018, 64/2018 y 426/2016, ha señalado lo siguiente:

«Así, por ejemplo en la Sentencia 8/2010, de 29 enero, del Tribunal Supremo, Sala de lo Civil, Sección 1ª se afirma que:

“(…) solo el diagnóstico que presente un error de notoria gravedad o unas conclusiones absolutamente erróneas, puede servir de base para declarar su responsabilidad, al igual que en el supuesto de que no se hubieran practicado todas las comprobaciones o exámenes exigidos o exigibles (SSTS 15 de febrero y 18 de diciembre de 2006; 19 de octubre 2007); todo lo cual conduce a criterios de limitación de la imputabilidad objetiva para recordar que no puede cuestionarse esta toma de decisiones si el reproche se realiza exclusivamente fundándose en la evolución posterior y, por ende, infringiendo la prohibición de regreso que imponen los topoi (leyes) del razonamiento práctico (SSTS de 14 de febrero de 2006, 15 de febrero de 2006, y 7 de mayo de 2007)”».

Esta doctrina resulta aplicable al presente asunto, puesto que no se ha demostrado la existencia de un diagnóstico tardío, ni tampoco, como se expuesto, que los diagnósticos que inicialmente se fueron emitiendo pudieran considerarse erróneos, todo lo contrario, pues está probado que padeció dos infecciones urinarias, confirmadas por urocultivos, por lo que se administró tratamiento antibiótico. Solo cuando los síntomas y signos fueron inequívocos de compromiso abdominal, para sospechar una apendicitis -sólo lo fueron el día 24 de mayo de 2011 y no antes- es cuando se procedió a intervenir quirúrgicamente.

8. En suma, este Consejo considera que ha quedado acreditado que por parte de la Administración sanitaria se han puesto todos los medios posibles a disposición de la paciente habiéndose empleado las pruebas diagnósticas que se entendió necesarias por parte de los distintos servicios especializados y en múltiples ocasiones para tratar las dolencias que se iban presentando (distintas infecciones mientras estaba embarazada), sin que conste la existencia ni de error de diagnóstico -ni tardío- o negligencia, por lo que se ha de concluir, coincidiendo con la Propuesta de Resolución, que desestima la pretensión resarcitoria, en que la asistencia sanitaria prestada a la reclamante ha sido conforme a la *lex artis ad hoc*.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, que desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial de la administración sanitaria, es conforme a Derecho.