



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 4 6 9 / 2 0 1 8

(Sección 1ª)

La Laguna, a 23 de octubre 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. 437/2018 IDS)*.***

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial extracontractual iniciado frente al Servicio Canario de la Salud mediante escrito de reclamación presentado el 14 de diciembre de 2016, a solicitud de la reclamante, siendo admitido a trámite mediante Resolución de la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud de fecha 11 de enero de 2017.

2. La interesada cuantifica la indemnización en 71.381,14 euros. La citada cuantía determina la preceptividad del dictamen del Consejo Consultivo de Canarias. Así mismo el Consejero de Sanidad está legitimado para solicitarlo. Todo ello 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. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

3. La interesada, mediante escrito, insta la iniciación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial por la deficiente asistencia sanitaria que le fue prestada por el Servicio Canario de la Salud. Concretamente, fundamenta sus pretensiones en que:

* Ponente: Sr. Suay Rincón.

«(...) En el año 2015 la reclamante presenta embarazo de Alto Riesgo por preeclampsia, lo cual supone según los protocolos habituales, la recomendación de inducir al parto a partir de la semana 36, en función del estado de la paciente.

Tras dos días de parto en el Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, con la tensión alta y en la semana 38 de gestación, se decide la práctica de una cesárea el día 18 de diciembre de 2015. Se da de alta el día 22 del mismo mes y año.

Desde la fecha de alta, la reclamante tiene sensación de falta de aire y taquicardia, motivo por “el que acude el día 24 de diciembre en que, tras un diagnóstico inicial de anemia severa, se le transfunden hasta dos unidades de hematíes y se le da el alta”. Los síntomas persisten y con fecha 27 del mismo mes y año, y se le pauta tratamiento por asma y ansiedad post parto.

Como no mejora, acude al Centro de Salud de Añaza, donde realizan radiografía de tórax y electrocardiograma. A la vista de estas pruebas se solicita interconsulta con Cardiología, la cual no es respondida.

Con fecha 26 de enero de 2016 acude a consulta de Cardiología en el ámbito privado. A la vista de su estado y antecedentes, realiza recomendación de ingreso urgente por disnea en reposo. Se diagnostica una Pericarditis derivada del parto, con función coronaria del 35% de capacidad. Se le explica también que su parto debería haber sido programado, sin esperar a la semana 38, y menos aún tardar dos días en practicar la cesárea. Esta situación, unida a los errores de diagnóstico posteriores, son los que ocasionaron la patología coronaria.

Con fecha 27 de mayo de 2016 se emite informe por Cardiología en el que consta que las dolencias se han estabilizado, pero en segunda revisión el día 17 de agosto del mismo año se hace constar un empeoramiento, con reducción de la capacidad cardiaca al 40-45%. Se aumenta la medicación. Se informa a la paciente, tanto de forma verbal como en informes médicos, de que la reclamante contaría con una cardiopatía para toda la vida.

La interesada reclama una indemnización porque entiende que se produjo una falta de programación del parto a partir de la semana 36, una falta de observación y control de los síntomas que presentaba, y por una incorrecta asistencia médica recibida tras el parto (...).

La reclamante acompaña a dicho escrito documentación médica con efecto probatorio.

4. 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.

Se cumple por otra parte la legitimación pasiva de la Administración autonómica como titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

5. 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 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.

La resolución de la reclamación es competencia del Director del citado 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.

II

1. Consta en el expediente la siguiente tramitación procedimental:

- Por Resolución de 11 de enero de 2017, se admite a trámite la reclamación formulada y se solicitan los informes pertinentes y la historia clínica de la interesada.

- El Servicio de Inspección y Prestaciones emite informe de 21 de mayo de 2018 en el que concluye con la inexistencia de responsabilidad patrimonial por parte de la Administración pública.

- Con fecha 19 de junio de 2018 se notifica a la interesada acuerdo probatorio, abriendo un plazo de 30 días con objeto de practicar la prueba testifical propuesta.

- Con fecha 29 de junio de 2018 se notifica a la interesada trámite de audiencia. Con fecha 17 de julio de 2018 se aporta escrito de alegaciones, reiterando lo expuesto en reclamación inicial.

- Conforme a lo dispuesto en el art. 20.j) del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias, modificado por el Decreto 232/1998, de 18 de diciembre, en este procedimiento no se recaba el informe de los Servicios Jurídicos, por tratarse de una cuestión resuelta previamente, y que ya ha sido informada por el Servicio Jurídico.

- Finalmente se emite la Propuesta de Resolución en fecha 5 de septiembre de 2018.

2. Admitida a trámite la reclamación presentada, la instrucción del procedimiento no ha incurrido en irregularidades formales que obsten a la emisión de nuestro dictamen.

III

1. La Propuesta de Resolución es de carácter desestimatorio, por considerar la instrucción del procedimiento que no concurren los requisitos requeridos para determinar la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

2. La reclamación se centra en los daños, presuntamente, ocasionados a la interesada por la falta de programación del parto a partir de la semana 36, una falta de observación y control de los síntomas que presentaba, y por una incorrecta asistencia médica recibida tras el parto. Estos hechos ocasionaron supuestamente la miocardiopatía periparto que sufrió la interesada.

3. De acuerdo con la documentación obrante en el expediente, particularmente, de los informes preceptivos recabados y del informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) se desprenden los siguientes hechos:

- Con fecha 18 de mayo de 2015 se diagnostica embarazo de 6+2 semanas. Tiene antecedentes de Hipertensión arterial en tratamiento farmacológico, aborto anterior diferido que precisó la práctica de tres legrados, depresión en tratamiento y Neuroblastoma estadio IV en la infancia. Por estos motivos, se remite al Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC), para seguimiento por el Servicio de Ginecología y Obstetricia.

- Con fecha 17 de junio de 2015 es valorada por este Servicio. Se solicita Ecografía del primer trimestre. En el informe se considera valorar el riesgo de Preeclampsia precoz mediante calculadora gestacional.

- Con fecha 24 de agosto de 2015 se realiza ecografía con resultado dentro de la normalidad. Sigue control en Consulta de Patología Obstétrica (CEPO), por la Hipertensión arterial.

- El día 15 de diciembre de 2015 ingresa de forma urgente desde la consulta de CEPO por tensiones elevadas. Edad gestacional de 37+5 semanas. Las ecografías gestacionales no muestran patología fetal. Las tensiones medias al ingreso son de 150/100, y el test de BISHOP muestra que no hay dilatación alguna y bolsa amniótica íntegra. El diagnóstico al ingreso es de Preeclampsia leve en gestación de 37+5 semanas. Se decide valorar finalizar la gestación al día siguiente (folio n.º 238). Firma el Consentimiento Informado (DCI) para inducción al parto el día 16 de diciembre de 2015.

- El día 16 de diciembre de 2015 se instauran Prostaglandinas intravaginales según protocolo, para posterior inducción con Oxitocina. A las 11:00 h del día 17 de

diciembre de 2015 se inicia inducción al parto. Se administra anestesia epidural, alcanzando 4 cm de dilatación. A partir de este momento el parto se estaciona a pesar de presentar buena dinámica uterina. Por este motivo se decide la práctica de una cesárea, que tiene lugar a las 2:49 h del día 18 de diciembre de 2015. Se restaura dentro de la cirugía una prolongación del ángulo de la histerotomía y se trata igualmente una laceración superficial en la plica vesical. Las pérdidas hemáticas que se registran son moderadas. La evolución posterior fue dentro de los límites normales, con cifras tensionales en límite alto y síndrome anémico que se trata con hierro intravenoso, sin requerir transfusión en este momento. Hemodinámicamente está estable. Con fecha 22 de diciembre de 2015 recibe el alta hospitalaria, con el diagnóstico de cesárea por parto estacionado, hipertensión arterial crónica con preeclampsia sobreañadida.

- Con fecha 24 de diciembre ingresa de nuevo en el Servicio de Ginecología y Obstetricia por síndrome anémico severo. Hemoglobina (Hb) de 6.7gr/dl. Se realiza transfusión sanguínea de 2 unidades de hematíes y permaneció ingresada hasta el día 26 del mismo mes y año, en que se le da el alta con el diagnóstico principal de anemia severa.

- El día 27 de diciembre de 2015 acude a Urgencias del HUNSC a las 12:34 h por iniciativa propia, con dificultad respiratoria que refiere de 24 horas de evolución y decaimiento, que se agudiza ayer durante la noche. Es valorada por el Servicio de Urgencias Ginecológicas que la remite a Urgencias generales. Se realiza exploración física, analítica, gasometría, Electrocardiograma, radiografía de tórax y toma de constantes. A la vista de la exploración y pruebas complementarias se llega a la conclusión de que no hay datos gasométricos de ingreso. Refiere la disnea de probable relación con componente ansioso, e indican continuar con el tratamiento prescrito. Posteriormente la paciente sigue sus citas de revisión pediátricas, analíticas y visitas a su Centro de Salud.

- El día 1 de enero de 2016 acude a urgencias del Centro de Salud refiriendo falta de aire, con sensación de ahogo. Manifiesta estar muy nerviosa. La auscultación cardiopulmonar es normal. Se remite a su médico de cabecera.

- El día 4 de enero, en primera visita con la matrona tras el parto, diagnostica obesidad mórbida. Se observa mejoría de la anemia, con Hb de 11gr/dl. Sigue con curas de la herida quirúrgica y a pesar de que cuesta la cicatrización, mejora visiblemente.

- El día 11 de enero de 2016, al acudir a su Centro de salud para cura, refiere tos seca, sin fiebre. A la auscultación, no se aprecian ruidos anormales. Se instaaura aerosolterapia.

- El día 18 del mismo mes, el médico del Centro de Salud registra que la paciente presenta tos seca de una semana de evolución, y ahora con más dificultad respiratoria y aumento de la tos. Anota que hace un mes de la cesárea y que ha presentado aumento de edemas en MMII. A la exploración no encuentra trabajo respiratorio y no tiene fiebre. FC de 102 l/m. Saturación de oxígeno del 97% y disminución global del murmullo vesicular. Alguna sibilancia aislada. Se trata con nebulización y Urbasón, mejorando la saturación al 100% y FC de 99 l/m. A la auscultación, ausencia de murmullo vesicular en base derecha y crepitantes basales en base izquierda. Se recomienda acudir a su médico hoy para reevaluar, y control en las próximas 24 horas. Su médico de cabecera observa que se mantiene la disnea, y anota en la Historia clínica: «se mantiene con disnea la noche con dificultad para tolerar el decúbito, edemas importantes en MMII». Emite diagnóstico de Insuficiencia Cardíaca Congestiva (ICC) y empieza a tratar a la paciente con diuréticos y seguimiento estrecho.

- El día 21 de enero, se observa que ante el tratamiento presenta leve mejoría. Solicita EKG, Rx de tórax e interconsulta a Cardiología con carácter urgente. El día 26 de enero de 2016 es vista por Cardiología, Servicio que emite como diagnóstico, Miocardiopatía periparto. Disfunción Ventrículo izquierdo severa. Insuficiencia Mitral moderada. Se propone ingreso para monitorización el día 27 de enero. Se realiza Ecocardiograma que confirma los diagnósticos previos. Tras el tratamiento administrado la respuesta es buena. Una vez estabilizada se repite el Ecocardiograma y se realiza RMN cardíaca. La disfunción del ventrículo izquierdo pasa de severa a moderada. Se decide alta hospitalaria para el 4 de febrero y control por la unidad de Insuficiencia Cardíaca. Diagnóstico principal: ICC, Miocardiopatía dilatada probablemente periparto con disfunción moderada, mas los previos. Se modifica tratamiento cardiológico y continúa con el antidepresivo que ya tomaba.

- Con fecha 24 de febrero de 2016 se realiza control EKG en su Centro de Salud que refleja bradicardia sinusal y aumento de la aurícula izquierda. Control por Cardiólogo el día 26 de febrero que le modifica el tratamiento. Clínicamente refiere encontrarse muy bien. La paciente continúa en controles por Cardiología y Unidad de IC hospitalaria, así como por los Servicios de Enfermería de la misma unidad. También mantiene vigilancia estrecha por parte de su médico de cabecera.

- Con fecha 27 de mayo de 2016 acude a la Unidad de IC. El Ecocardiograma de fecha 25 de mayo está dentro de la normalidad. El diagnóstico que se emite es Miocardiopatía periparto con disfunción sistólica severa actualmente normalizada. Se suspende el tratamiento diurético continuando con el resto. Se da de alta en esta Unidad.

- Con fecha 10 de agosto de 2016 el médico de cabecera remite a la paciente a Cardiología refiriendo que desde hace tiempo presenta palpitaciones que se relacionan con momentos de bradicardia, siendo los EKG normales. También refiere estar en tratamiento para la vía mental, pero que debido a su historial cardiológico considera necesaria una valoración que descarte causas cardiológicas. Con fecha 17 de agosto es valorada por Cardiología. En Ecocardiograma, Insuficiencia Mitral ligera y trivial patrón pseudonormal. Ventrículo derecho normal. Está pendiente de Holter.

- Con fecha 28 de diciembre de 2016 el Cardiólogo informa al médico de cabecera acerca de Ecografía realizada: mejoría de los patrones y Holter sin pausas ni trastornos de la conducción. Solo extrasístoles aisladas sin complicaciones.

- Con fecha 2 de febrero de 2017 es valorada de nuevo por Cardiología. El día 16 del mismo mes se repite Ecocardiograma que arroja un resultado de disfunción ligera de ventrículo izquierdo. Se ajusta la medicación.

- Nueva consulta de seguimiento por Cardiología el día 7 de junio de 2017. Función sistólica deprimida de forma ligera, sin signos de insuficiencia cardíaca.

- La siguiente revisión de Cardiología tiene lugar con fecha 7 de marzo de 2018, concluyendo que la paciente presenta una función sistólica del ventrículo izquierdo normalizada, y NYHA I dando cita ya para un año en este servicio.

4. Este Consejo Consultivo ha manifestado de forma reiterada y constante acerca de la distribución de la carga de la prueba, que es al interesado a quien corresponde demostrar la veracidad de sus alegaciones en virtud de la normativa general sobre la carga de la prueba (art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil), señalándose al respecto por este Consejo que quien afirma la existencia de unos hechos en los que se basa su posición jurídica en un asunto controvertido debe probar fehacientemente su existencia. No basta, por tanto, con alegar la existencia y características de un hecho; es necesario acreditarlo, es decir, que corresponde al demandante la carga de probar la certeza de los hechos de los que ordinariamente se desprenda, según las normas jurídicas a ellos aplicables, el efecto jurídico

correspondiente a las pretensiones de la demanda, y corresponde al demandado la carga de probar los hechos que, conforme a las normas que les sean aplicables, impidan, extingan o enerven la eficacia jurídica pretendida por el demandante (Dictámenes 40/2017, de 8 de febrero, 80/2017, de 15 de marzo, 210/2017, de 4 de julio, 11/2018, de 11 de enero y 100/2018, de 15 de marzo, entre otros muchos).

Este Consejo ha señalado reiteradamente que 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.

5. El SIP explica que la miocardiopatía periparto es una patología rara. La Sociedad Europea de Cardiología la define como una miocardiopatía idiopática cuya presentación frecuente es un cuadro de insuficiencia cardíaca secundaria a la disfunción sistólica del ventrículo izquierdo que se presenta hacia el final del embarazo y primeros meses del postparto, sin que exista otra causa que lo justifique, y sin que exista previamente una enfermedad cardíaca.

La mayor parte de las pacientes presenta sintomatología durante la primera semana después del parto, pero existen casos en que se presenta durante el segundo y tercer trimestre. No existen biomarcadores específicos en los exámenes solicitados

patognomónicos de esta enfermedad. El diagnóstico es por exclusión y se trata de una patología rara y peligrosa.

La presentación clínica es la característica a un cuadro de insuficiencia cardíaca aguda. El desafío consiste en sospechar esta patología, puesto que la sintomatología temprana imita los cambios fisiológicos propios del embarazo. Raramente hay síntomas durante el último mes de la gestación o inmediatamente después del parto.

En el presente supuesto, la paciente estaba en seguimiento por la consulta de patología obstétrica por presentar hipertensión arterial crónica. La ecografía de fecha 24 de agosto de 2015 arroja un resultado dentro de la normalidad. Así mismo, continúa en seguimiento durante todo el embarazo para control de la hipertensión, y valorar el riesgo de preeclampsia precoz, ya que los estados hipertensivos del embarazo son una de las complicaciones obstétricas con mayor repercusión materna y fetal.

También el SIP caracteriza la eclampsia por las convulsiones que preceden a un estado de coma, y es una enfermedad muy grave, siendo el riesgo principal de padecerla la presencia de hipertensión arterial. Así, la preeclampsia es un estado previo y por ese motivo se debe monitorizar a las gestantes con HTA, por suponer un riesgo para el embarazo, tanto para la madre como para el feto.

6. Coincide con lo manifestado por el SIP el Jefe de Sección de Obstetricia que, en su informe de fecha 27 de junio de 2017, indica que el día 15 de diciembre la afectada fue diagnosticada de preeclampsia leve, estando de 37+5 semanas de gestación, por lo que fue ingresada para finalización del embarazo con objeto de reducir los riesgos de la HTA previa, sobre todo para el feto, a la que además se añadió una HTA del embarazo. Se informa a la paciente y se comienza la finalización de la gestación por el protocolo habitual, que incluye la administración de prostaglandinas por vía vaginal para madurar el cuello y poder proceder al día siguiente a la inducción del parto. Se inicia la inducción a las 11 h del día 17 de diciembre de 2015. Se administra analgesia epidural sin que se produzca reacción adversa en ningún momento y alcanzados los 4 cm de dilatación, el parto se estaciona. Los controles maternos y fetales son normales en todo momento, y la indicación de cesárea se realiza por protocolo habitual, sin necesidad de prolongar el parto, a las 2 h 49 min del día 18 de diciembre de 2015, es decir, 16 horas después de haberse iniciado el parto, y no dos días como manifiesta la reclamante en escrito inicial. Tras la cesárea, el resultado tanto materno como fetal es satisfactorio, con

sangrado moderado que produce un cuadro anémico secundario tratado en planta de hospitalización, y dada la estabilidad hemodinámica de la paciente, no requiere transfusión en ese momento. Finalmente, recibe el alta sin sintomatología cardíaca.

Además, el facultativo en su informe indica que en ningún caso se observó sintomatología cardíaca por parte de anestelistas, obstetras ni matronas, que precisara mayor atención que la habitual en un caso de cesárea con anemia posterior. Sin perjuicio de que, posteriormente, reingrese con un cuadro de anemia severa que sí produce síntomas (taquicardia) y que no estaba presente en el momento del alta. Razón por la que se transfundieron dos concentrados de hematíes con muy buena respuesta clínica. Se realiza EKG que no denota patología cardíaca alguna.

En el mismo sentido, el facultativo informa que en el ingreso no se presentaban síntomas de alteración cardíaca, y que, una vez recuperado el pulso normal y estado clínico adecuado, la paciente recibe el alta. Respecto al origen o causa de la miocardiopatía periparto padecida, el facultativo expone en su informe que esta patología puede ocurrir desde semanas cercanas al parto hasta 5 meses después del mismo. La causa es desconocida y aunque en un porcentaje de casos se relaciona con la hipertensión, no hay un marcador que avise del riesgo de desarrollarla, puesto que además en la mayoría de los casos, como el que se analiza, se desarrolla en el domicilio. Tampoco existe una relación entre la duración del parto o la vía del mismo con la producción de este cuadro. En cualquier caso, el parto cuestionado no se prolongó en absoluto. El seguimiento del embarazo, la decisión de finalizarlo para bien materno y fetal y la vía de finalización fueron correctos. La duración de la preinducción y de la inducción fueron las correctas y ajustadas a los protocolos de la SEGO. La conducción de la dilatación se realizó con todos los controles maternos y fetales y bajo anestesia epidural, y la cesárea fue indicada ante la imposibilidad de conseguir un parto vaginal. El postoperatorio se complicó con el cuadro de anemia que inicialmente fue bien tolerado por la paciente pero que precisó de nuevo ingreso ante el empeoramiento con la necesidad de realizar transfusión. Después de la misma la paciente se fue de alta sin ningún síntoma de patología cardíaca. Este cuadro cardíaco no tiene posibilidad de ser prevenido ya que los síntomas aparecen en el domicilio y separado en el tiempo del alta hospitalaria.

El facultativo concluye en su informe afirmando que ninguna de las actuaciones por parte del Servicio de Ginecología y Obstetricia fueron incorrectas. El cuadro cardíaco fue diagnosticado cuando estaba en su domicilio, pues estando ingresada no

se manifestaron síntomas importantes a ese nivel que hubieran hecho sospechar dicha patología.

7. A mayor abundamiento, igualmente el Jefe de Servicio de Cardiología informa que la miocardiopatía periparto es una entidad rara que ocurre en el último mes de embarazo o primeros cinco días tras el parto aunque se ha asociado a factores como preeclampsia, desnutrición, embarazo gemelar e incluso miocardiopatías hereditarias, no es posible determinar una relación causal clara con ninguna de ellas.

La paciente en el presente caso comenzó a ser vista por el Servicio de Cardiología el día 27 de enero de 2016, al ingresar en la planta por insuficiencia cardíaca, observando disfunción moderada-severa de ventrículo izquierdo. Para llegar a un diagnóstico de mayor certeza se requiere descartar la existencia previa de la miocardiopatía, pero este dato se desconoce al no constar ecocardiograma previo de la paciente. El facultativo considera la miocardiopatía periparto como diagnóstico más probable en este caso. Fue seguida en la Unidad de Insuficiencia cardíaca con mejoría progresiva de la función ventricular, siendo normal en mayo de 2016. Siguió revisiones posteriores donde se objetiva ligero empeoramiento de la función ventricular en febrero de 2017 (disfunción ligera). Finaliza su informe exponiendo que no es posible establecer una relación segura entre la preeclampsia y la miocardiopatía periparto, no encontrando en la literatura médica estudios que demuestren que la inducción anterior al parto en casos de preeclampsia puede evitar esta rara enfermedad.

8. Por su parte, y sobre la base de lo expuesto, el SIP también concluye en su informe que no se puede unir la preeclampsia con la miocardiopatía sufrida, ya que no hay evidencias para afirmar dicha relación. Según los últimos informes analizados, correspondientes a marzo de 2018, no presenta afectación alguna del ventrículo izquierdo, encontrándose sin síntomas ni signos de patología cardíaca, y NYHA I. El SIP explica que esta clasificación NYHA mide la funcionalidad cardíaca, y en concreto la que presenta la paciente es grado I: sin limitación. Las actividades físicas habituales no causan disnea, cansancio o palpitaciones.

9. Por las razones expuestas y en atención a la documentación médica obrante en el expediente, no se observa daño antijurídico alguno, se considera que no ha quedado acreditada la vulneración de la *lex artis* durante la asistencia sanitaria, pues se dispensó la asistencia médica correcta según se fueron presentando las dificultades, y fue diagnosticada cuando fue posible a la vista de la sintomatología

que iría presentando la paciente en cada momento, habiéndose demostrado adecuado el tratamiento que también recibiría acorde con el estado de salud de la reclamante.

Se trata, en efecto, la miocardiopatía periparto de una enfermedad rara y difícil de prever, carente de biomarcadores específicos identificadores de una situación de riesgo, que, por otra parte, tampoco cabe atribuir a una supuesta falta de control, en tanto que sujeta a seguimiento por razón de la hipertensión arterial que padecía sino a la ausencia de síntomas, así como tampoco a la falta de programación de un parto que vino a desarrollarse con normalidad: en ningún caso se observó ni alteración ni sintomatología cardíaca, como refieren los sujetos intervinientes, ni se prolongó por un tiempo excesivo a partir de su inicio.

A falta de título específico de imputación, en fin, tampoco ha quedado acreditada la relación causal entre la miocardiopatía periparto sufrida por la afectada y la asistencia sanitaria que se le dispensó durante el embarazo y el parto, no existiendo pues la responsabilidad patrimonial que se alega.

Por cuanto antecede, en suma, procede desestimar la reclamación formulada.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta Resolución es conforme a Derecho.