



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 4 7 5 / 2 0 1 9

(Sección 1ª)

La Laguna, a 19 de diciembre de 2019.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera 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 (...), en nombre propio y en representación de su hija (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 447/2019 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. Se dictamina sobre la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución (PR), formulada por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud (SCS) tras la presentación y tramitación de una reclamación de indemnización por los daños que se alegan producidos por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva dada la cuantía reclamada (30.000 euros), de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias. Está legitimado para solicitarlo la Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 de la citada ley.

3. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento 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.

Mediante Resolución de 23 de diciembre de 2014 de la Directora, se delega en la Secretaría General del Servicio la competencia para incoar y tramitar los expedientes

* Ponente: Sr. Fajardo Spínola.

de responsabilidad patrimonial derivados de la asistencia sanitaria por el Servicio Canario de la Salud.

4. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada, resulta de aplicación la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP) porque la reclamación ha sido presentada después de la entrada en vigor de la misma.

También son aplicables la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica.

II

1. En lo que se refiere a los antecedentes de hecho, en el escrito de reclamación presentado se afirma lo siguiente:

El día 23 de diciembre de 2016 la afectada acudió alrededor de las 18:00 horas al Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario Materno Infantil (CHUIMI) embarazada de 39+1 semanas, pues se había producido la rotura de bolsa amniótica, habiéndose advertido previamente la presentación podálica del bebe, siendo todo ello comprobado por el personal sanitario en los primeros momentos de su ingreso.

2. La interesada alega que a las 22:09 horas de ese mismo día se le realizó una ecografía para valorar el polo cefálico del feto y, pese a que con la misma se observó que existía dificultad para calcular el ángulo, se decidió continuar con normalidad, llegando a firmar el consentimiento informado para la aplicación de la anestesia epidural, necesaria para llevar a cabo un parto normal. Varios minutos más tarde, concretamente por parte de la doctora (...), se le comunicó que el feto presentaba bradicardia, pero dicha facultativa decidió continuar con toda normalidad.

3. Alrededor de las 01:00 horas del 24 de diciembre de 2016, en presencia del esposo de la interesada, comenzó en el paritorio el trabajo del parto y, sobre las 02:00 horas, su esposo observó un gran nerviosismo en los profesionales actuantes, quienes tras gritar «*bradicardias, rápido, rápido que se nos va*», le solicitaron que abandonara el paritorio, pues iban a efectuar una cesárea urgente, sin que ni siquiera pudieran acudir al quirófano por la gravedad y urgencia de la situación.

4. A las 07:00 horas de ese mismo día la interesada pasa a planta y tras 48 horas de ingreso hospitalario continuó con fuertes dolores y molestias por lo que en la mañana del día 26 de diciembre de 2016 la llevaron a hacerse una radiografía abdominal, decidiéndose ese mismo día, sobre las 20:00 horas, que se le iba a realizar una relaparotomía de urgencia ante la posibilidad de que una de las gasas hubiera quedado dentro, pues no hubo un recuento de las mismas en el paritorio. Tras la intervención, se le comunicó a la interesada que no encontraron ningún tipo de gasas y que se habían confundido con una cicatriz interior de una apendicetomía, extremo que a juicio de la reclamante confirma una nueva negligencia y un completo error de diagnóstico.

5. El día 28 de diciembre de 2016, aun encontrándose con fuertes dolores, se le dio el alta, recomendándole únicamente el cuidado de la herida quirúrgica y la medicación que se le había recetado para los dolores; pero, ante la falta de seguimiento alguno por parte del equipo médico, la interesada, que continuaba encontrándose mal y presentando los puntos mal aspecto, acudió nuevamente a las urgencias del CHUIMI el día 3 de enero de 2017. Sin embargo, pese al estado que presentaba dicha herida quirúrgica, nuevamente no se tomaron las medidas adecuadas y tan sólo se le recetaron antibióticos que comenzó a tomar ese mismo día, dándosele el alta e indicándole que acudiera a urgencias en caso de empeorar o tener fiebre.

El día 5 de enero de 2017 la interesada presentaba estado febril, que en pocas horas alcanzó los 39,2º, permaneciendo en ese estado durante dos días, motivo por el que el día 7 de enero de 2017 acudió a urgencias del CHUIMI ya que además de presentar fiebre, ese mismo día se le abrió la herida por uno de los puntos de sutura comenzando a supurar líquido purulento de color oscuro en gran cantidad y continuo. En dicho Servicio la doctora que la trató manifestó que era necesario ingresarla nuevamente para administrarle antibióticos por vía intravenosa, permaneciendo ingresada durante tres días hasta el 10 de enero de 2017, fecha en la que recibió el alta.

6. La interesada resume en su reclamación los motivos en los que basa la misma de la siguiente manera:

«- Dilatar la espera para que fuera el alumbramiento de parto vaginal, cuando el feto estaba en posición podálica, con la bolsa amniótica rota, los pies del bebe por fuera de la vagina y con posición de la cabeza no adecuada para nacer de forma natural.

- Haberse realizado la cesárea en el paritorio y no en el quirófano por la espera decidida por los profesionales que intervinieron y cuyos datos constan en la historia clínica que se acompaña

- El realizar otra operación por supuesta presencia de gasas en el interior y la cual no hubiera sido necesaria por un lado si se hubiera realizado el recuento de gasas y por otro de haberse realizado más pruebas que descartaran la existencia de gasa antes de intervenir, extremo que hace sospechar que quizás hubiera gasa en el interior y que tal circunstancia se ha ocultado.

- La infección abdominal que se causó a causa de la segunda intervención quirúrgica realizada y que fue completamente innecesaria.

- Causarse como SECUELA, que si mi mandante vuelve a quedar embarazada ha de dar a luz mediante una cesárea interactiva y ello a causa de una relaparotomía innecesaria.

- No tener un seguimiento ginecológico después de lo acontecido y las complicaciones».

Además, de ello reclama también por la realización de la referida cesárea con omisión del consentimiento informado.

7. La interesada reclama una indemnización de 30.000 euros tanto por los daños físicos y morales que con la actuación médica deficiente se le ha ocasionado a su persona, incluyendo la secuela antes mencionada, como también por los daños que considera causados a su hija, lo cual expone en los siguientes términos:

«En lo que a la menor se refiere, tal y como se ha expuesto y consta en los informes médicos que se aportan, la cual, tal y como consta en los informes, nació con una frecuencia cardíaca de 60lpm, pálida, sin tono, por lo que tuvo que ser intubada y hasta el minuto de vida, la frecuencia cardíaca no subió a 100lpm desconociendo las consecuencias y las secuelas que pueda sufrir el bebé a causa del sufrimiento fetal durante el nacimiento. Además, como consecuencia del sufrimiento fetal causado durante el parto, la hija de mi mandante ha tenido problemas en cuello continuando en seguimiento, habiéndosele indicado también que tiene débil la espalda».

8. Por último, para completar un adecuado relato de los hechos es preciso tener en cuenta lo manifestado en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del SCS (SIP), acerca de la actuación médica desarrollada durante la noche del 23 al 24 de diciembre de 2016, lo que se explica de la siguiente manera:

«2.- En la historia clínica se describe a las 18:54 horas, que presenta signos vitales: Tensión arterial (TA): 122/70; frecuencia cardíaca (FC): 82; temperatura (Tª): 36,5°C (parámetros normales). No evidencia de sangrado, movimientos fetales presentes, dinámica uterina aislada. A la especuloscopia*, se objetiva salida de líquido claro. Test de nitrazina*

positivo. *Especuloscopia: visualización directa de la vagina y el cuello uterino previa colocación de un espéculo.

*El test de Nitrazina se realiza para confirmar la presencia de líquido amniótico en vagina.

3.- Ante la sospecha de rotura de bolsa amniótica la paciente queda ingresada en el Servicio de Obstetricia. En la valoración al ingreso, se detalla: presentación de nalgas. A la exploración obstétrica se recoge que presenta buen estado general; altura uterina corresponde; feto en logitudinal podálico, con frecuencia cardíaca fetal (FCF) normal. Vagina normal sin restos hemáticos; fluye líquido amniótico (LA) claro de forma espontánea. Tacto vaginal (TV): cérvix posterior, dilatado 1-2 cm, con consistencia blanda, borrado: 80%, presentación fetal en podálico, nalgas apoyadas. En la Ecografía abdominal se confirma presentación podálica, nalgas completas. Bajo el diagnóstico de Rotura prematura de membrana en embarazo a término. Presentación podálica nalgas completas, se indica ingreso en planta, realización de analítica completa y control TNE.

*TNE es una monitorización que se realiza anteparto y tiene el objetivo de valorar las variaciones de la frecuencia cardíaca fetal y los movimientos del feto. Si la TNE es reactiva indica buena oxigenación fetal.

4.- A las 21:57 horas, queda detallado que pasa a paritorio en trabajo de parto, constanding presentación fetal en podálica, nalgas completas. Se le coloca monitor externo de frecuencia cardíaca fetal (FCF) y dinámica uterina (DU).

5.- A las 21:59 se describe analítica realizada dentro de la normalidad, Hemoglobina: 13,8 g/dl. Plan: control de FCF Y DU. Alumbramiento dirigido y profilaxis de atonía uterina.

6.- Hasta aquí vemos, que la paciente con embarazo a término (39 semanas + 1 día), en curso normal, presentó expulsión de líquido amniótico, por lo que acudió al Servicio de Urgencias Ginecológico del CHUIMI, allí fue adecuadamente examinada y tras confirmar la rotura prematura de membrana, la presentación del feto en podálica, y estando tanto la paciente como el feto con buen estado general, se ingresa para su control, y monitorización, previo al parto, que no tiene ninguna contraindicación para que pueda seguir una evolución normal, es decir, puede permitirse la evolución del parto por vía vaginal.

7.- A las 22:09 se realiza Ecografía abdominal para valorar polo cefálico fetal. Se describe dificultad para calcular ángulo. Impresiona polo cefálico en posición intermedia (lo cual permite el parto vaginal).

8.- A las 22:15 continúa con su control con monitorización de FCF y DU. Pendiente de realización de nuevo control ecográfico.

9.- Tras petición de parto con analgesia por parte de la paciente, se le explica en qué consiste la anestesia epidural, firma consentimiento y le es administrada, quedando constancia de ello en el curso evolutivo a las 22:54 horas.

10.- A las 23:00 horas es evaluada por bradicardia fetal en relación con hipertonia uterina (falta de relajación tras la contracción), que cede espontáneamente, recuperándose la FCF normal de forma inmediata.

11.- A las 23:53 horas se describe exploración vaginal: ángulo púbico agudo con adecuada excavación sacra, espinas ciáticas no prominentes. Registro cardiotocográfico (RCTG)*: buena vitalidad con ascensos transitorios en todo el trazado, es decir existencia de bienestar fetal, lo que hace viable el progreso del parto vía vaginal.

*La cardiotocografía consiste en la evaluación de las contracciones uterinas y el bienestar fetal durante el embarazo y el trabajo de parto. La monitorización de estas variables muestra la presencia o ausencia de contracciones uterinas y los latidos cardíacos fetales.

12.- A la 01:06 horas, del día 24/12/16, se detalla: paciente en dilatación completa. Se repite Ecografía abdominal objetivándose cabeza fetal en posición indiferente. Queda detallado que se permite parto por vía vaginal.

13.- A la 01:52 horas, diez minutos después de iniciados los pujos se objetiva ambas piernas del feto por fuera del introito vaginal quedando la presentación en un segundo plano en una posición dorsoposterior. En ese momento y siendo el Registro cardiotocográfico (RCTG) previo, estrictamente normal, se inicia bradicardia fetal súbita sin relación con alteración de la dinámica uterina, ni otra causa identificable, por lo que se decide realizar cesárea urgente en paritorio, Desde el inicio del período de expulsivo se encuentran presentes en la sala de partos: Ginecólogo, Anestésista, Neonatólogo y enfermería de quirófano. Identificada la bradicardia mantenida del feto, se actúa inmediatamente, administrando anestesia general, practicando intubación orotraqueal (IOT) y efectuando una cesárea urgente a la paciente».

III

1. El procedimiento comenzó el día 22 de diciembre de 2017, a través de la presentación de la reclamación efectuada por la interesada.

2. El día 7 de febrero de 2017, se dictó la Resolución núm. 368/2018 de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud por la que se admitió a trámite la reclamación de la interesada.

El presente procedimiento cuenta con la totalidad de los trámites preceptivos, incluyendo el informe del del Servicio de Obstetricia y Ginecología del CHUIMI, el informe del SIP, se acordó la apertura del periodo probatorio, sin que se practicara prueba alguna; la interesada había solicitado como prueba una valoración médico-

pericial de ella misma y de su hija por médico forense adscrito al Instituto de Medicina Legal de Las Palmas de Gran Canaria, prueba que se inadmitió, manifestando el órgano instructor que *«Al respecto señalar que en cuanto a la pericial propuesta por la parte reclamante consistente en la valoración de ella y su hija por equipo médico forense adscrito al Instituto de Medicina Legal no resulta procedente toda vez que el citado Instituto de Medicina Legal es un órgano técnico adscrito al Ministerio de Justicia, cuya misión es auxiliar a la Administración de Justicia y contribuir a la unidad de criterio científico y a la calidad de la pericia analítica, así como al desarrollo de las ciencias forenses. Su organización y supervisión corresponde al Ministerio de Justicia. Por ello solo compete a los órganos de la Administración de Justicia la solicitud de dichos informes o dictámenes»*.

Además, se le otorgó el trámite de vista y audiencia, sin que formulara alegación alguna.

El día 19 de septiembre de 2019 se dictó la Propuesta de Resolución definitiva acompañada de borrador de la Resolución definitiva y del informe de la Asesoría Jurídica Departamental, habiendo vencido el plazo resolutorio tiempo atrás, lo que no obsta para resolver expresamente al existir deber legal al respecto, sin perjuicio de los efectos administrativos que debiera conllevar y los económicos que pudiera comportar (arts. 21 y 23 LPACAP).

3. Concurren los requisitos legalmente establecidos para el ejercicio del derecho indemnizatorio previsto en el art. 106.2 de la Constitución (arts. 32 y ss. LRJSP).

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación efectuada, por considerar el órgano instructor que no concurren los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial del SCS. En la misma, tras analizar exhaustivamente los distintos motivos en los que se fundamenta dicha reclamación, se concluye manifestando que:

«Como ha quedado acreditado la bradicardia del fetal súbita no guarda relación con la alteración en la dinámica uterina, ni otra causa identificable, de modo que detectada en el registro cardiotocográfico se actuó de forma urgente y rápida dentro del paritorio para mantener el bienestar fetal. Prueba de ello es, que como afirma el testigo, y se corrobora por los informes médicos, a día de hoy la menor no presenta ninguna secuela.

Por lo que respecta a la planificación de la cesárea, los informes incorporados al expediente acreditan que de conformidad con la Guía de Partos del Sistema Nacional de Salud la presentación en podálica de un parto no es óbice para un parto por vía vaginal, en un contexto hospitalario, donde se adoptaron las medidas de seguridad necesarias para resolver las complicaciones que pudieran presentarse, como ocurrió en el caso que nos ocupa, por tanto la elección del parto vaginal está refrendada por las sociedades científicas sin que por la parte reclamante se aporte prueba que contradiga lo indicado.

Por último y en lo que respecta al conteo de las gasas, lo único que podemos concluir es que por parte de los servicios sanitarios, ante la sospecha de un cuerpo extraño en abdomen, a pesar de haberse realizado el conteo de gasas en paritorio y no observarse tras la realización de radiografía ningún cuerpo extraño, se decidió la relaparotomía ante la sospecha sobre la imagen de dos radiólogos diferentes, por lo tanto la Administración sanitaria desplegó todo los medios a su alcance para determinar si se había producido un error en el conteo de gasas, confirmando tras la exploración que no existía ningún cuerpo extraño en el abdomen».

2. En este caso la interesada reclamó por diversos motivos, que han de ser tratados individualmente. El primero de ellos es el relativo a la ausencia de consentimiento informado en relación con la cesárea que de urgencia se le realizó en el paritorio el día de los hechos.

En el extenso informe del Servicio (páginas 67 y ss. del expediente), en el que se trata todas y cada una de las cuestiones planteadas por la interesada de forma pormenorizada y exhaustiva, se afirma acerca de esta cuestión lo siguiente:

«(...) solo se contempla la posibilidad de solicitar un consentimiento informado cuando se realiza una cesárea programada. En el caso de una cesárea emergente por riesgo de pérdida de bienestar fetal no cabe posibilidad de consentimiento informado, pues se ha de tomar una decisión médica de urgencia en beneficio de la salud del neonato y de la madre, como así se hizo. Se informó a la paciente y a su marido presente en el paritorio en el momento de la indicación de la cesárea, de la decisión de realizar la misma.

Cuando está en riesgo la salud del paciente, pudiendo comprometerse de forma grave la misma no está indicado la realización de un consentimiento informado por escrito pues la pérdida de tiempo que lleva su realización no justifica el riesgo al que se expondría la paciente.

(...) En el caso de (...) se procedió de este modo, se informó verbalmente a (...) y a su esposo, presente en la sala de paritorio de la decisión médica a llevar a cabo (cesárea urgente) y se actuó con diligencia para resolver una situación de emergencia, dicha actuación tuvo como resultado la obtención de una recién nacida sana, como demuestra la historia clínica».

El art. 9.2.b) 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, establece que *«Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos:*

b) 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».

Pues bien, ha resultado acreditado de forma suficiente que la cesárea se realizó de forma urgente, que requería de gran celeridad en atención a las circunstancias, y que se informó verbalmente tanto a la interesada, como su esposo de la necesidad de realizarla de inmediato, lo que implica que nos hallamos claramente en un supuesto en el que resulta ser de aplicación la excepción legalmente prevista de contar con el consentimiento informado.

3. En relación con las cuestiones directamente relacionadas con el parto y la cesárea de urgencia que plantea la interesada, especialmente la dilación en la realización de la cesárea y que se llevara a cabo en el paritorio y no en el quirófano, en el informe del Servicio, primeramente, se afirma, acerca de las circunstancias que rodearon la cesárea y el desarrollo de la actuación médica relativa a la misma, lo siguiente:

«(...) (la recién nacida) sufre una bradicardia fetal que constituye la indicación de la cesárea. Previamente el registro cardiotocográfico era estrictamente normal como consta en la historia clínica (ANEXO XVI).

No hay en toda la evolución de la dilatación ni del parto ninguna indicación de cesárea hasta el momento de producirse la bradicardia mantenida que ocasiona la indicación de cesárea urgente (ANEXO XVI).

Si es conocida la relación entre los parámetros de bienestar fetal (estudio del equilibrio ácido-base, registro cardiotocográfico) con la aparición de lesión residual en el recién nacido. En el caso de la recién nacida (...), se produjo la extracción fetal de forma inmediata al inicio de la bradicardia, lo cual permitió una recuperación de la frecuencia cardíaca al minuto de vida y ello se ha traducido en una niña sana como demuestran los múltiples controles realizados a (...) por distintos médicos especialistas (neonatólogo, médico rehabilitador y pediatra (ANEXOSIX, X, XI y XII).

La bradicardia mencionada en la demanda ya valorada por la Dra. (...) se produjo a las 23:00 horas y consta en la historia clínica que se solucionó de forma espontánea al ceder la

causa que la producía (hipertonia uterina). Hay varios comentarios en la historia clínica posteriores a esta nota que afirmarían normalidad en el registro cardiotocográfico y por tanto el bienestar fetal.

Además, debe ser tenido en cuenta que la cesárea se hizo con anestesia general lo cual influye en la recuperación inmediata del neonato, que nace bajo los efectos del anestésico administrado a la madre. A pesar de ello la recién nacida muestra una recuperación inmediata al minuto de vida tanto de su frecuencia cardíaca como del resto de los parámetros vitales (respiración, tono y coloración).

Por último, de haberse mantenido la bradicardia fetal entre las 23 horas y las 02:11 horas (hora del nacimiento por cesárea), como asegura la demanda, el feto no habría sobrevivido a esta situación mantenida y habría fallecido intraútero por hipoxia (falta de oxígeno, que si perdura en el tiempo es causa de muerte). También es incierta la afirmación de que la recién nacida fue sometida a transfusión sanguínea».

De todo ello resulta demostrado que el proceso médico se inició con un parto que se iba a desarrollar de modo normal, sin que el hecho de que el parto fuera podálico implicara, en principio, la necesidad de adoptar alguna medida distinta de la adoptada por los servicios sanitarios o realizar una cesárea en un momento anterior al que se llevó a cabo con urgencia, pues incluso cuando se produjo la primera bradicardia a las 23:00 horas, que se solucionó de forma espontánea al ceder la causa que la producía (hipertonia uterina), tampoco ello era necesario.

Sin embargo, en un segundo momento cuando la bradicardia se volvió a producir y no cesaba de forma espontánea, de lo que tuvieron conocimiento los especialistas actuantes, al estar la afectada monitorizada y controlada en todo momento con los medios diagnósticos necesarios, se actuó de inmediato realizando la cesárea con total éxito.

Además, es necesario precisar acerca de la ecografía que se le realizó a las 22:09 horas del día 23 de diciembre y sobre la presunta deficiencia a la hora de calcular el ángulo cefálico del feto y las consecuencias de ello, se manifiesta en el informe del Servicio que *«Esta afirmación es INCIERTA, a las 22:09 se realiza una primera ecografía supervisada por la Ora. (...), como consta en la historia clínica de la paciente. Dicha ecografía tiene como principal objetivo valorar la posición de la cabeza fetal una vez iniciado el trabajo de parto, se concluye que la posición del polo cefálico es intermedia (lo cual permite el parto vaginal) y se confirma dicho diagnóstico mediante nueva ecografía realizada de nuevo por la Dra. (...) a las 23:53 horas, momentos antes de iniciar los pujos de parto (ANEXO XVI)»* lo que refuerza los argumentos expuestos acerca de la adecuación de la actuación sanitaria.

4. Por último, en lo que se refiere concretamente a la hemorragia sufrida por la interesada, se señala en el informe del Servicio que:

«Las pérdidas sanguíneas estimadas en una cesárea son de unos 1000 ml [Cunningham F, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. *Williams Obstetrics: 23rd Edition*. Davis AFAK, editor. New York: McGraw-Hill. 2003:370-2.], lo cual pone a la mujer sometida a esta práctica quirúrgica un riesgo de anemización y por tanto de precisar transfusión sanguínea. Estas pérdidas son superiores si la cesárea se realiza con carácter de urgencia, como fue el caso de (...). (...) no estuvo en ningún momento de su estancia hospitalaria en riesgo de muerte, siendo sus constantes vitales normales en todo momento, según consta en su historia clínica y no se realizó ninguna maniobra médica que indicara riesgo vital (uso de drogas vasoactivas, canalización de vía aérea, canalización de vía central (...)). La transfusión sanguínea se realizó durante la realización de la cesárea, previa realización de pruebas cruzadas, es decir previa comprobación de todas las medidas de seguridad protocolizadas para la realización de transfusión sanguínea no urgente. La indicación de la transfusión fue realizada por la Dra. (...), anestesista presente en la cesárea. En caso de transfusión sanguínea emergente por riesgo vital no pueden realizarse pruebas cruzadas porque está en riesgo la vida de una paciente y se prioriza la transfusión. En el caso de (...) se practicó una transfusión sanguínea siguiendo todas las medidas de seguridad clínica protocolizadas en nuestro Complejo sanitario».

Todo lo informado al respecto demuestra que la hemorragia acaecida con ocasión de la cesárea urgente, constituye un riesgo propio e inevitable, que aquí se solventó de manera eficaz, conforme a la *lex artis* y también con éxito, ya que se evitó toda consecuencia lesiva a la interesada.

5. La siguiente cuestión es la relativa a la segunda intervención quirúrgica (relaparotomía) que se le hizo a la interesada al surgir la sospecha de que podía haberse dejado una gasa en su interior tras la cesárea.

En el informe del SIP, con base en el informe del Servicio se explica acerca de las circunstancias que dieron lugar a un recuento incompleto de gasas que *«Al terminar el acto quirúrgico se realiza recuento de gasas y compresas que resulta incompleto por no poder verificar el número de las utilizadas, en paritorio, previo a la cirugía. Es por ello que se realiza Radiografía abdominal portátil y comprobación de integridad vesical con colorante azul de metileno, no objetivándose compresa (cuerpo extraño) en cavidad abdominal (...).»*

En el informe del Servicio se explica todo lo relativo a dicha cuestión de la siguiente manera *«Esta afirmación es doblemente INCIERTA pues la sospecha de gasa no era*

supuesta sino CIERTA al derivar de un informe radiológico (cita textual "en el flaco derecho adyacente a grapas quirúrgicas se identifica material radiodenso compatible con la presencia de compresa; que fue valorado e informado por dos radiólogos diferentes (ANEXOS IV y V) al existir discrepancia con el informe realizado por la Dra. (...) inmediatamente tras la cirugía, al conocer ésta el resultado incompleto del recuento de gasas y compresas.(ANEXO 111). Queda demostrado en el protocolo quirúrgico de la cesárea que el recuento de gasas y compresas se realizó, como en todas las intervenciones quirúrgicas y dado que fue incompleto se solicitó una placa radiológica para descartar que hubiera una gasa en el lecho quirúrgico (ANEXO XIII)».

A la hora de tratar esta cuestión se ha de partir de las circunstancias excepcionales que han concurrido en este supuesto, en el que se inició el parto de forma natural en el paritorio y en el que de manera súbita e inesperada se presentó una grave urgencia, detectada de inmediato por la adecuada monitorización de la interesada, y que obligó a intervenir quirúrgicamente a los facultativos de manera urgente, lo cual se logra con éxito. Ello se llevó a cabo empleando gran cantidad de gasas en dos momentos distintos, durante el parto normal y durante la cesárea urgente, lo cual justifica suficientemente que al realizar el recuento de gasas, tras finalizar la intervención realizada, como exige el protocolo médico y la *lex artis*, el mismo fuera incompleto.

Estos informes evidencian que tampoco en esta actuación ha habido negligencia por sospechar que podían haberse dejado los facultativos una gasa en el interior de la interesada tras la intervención, pues ello no sólo se basó en el resultado del recuento, sino en la opinión de dos especialistas en radiología, opinión que tenía su base en los resultados equívocos de una prueba diagnóstica realizada correctamente. Además, resulta más que evidente que el grave riesgo para la integridad física de la interesada que entraña la mera posibilidad de que tuviera alojada una gasa en su interior justifica la intervención quirúrgica preventiva que se le hizo con toda corrección.

6. En lo que se refiere a la infección que la interesada sufrió tras la segunda intervención quirúrgica a la que se le sometió con la finalidad ya referida, cabe señalar que en el informe del Servicio, en cuanto al origen de la infección, se explica que *«La infección y dehiscencia de herida quirúrgica es una de las infecciones nosocomiales más frecuentes. La infección de la herida quirúrgica constituye la causa más común de morbilidad postoperatoria grave que incrementa el tiempo de estancia y los costes hospitalarios. Si además ésta se realiza en un periodo en el que el paciente está inmunodeprimido, como sucede en el puerperio, el riesgo es mayor. Las recomendaciones*

actuales de un seguimiento tras cirugía de cesárea solo implican vigilancia y control clínico (J. A. Rock, Howard W Janes 111 Te Unde. Ginecología Quirúrgica, B 6 edición).

Durante los dos días de ingreso se revisaron las curas de la herida quirúrgica según consta en la historia clínica y tras el alta hospitalaria el 28 de diciembre de 2016 se remitió a (...) a la matrona de zona para seguimiento y control de su puerperio. Así mismo se indicaron los signos de alarma para la prevención de complicaciones durante el puerperio (informe de Alta, ANEXO XIV). Se siguió en todo momento la Guía de Cuidados Postquirúrgicos Generales vigente en nuestro Servicio (última actualización 24 de marzo de 2014, ANEXO XV)», lo que determina que la misma es un riesgo inherente a toda intervención pese a adoptarse todas las medidas destinadas a impedir su producción.

Asimismo, en dicho informe también se explica de forma pormenorizada el seguimiento ginecológico que se le hizo a la interesada tras la cesárea, con atención especial a la referida infección, señalado al respecto que:

«(...) acude a urgencias el día 3 de enero, según consta en el informe de alta de esa fecha (ANEXO XVIII) porque no le han podido retirar los puntos de la herida quirúrgica en el Centro de Salud. La paciente a su llegada está afebril, no refiere dolor ni otra sintomatología acompañante. En el informe de alta hospitalaria del día 28 de diciembre figura que la sutura realizada es intradérmica y reabsorbible y no figura en ningún sitio que deba ser retirada (ANEXO VIII).

Durante la visita al Servicio de Urgencias el día 3 de enero se explica a la paciente que la sutura no deber ser retirada (consta en el informe de alta, sutura reabsorbible) y tras ser explorada se concluye que existe una zona sospechosa de infección en la parte derecha de la herida, por este motivo se pautan antibióticos.

Durante la visita de (...) al Servicio de Urgencias no existe ningún dato clínico que justifique un ingreso hospitalario, pues el tratamiento que se pautó puede tomarse en régimen ambulatorio. Se indicó realizar curas por la matrona de zona que es la responsable en estos casos de la vigilancia clínica del puerperio.

Consta en el informe de alta que se explicaron los signos de alarma a (...) ante los cuales debía volver al hospital. Estos signos son fiebre, mal estado general, dolor o sangrado. En el momento del alta el día 3 de enero no existía ninguno de ellos según refiere el informe de alta (ANEXO XVIII).

(...) La paciente acude al servicio de urgencias por fiebre, siguiendo las indicaciones realizadas durante la valoración del día 3 de enero. A su llegada se observa empeoramiento de la herida quirúrgica, a pesar de realizar de forma correcta el tratamiento con antibiótico pautado cuatro días antes. Por este motivo ingresa en el Servicio de Obstetricia y Ginecología, donde se pauta el mismo antibiótico, pero por vía sistémica (intravenosa). La

evolución clínica es favorable sin precisar drenaje quirúrgico de la herida. Es dada de alta el día 10 de enero con buen estado general (ANEXO XIX)».

Todo ello demuestra que, en todo momento, se llevó a cabo no sólo un adecuado seguimiento ginecológico de la interesada, sino que el tratamiento de su infección fue del todo adecuado ya que se logró con él la completa cura farmacológica de la infección sin necesidad de efectuar a la interesada un drenaje quirúrgico.

7. Por último, es necesario hacer referencia a los presuntos daños que sufrió la hija de la interesada y las hipotéticas secuelas que se alega que en un futuro pueden aparecer. En el informe del SIP, teniendo no sólo en cuenta el informe del Servicio, sino el historial clínico de la hija de la interesada, se afirma que:

«Por otra parte queda demostrado en la historia clínica que fue la bradicardia presentada por el feto diez minutos después de iniciados los pujos de expulsivo y no antes (sin relación con alteración de la dinámica, ni ninguna otra causa identificable), los que motivaron la realización de la cesárea. La rápida respuesta del Equipo Médico allí presente, logra la extracción fetal mediante cesárea urgente, al inicio de la bradicardia, lo cual permitió, pese a al efecto del anestésico administrado a la madre, una recuperación inmediata en el primer minuto de vida de todos los parámetros vitales. Asimismo su evolución en Neonatología fue satisfactoria, con normalidad clínica y analítica, por lo que fue dada de alta en fecha 26/12/16, dos días después de su nacimiento, para continuar su seguimiento con Pediatra de zona como corresponde a cualquier recién nacido. No encontrando en visitas posteriores ningún problema de salud en relación con la bradicardia padecida durante el parto (las tortícolis del recién nacido están relacionadas con la posición dentro del útero), siendo las ecografías de caderas y transfontanelar normales y su evolución, la de una niña sana, sin ninguna lesión identificable, con una exploración normal, según consta en su historia clínica». Ello permite considerar que toda la actuación médica efectuada en este caso ha sido conforme a la *lex artis* y que, además, ha sido exitosa al lograr salvar una situación de extrema gravedad sin dejar secuela alguna a la hija de la interesada.

8. En este caso procede afirmar, en relación con la actuación médica llevada a cabo por los servicios sanitarios dependientes del SCS, que en todo momento estuvo directamente influida por las circunstancias de excepcional gravedad y urgencia que han rodeado a este asunto y que han de tenerse en cuenta a la hora de determinar si concurre responsabilidad patrimonial imputable a la Administración sanitaria. Y es a partir de esta comprobación que ha resultado demostrado que la misma se ha desarrollado conforme a la *lex artis ad hoc*, pues la interesada estuvo asistida en el parto, que en los primeros momentos se desarrolló con toda normalidad, por varios especialistas en la materia, quienes emplearon todos los medios diagnósticos a su

disposición para controlar el estado de la interesada y el de su hija, como demuestra la celeridad y la eficacia con la que se llevó a cabo la cesárea urgente, estando justificado por las referidas circunstancias que se omitiera el consentimiento informado por escrito relativo a la cesárea. Además, también se actuó correctamente al solventar con éxito la hemorragia que sufrió la interesada, riesgo propio de tal tipo de cirugía.

Asimismo, no se ha demostrado que el personal sanitario omitiera su deber de controlar el número de gasas empleado en el parto y en la cesárea, pues el hecho de que el resultado del recuento no fuera completo está más que justificado por las referidas circunstancias especiales que han concurrido en este caso, en el que se pasó con urgencia de un parto normal a una cesárea en el mismo paritorio como ya se ha señalado, pues ni siquiera hubo tiempo para trasladar a la interesada a un quirófano.

A su vez, también se ha probado que los resultados equívocos de las pruebas realizadas para detectar la presencia de una gasa recomendaban la reintervención con la finalidad, más que justificada, de evitar un mal mayor, realizándose la misma correctamente y solventándose la infección posterior con un adecuado seguimiento y tratamiento farmacológico. Finalmente, ha resultado probado que la hija de la interesada ha tenido un desarrollo normal sin que presente hasta la fecha secuela alguna.

9. Por contra, la interesada no ha presentado prueba alguna que permita considerar inciertas o erróneas lo manifestado en los informes del Servicio, especialmente exhaustivos, y del SIP, ni tampoco ha logrado demostrar que las diferentes decisiones médicas fueran contrarias a la *lex artis* o que de acuerdo con la ciencia médica era exigible una actuación distinta a la llevada a cabo por los facultativos actuantes.

Por tanto, no se ha acreditado la existencia de relación de causalidad entre el correcto funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, que ha cumplido con su obligación de medios, y los daños reclamados por la interesada, sin olvidar que en modo alguno ha demostrado que su hija sufra daño alguno.

10. Al respecto este Consejo Consultivo ha señalado en el reciente Dictamen 442/2019, de 28 de noviembre, siguiendo su reiterada y constante doctrina en la materia, que:

«A los efectos de analizar la adecuación a Derecho de la Propuesta de Resolución, en relación con la obligación de medios que le corresponde a la Administración sanitaria y el criterio de la *lex artis* como delimitador de los supuestos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario, tal y como la doctrina de este Consejo ha venido manteniendo de manera reiterada y constante (por todos, Dictámenes 534/2018, de 27 de noviembre, 69/2019, de 28 de febrero y 341/2019, de 3 de octubre), procede tener en cuenta que a la Administración no le es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente. Se hace preciso por consiguiente determinar un parámetro que permita valorar el funcionamiento del servicio y, por tanto, la procedencia o no de la actuación médica causante o conectada a la lesión existente; es decir, que permita diferenciar aquellos supuestos en que los resultados dañosos se pueden imputar a la actividad administrativa, incluyendo el tratamiento o asistencia efectuada o la falta de uno u otra, y aquellos otros en los que se ha debido a la evolución natural de la enfermedad y al hecho de la imposibilidad de que los medios de exigible disponibilidad, en función del nivel técnico y científico alcanzado, garanticen la cura en todos los casos o completamente.

Este criterio básico, utilizado comúnmente por la jurisprudencia contencioso-administrativa, es el de la *lex artis*, sin perjuicio de la aplicabilidad de las normas reguladoras de la prestación del servicio público sanitario, incluyendo los derechos de los pacientes. Así, lo esencial, básicamente, desde una perspectiva asistencial y para la Administración gestora, es la obligación de prestar la debida asistencia médica, con el uso de los medios pertinentes en la forma y momento adecuados, con las limitaciones y riesgos inherentes a ellos, conocidos por los pacientes (SSTS de 16 de marzo de 2005, 7 y 20 de marzo de 2007, 12 de julio de 2007, y 25 de septiembre de 2007, entre otras).

Por lo tanto, el criterio de la *lex artis* determina la normalidad de los actos médicos e impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, de modo que la existencia de responsabilidad exige tanto la producción de la lesión como la infracción de la *lex artis*, en relación, en particular, con el estado de los conocimientos y de la técnica sanitaria (art. 34.1 LRJSP).

En el presente caso, se han empleado todos los medios y técnicas sanitarias disponibles, en función de los síntomas que presentaba la afectada, en un tiempo adecuado a la urgencia del caso, lo que nos lleva a la conclusión de que la asistencia sanitaria prestada se ha ajustado a la *lex artis ad hoc*.

5. Finalmente, hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictamen 87/2019, de 13 de marzo), que según el art. 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen

Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común -norma no aplicable al presente caso, pero similar al art. 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público-, el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. Conforme dispone el art. 77.1 LPACAP en concordancia con la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), la carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 LEC, conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone.

Sobre la Administración recae el onus probandi de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración y del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC) que permite trasladar el onus probandi a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquella toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012)», doctrina plenamente aplicable a este asunto.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, de sentido desestimatorio, es conforme a Derecho con base en los razonamientos expuestos en el Fundamento IV.