



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 490/2022

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 19 de diciembre de 2022.

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 dependiente del Servicio Canario de la Salud (EXP. 446/2022 IDS)*.*

FUNDAMENTOS

I

1. Se dictamina sobre la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución, 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 cuantía indemnizatoria excede de 6.000 euros (se reclaman 15.000,00 euros), por lo que la solicitud de dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva, 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 el Sr. Consejero 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. Suay Rincón.

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). También son aplicables la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la citada Ley 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.

5. Se cumple el requisito de legitimación activa, teniendo la reclamante la condición de interesada al haber sufrido el daño por el que reclama [art. 4.1, letra a) LPACAP].

La legitimación pasiva le corresponde a la Administración autonómica, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño, mediante el SCS.

6. Asimismo, se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación (art. 67 LPACAP), pues se presenta la reclamación el 30 de octubre de 2019, habiéndose producido el aborto por el que reclama el día 22 de noviembre de 2018 y, además, el día 27 de diciembre de 2018 se produjo la intervención quirúrgica, por la laparoscopia, del embarazo ectópico que también padecía la interesada y que puso fin al proceso médico que nos ocupa.

7. Se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, aun expirado éste y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

II

1. En cuanto a los antecedentes de hecho, en el escrito de reclamación formulado se ha manifestado al respecto lo siguiente:

«PRIMERO.- El pasado 12 de noviembre de 2018 se me diagnostica una amenaza de aborto, debido a un sangrado continuado. Se acompaña el informe clínica de urgencias, como DOCUMENTO PRIMERO de este escrito.

Sin embargo, y a pesar del señalado riesgo de aborto patente, se me remitió a mi domicilio.

El sangrado continuó y el 22 de noviembre de 2018 acudí a urgencias porque no paraba el sangrado, y se me diagnosticó aborto completo. Se aporta Informe clínico de urgencias como DOCUMENTO SEGUNDO.

Considero que debería haber sido ingresada, para la realización de cuantas pruebas fueran precisas para localizar y evitar el citado sangrado, y salvar la vida de mi hijo.

El 28 de diciembre de 2018 acudo de nuevo a recibir los cuidados de enfermería, que señala que continúa el sangrado, como demuestro con el informe preceptivo, que aportamos como DOCUMENTO TERCERO.

Ese mismo día se realiza una laparoscopia, cuyo informe se adjunta como DOCUMENTO CUARTO, y se confirma el aborto señalado el día 22 de noviembre».

2. Para realizar una adecuada determinación de los antecedentes de hecho se ha de tener en cuenta lo manifestado en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del SCS (SIP), especialmente en el resumen de los hechos que consta en el mismo, siendo lo siguiente:

«1.- El 12 de noviembre de 2018 acude al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Materno Infantil (HUMI), con amenorrea de 6 semanas y 4 días (EG), por dolor abdominal tipo cólico en hipogastrio y sangrado de aproximadamente 4 horas de evolución. Náuseas y vómitos de varios días. No cambios del hábito intestinal. No otra sintomatología.

En la exploración: Abdomen blando, depresible, no doloroso. Genitales con restos hemáticos escasos, cérvix cerrado.

En ecografía transvaginal se objetiva saco gestacional intraútero de 3.3 mm que corresponde con 4+1 semanas. Anejos normales.

Bajo el diagnóstico de amenaza de aborto causa alta a domicilio con la recomendación de volver si sangrado mayor que regla, dolor abdominal intenso o fiebre >38°C. Solicitar cita con tocólogo de zona en 10 días.

2.- El 22 de noviembre de 2018 acude al Servicio de Urgencias del HUMI, 8 semanas de amenorrea, por sangrado vaginal en cantidad menor que regla de 4 horas de evolución. No dolor abdominal, no náuseas, no vómitos ni otra sintomatología asociada. Refiere episodio similar el 12 de noviembre, objetivándose saco gestacional correspondiente a 4+1 semanas. Cita con el tocólogo de zona el 23 de noviembre.

TAS 130 mmHg, TAD 70 mmHg, FC 80 lpm, Tª 36,5°C.

En la exploración: Abdomen blando, depresible, no doloroso. Genitales: vagina normal con restos hemáticos escasos, cérvix de nulípara cerrado y bien epitelizado.

En ecografía transvaginal, útero en anteversión de contornos y bordes bien definidos, con histerometría de 76,9x39x50 mm y endometrio trilaminar de 12.1 mm de grosor. Anejos normales. No líquido en Douglas.

Con el diagnóstico de aborto completo causa alta con la recomendación de volver si sangrado mayor que regla, dolor abdominal intenso o fiebre >38°C.

3.- El 27 de diciembre de 2018 acude a su Centro de Salud por dolor en hipogastrio intenso desde la mañana. Refiere que tuvo un aborto hace un mes y que hace una semanas estuvo con menstruación.

Acude en la misma fecha al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín por dolor abdominal de 1 semana de evolución que ha empeorado en las últimas horas haciéndose más intenso y constante. El dolor se ha mantenido en hipogastrio. No ha presentado náuseas, vómitos, diarrea, fiebre, síndrome miccional.

Se realizó Eco-TAC abdominal: "En la ecografía se pone de manifiesto la presencia de moderada cuantía de líquido libre en pelvis, denso, probablemente en el contexto de hemoperitoneo que se confirma en el CT. Durante la ecografía el anejo derecho se visualiza parcialmente y es muy doloroso a la palpación. El anejo izquierdo no se visualiza en la ecografía. Presenta multitud de varices periuterinas de predominio izquierdo que parece rodear una estructura que parece el anejo, que presenta un área hipodensa en su interior de 1.5 cm que puede corresponder con un embarazo ectópico".

Se deriva al Servicio de Urgencias del HUMI para valoración por posible gestación ectópica.

4.- Ingresa en el HUMI por dolor abdominal y hemoperitoneo en el contexto de gestación ectópica rota.

En la exploración, entre otros, vagina normal sin restos hemáticos ni leucorrea maloliente. Cérvix de nulípara, cerrado, bien epitelizado, sin sangrado activo de cavidad. Tacto vaginal: cérvix no doloroso a la movilización. Dolor a la palpación en ambas zonas anexiales.

En ECO TV: útero en anteversión de contornos regulares y paredes homogéneas. Dependiente de anejo izquierdo se objetiva formación heterogénea de 41x41 mm compatible con gestación ectópica. Anejo derecho ecográficamente normal. Moderada cantidad de líquido libre.

Se realiza laparoscopia abierta. Se describe como hallazgos: Importante hemoperitoneo que abarca todo el hemiabdomen inferior. Gestación ectópica dependiente de trompa

izquierda de unos 3-4 cm con sangrado activo. Ovario izquierdo normal. Anejo derecho normal. Resto de la cavidad abdominal sin hallazgos patológicos.

Se realizó salpingectomía izquierda. Causa alta hospitalaria el 28 de diciembre.

5.- El 22 de enero de 2019, en control, asintomática y exploración normal».

3. Por último, es necesario precisar que por error en su escrito de reclamación se afirma que reclama por el daño que ha supuesto para ella la pérdida de visión de su ojo izquierdo, lo que es un error material debido al uso de un modelo de reclamación previo, deduciéndose, sin ninguna duda, que reclama por las actuaciones médicas relacionadas con un primer aborto y un posterior embarazo ectópico.

III

1. El procedimiento comenzó a través de la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada el día 30 de octubre de 2019.

El día 3 de febrero de 2020, se dictó la Resolución n.º 267/2020 de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud por la que se admitió a trámite la reclamación de la interesada.

2. El presente Procedimiento cuenta con el informe de SIP y el informe del Servicio del Jefe de Sección del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil (CHUIMI), que atendió a la interesada.

En dicho informe se concluye manifestando que:

«El manejo indicado en la amenaza de aborto en urgencias del Servicio de Obstetricia y Ginecología es el de reposo relativo domiciliario e instrucciones de cuando volver a urgencias.

La historia clínica, el estado de la paciente, la exploración y las pruebas de imagen llevan al diagnóstico de aborto completo por lo que no se consideró indicado el ingreso ni la realización de otras pruebas complementarias. El pronóstico de embrión en los casos de embarazo ectópico es, irremediablemente, nefasto.

El 27/12/2018 acude a urgencias del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín donde se realiza el diagnóstico de sospecha de embarazo ectópico y se deriva a urgencias del Servicio de Obstetricia y Ginecología donde se confirma el diagnóstico, se realiza ingreso y se indica la intervención. El posoperatorio evoluciona favorablemente y recibe el alta el 28/12/2018. Al mes de la intervención (31/01/2019) la paciente se encuentra asintomática y la exploración es normal.

La asistencia recibida ha sido acorde a la lex artis, realizando una atención basada en la evidencia científica disponible, siguiendo recomendaciones de las sociedades científicas y los protocolos de actuación del propio servicio, aplicándolos de manera personalizado.

El funcionamiento del SCS ha sido adecuado, no se aporta informe alguno sobre la pérdida de la visión de un ojo ni se justifica la supuesta relación entre ésta y el proceso obstétrico-ginecológico que padeció».

3. Con fecha 5 de septiembre de 2022, se acordó la apertura del periodo probatorio, no proponiéndose la práctica de prueba alguna por parte de la interesada y se le otorgó el trámite de vista y audiencia, presentándose escrito de alegaciones de 19 de octubre de 2022 en el que cuantifica el daño en 15.000,00 euros.

4. Tras la correspondiente tramitación procedimental, se emitió una primera Propuesta de Resolución el día 10 de octubre de 2022, luego se emitió el Borrador de la Resolución definitiva e informe de la Asesoría Jurídica Departamental de 31 de octubre de 2022. Por último, el día 3 de noviembre de 2022 se emitió la Propuesta de Resolución definitiva.

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación efectuada, puesto que el órgano instructor entiende que no concurren los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial del SCS.

En dicha Propuesta se alega que *«Conforme lo expuesto, en el presente caso se constata que la asistencia sanitaria prestada a la reclamante ha sido conforme a la lex artis, sin que por la misma se haya probado que la actuación de los servicios sanitarios haya sido incorrecta en cuanto a las distintas asistencia médicas que le fueron prestadas. La reclamante fue correctamente diagnosticada de amenaza de aborto, de aborto precoz y de embarazo ectópico, siendo igualmente correctos y adecuados los distintos tratamientos prestados para cada uno de los diagnósticos».*

2. Este Consejo Consultivo ha tenido ocasión de señalar, por ejemplo, en su Dictamen 255/2022, de 21 de junio, en relación con la responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario, siguiendo su reiterada y constante doctrina en la materia, que:

«Por otro lado, la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas en el ámbito sanitario presenta una serie de particularidades que se derivan de la denominada «Lex artis ad hoc».

En este sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007 dice que «la responsabilidad de la Administración sanitaria no deriva, sin más, de la producción del daño,

ya que los servicios médicos públicos están solamente obligados a la aportación de los medios sanitarios en la lucha contra la enfermedad, mas no a conseguir en todos los supuestos un fin reparador, que no resulta en ningún caso exigible, puesto que lo contrario convertiría a la Administración sanitaria en una especie de asegurador universal de toda clase de enfermedades. Es por ello que, en cualquier caso, es preciso que quien solicita el reconocimiento de responsabilidad de la Administración acredite ante todo la existencia de una mala praxis por cuanto que, en otro caso, está obligado a soportar el daño, ya que en la actividad sanitaria no cabe exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, pues la función de la Administración sanitaria pública ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria con empleo de las artes que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, más sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir, en todo caso, una curación».

Asimismo, entiende el Tribunal Supremo en sentencia de 23 de septiembre de 2009 (recurso de casación n.º 89/2008) «que el hecho de que la responsabilidad sea 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, extremos éstos que deben quedar acreditados para que se decrete la responsabilidad patrimonial de la Administración».

La Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de abril de 2014, declara lo siguiente: «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 ha producido una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado. Acorde con esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser, por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria».

Ha de tenerse en cuenta que no existe otra exigencia de comportamiento a los facultativos que la de prestar la asistencia sanitaria aconsejable en cada caso, con los medios adecuados que estén a su alcance, pero no la de garantizar un resultado, por lo que la obligación de indemnizar solo surgirá cuando se demuestre que la actuación de los servicios sanitarios fue defectuosa o negligente, ya sea en el diagnóstico de la enfermedad o en su tratamiento.

En este mismo sentido, se ha decantado este Organismo. Cabe traer a colación, por ejemplo, y, entre otros muchos, el Dictamen 6/2019, de 9 de enero, de este Consejo Consultivo de Canarias, en el que se expresa lo siguiente:

«El criterio básico utilizado por la jurisprudencia contencioso-administrativa para hacer girar sobre él la existencia o no de responsabilidad patrimonial es el de la lex artis y ello ante la inexistencia de criterios normativos que puedan servir para determinar cuándo el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios ha sido correcto. La existencia de este criterio se basa en el principio básico sustentado por la jurisprudencia en el sentido de que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados, es decir, la obligación es de prestar la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Así pues, presupuesto de la responsabilidad es que se produzca por el médico, o profesional sanitario, una infracción de las normas de precaución y cautela requeridas por las circunstancias del caso en concreto, entendiendo como tales las reglas a las que debe acomodar su conducta profesional para evitar daños a determinados bienes jurídicos del paciente: la vida, la salud y la integridad física.

En cada caso, para valorar si se ha producido infracción de esas normas de la lex artis, habrá que valorar las circunstancias concretas atendiendo a la previsibilidad del resultado valorando criterios, como la preparación y especialización del médico, su obligación de adaptarse a los avances científicos y técnicos de su profesión (tanto en relación a nuevos medicamentos, instrumental, técnicas y procedimientos terapéuticos o diagnósticos), las condiciones de tiempo y lugar en que se presta la asistencia médica (hospital, servicio de urgencias, medicina rural, etcétera). En general, pues, la infracción de estas reglas de la lex artis se determinará en atención a lo que habría sido la conducta y actuación del profesional sanitario medio en semejantes condiciones a aquellas en que debió desenvolverse aquel al que se refiere la reclamación. Por lo tanto, el criterio de la lex artis es un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida. Este criterio es fundamental pues permite delimitar los supuestos en los que verdaderamente puede haber lugar a responsabilidad exigiendo que no sólo exista el elemento de la lesión sino también la infracción de dicha lex artis. Por tanto, si la actuación de la Administración sanitaria no puede garantizar siempre un resultado favorable a la salud del paciente, se hace necesario establecer un límite que nos permita diferenciar en qué momento va a haber responsabilidad patrimonial de la Administración y en qué otros casos se van a considerar que el daño no es antijurídico y que dicho daño no procede de la actuación de la Administración sino de la evolución natural de la enfermedad.

Este límite nos lo proporciona el criterio de la lex artis, según el cual sólo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio estando, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada

al criterio de la lex artis (no siendo el daño antijurídico) mientras que, en caso contrario, cuando la actuación del médico ha sido contraria a la lex artis, la obligación de reparar recae sobre la Administración. El criterio de la lex artis se define como ad hoc, es decir, se trata de un criterio valorativo de cada caso concreto que no atiende a criterios universales sino a las peculiaridades del caso concreto y de la asistencia individualizada que se presta en cada caso. La sentencia del TS de fecha 17 de julio de 2012 establece “El motivo ha de ser igualmente rechazado, pues como señala, entre otras muchas, la sentencia de esta Sala de 9 de diciembre de 2008 (RJ 2009, 67) (recurso de casación núm. 6580/2004), con cita de otras anteriores, cuando se trata de reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria, la jurisprudencia viene declarando que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la Lex Artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente”.

Así, la sentencia de 14 de octubre de 2002, por referencia a la de 22 de diciembre de 2001, señala que “en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir, de modo que, aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si ésta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia postoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste, hoy recogida en el citado artículo 141.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre (RCL 1992, 2512, 2775 y RCL 1993, 246), redactado por Ley 4/1999, de 13 de enero (RCL 1999, 114 y 329), que no vino sino a consagrar legislativamente la doctrina jurisprudencial tradicional, cuyo alcance ha quedado aquilatado en este precepto”. Así las cosas y como quiera que de los hechos que la Sala de instancia declara probados no resulta en el caso enjuiciado una actuación médica contraria a lex artis, ha de concluirse que los eventuales daños que con ocasión de la misma se hubieran podido producir -incluidos los daños morales- en ningún caso serían antijurídicos, por lo que existiría la obligación de asumirlos, sin derecho a indemnización».

4. Teniendo presente la doctrina que acaba de transcribirse, cabe señalar, en primer término, que ya como punto de partida el interesado no ha demostrado que la Administración sanitaria haya actuado conforme a la lex artis, ni tampoco que no se hayan puesto a su disposición la totalidad de los medios materiales y humanos con los que cuenta.

Este Consejo Consultivo, así las cosas, ha señalado en multitud de dictámenes (por todos, valga la cita del DCCC 180/2022) 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 actual art. 32.1 LRJSP-, constituye requisito imprescindible 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 resulta de 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 sujeto que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que se opone a ello.

Sobre la Administración, por el contrario, 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)».

Esta doctrina que acaba de transcribirse resulta plenamente aplicable a este supuesto.

3. En este caso, en efecto, a la hora de resolver la cuestión de fondo se ha de tener en cuenta lo que se afirma en el informe del SIP, fundamentado a su vez en el informe preceptivo del servicio concernido, acerca de la actuación médica desarrollada en el presente proceso médico:

«De forma errónea se reclama como daño "pérdida de visión ojo izquierdo". No obstante deducimos del escrito de reclamación que el objeto del escrito es que presentando el 12 de noviembre de 2018 cuadro de amenaza de aborto considera la reclamante que debió ser ingresada para la realización de pruebas con la finalidad de localizar el sangrado y evitar el aborto completo posterior.

El informe presentado por el Servicio de Obstetricia y Ginecología responde a todas las cuestiones planteadas por la reclamante.

Analizada la actuación en la atención de la amenaza de aborto precoz (antes de las 12 semanas de EG,) en gestación incipiente, presentada en fecha 12 de noviembre de 2018 y

aborto completo de fecha 22 de noviembre de 2018 se concluye que la decisión de traslado a domicilio se ajustó a los protocolos del Servicio para ambas situaciones.

El 12 de noviembre, con amenorrea de 6 semanas y 4 días, consulta por dolor abdominal y sangrado. Contantes normales, abdomen blando, depresible, no doloroso. Genitales con restos hemáticos escasos, cérvix cerrado. En ecografía se objetiva saco gestacional intraútero de 3.3 mm que corresponde con 4+1 semanas. Anejos normales. Con el diagnóstico de amenaza de aborto causa alta a domicilio con la recomendación de volver si sangrado mayor que regla, dolor abdominal intenso o fiebre >38°C. Solicitar cita con tocólogo de zona en 10 días.

El diagnóstico fue concordante con la clínica y la exploración ecográfica.

En los casos de amenaza de aborto se solicitará, como ocurrió con la reclamante, control ecográfico a los 7-10 día por tocólogo de zona para determinar el diagnóstico. Por otra parte no presentaba otra sintomatología que precisara ingreso. Además, se le realizó la recomendación de volver si sangrado mayor que regla, dolor abdominal intenso o fiebre >38°C.

Se concluye que no precisaba ingreso hospitalario para que, como afirma la reclamante, evitar el aborto completo posterior.

El 22 de noviembre, el día previo a la cita con el tocólogo de zona, consulta por sangrado vaginal en cantidad menor que regla de 4 horas de evolución. No dolor abdominal, no náuseas, no vómitos ni otra sintomatología asociada. En ecografía transvaginal, útero en anteversión de contornos y bordes bien definidos, con histerometría de 76,9x39x50 mm y endometrio trilaminar de 12.1 mm de grosor. Anejos normales. No líquido en Douglas.

Con el diagnóstico de aborto completo, que sucede cuando se produce la expulsión completa del tejido embrionario, causa alta con la recomendación de volver si sangrado mayor que regla, dolor abdominal intenso o fiebre >38°C. En estos casos en la ecografía se confirma la cavidad uterina vacía y el grosor de la línea media uterina <15mm.

El aborto completo no precisa ingreso.

Presentó embarazo ectópico. El embarazo ectópico ocurre cuando el óvulo fertilizado se implanta fuera de su lugar habitual que es la cavidad uterina. El embrión prácticamente nunca llega a alcanzar un desarrollo suficiente como para ser viable. Como expresa el Servicio de Obstetricia y Ginecología el pronóstico del embrión en los casos de embarazo ectópico es, irremediablemente, nefasto. Para prevenir complicaciones con riesgo de muerte, el tejido ectópico se debe extraer. De esta forma, al tratarse de embarazo ectópico roto dependiente de trompa izquierda precisó la realización de salpingectomía».

4. La Administración sanitaria con los informes emitidos en relación con este asunto ha demostrado, en primer lugar, que su actuación ante el aborto completo,

que se le diagnosticó el día 22 de noviembre de 2018, fue conforme a *lex artis*, pues no solo se le diagnosticó de forma correcta y temprana la posibilidad de que sufriera un aborto, practicándose las pruebas oportunas sino que se le indicó el reposo domiciliario, debiendo volver a urgencias ante la aparición de determinadas circunstancias, lo cual constituye de acuerdo con el actual estado de la ciencia médica la actuación médica procedente, no siendo razonable exigir una actuación distinta al SCS.

En segundo lugar, en lo que se refiere al embarazo ectópico, que sufrió tras el primer aborto anteriormente referido, el mismo se diagnosticó correctamente y la intervención quirúrgica que se le practicó era la actuación médica indicada para tal patología y, además, la única adecuada para su tratamiento, la cual se realizó con éxito.

Por el contrario, la interesada no ha acreditado mediante elemento probatorio alguno que, ante su patología, principalmente, la posibilidad de sufrir un aborto, procediera llevar a cabo por parte de los servicios sanitarios una actuación médica distinta a la que se llevó a cabo en este supuesto, ni tampoco ha demostrado incorrección médica alguna en lo que al tratamiento quirúrgico de su embarazo ectópico se refiere.

En conclusión, procede afirmar que no ha resultado probada la existencia de relación de causalidad entre el correcto funcionamiento del Servicio, adecuado a la *lex artis*, y los daños reclamados por la interesada, que se produjeron pese a cumplir la Administración sanitaria con la obligación de medios que le es propia.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, que desestima la reclamación formulada, se considera conforme a Derecho, con base en los razonamientos expuestos en el Fundamento IV.