



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 6 8 3 / 2 0 2 4

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 25 de noviembre de 2024.

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 (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 653/2024 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. El presente Dictamen, solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad el 16 de octubre de 2024 (con registro de entrada en este Consejo Consultivo el 18 de octubre de 2024), tiene por objeto la Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación formulada por (...) por los daños supuestamente causados por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La cuantía indemnizatoria solicitada no ha sido determinada en el procedimiento. La reclamante no cuantifican la indemnización ni en la reclamación inicial, ni en el trámite de subsanación y mejora de la solicitud. No obstante, el órgano instructor considera que a la vista del objeto de la reclamación, se sobrepasaría la cuantía de los 6.000 euros, lo que determina la preceptividad del dictamen de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias en relación con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

Ostenta competencia para solicitarlo la Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 de la citada ley.

* Ponente: Sr. Fajardo Spínola.

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, apartado n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

No obstante, en virtud de la Resolución de 23 de diciembre de 2014 (BOC, n.º 4, de 8 de enero de 2015) de la Dirección del Servicio Canario de la Salud, se delega en la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud. De esta manera, la resolución que ponga fin a este procedimiento debe ser propuesta por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con los arts. 10.3 y 16.1 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.

4. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva.

4.1. La reclamante ostenta la condición de interesada, en cuanto titular de un interés legítimo [art. 4.1.a) LPACAP y art. 32.1 LRJSP], puesto que alega haber sufrido un daño personal por el que reclama su resarcimiento, como consecuencia, presuntamente, del funcionamiento anormal del servicio público sanitario.

4.2. La legitimación pasiva le corresponde a la Administración autonómica, concretamente al Servicio Canario de Salud, organismo autónomo de dicha Administración, al ser titular de la prestación del servicio público sanitario a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

5. La reclamación se entiende interpuesta dentro del plazo de un año legalmente establecido en el art. 67.1, párrafo primero LPACAP.

6. El plazo para la tramitación del expediente de responsabilidad patrimonial es de seis meses; transcurridos los cuales, si no se notificara al interesado resolución expresa, se produciría silencio en sentido desestimatorio [art. 91.3 LPACAP]. No obstante, la Administración está obligada a resolver y notificar a los interesados todos los procedimientos de manera expresa [art. 21 LPACAP].

En el presente supuesto se ha superado el plazo de seis meses que, para su resolución, establece el art. 91.3 LPACAP.

Es doctrina reiterada de este Consejo Consultivo que la demora producida no impide, sin embargo, la resolución del procedimiento; pesando sobre la Administración la obligación de resolver expresamente, a tenor de lo establecido en

los arts. 21.1 y 24.3.b) LPACAP [DDCC 120/2015, de 9 de abril y 270/2019, de 11 de julio, entre otros].

II

El escrito de reclamación de responsabilidad recoge un detallado y extenso relato de hechos, que damos por reproducido para evitar reiteraciones, pero que en síntesis, según la reclamación, describe la existencia de una inadecuada asistencia sanitaria por los Facultativos del Hospital Insular Materno infantil ante el aborto diferido que sufrió la reclamante, que tras ser sometida a tratamiento farmacológico para la evacuación uterina, requirió la realización de dos legrados, uno en el Hospital Materno Infantil y otro en un centro privado, al no resultar efectivo el tratamiento farmacológico pautado, lo que le ha causado un daño psicológico.

La reclamante solicita una indemnización, que no cuantifica, por los daños y perjuicios físicos y psíquicos ocasionados por el tratamiento proporcionado por un aborto diferido.

III

Los principales trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial son los siguientes:

1. El procedimiento comenzó mediante la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial el día 7 de marzo de 2023 por (...). No cuantifica la indemnización que reclama, señalando que será determinada en su momento por un perito.

Junto con la reclamación aporta documentación clínica tanto del Complejo Hospitalario Universitario Insular- Materno Infantil (CHUIMI) como del centro sanitario privado (Hospital (...)).

2. Con fecha de 14 de marzo de 2023, se dicta Resolución de la Directora del Servicio Canario de Salud por la que se admite a trámite de la reclamación formulada.

3. El 22 de mayo de 2024, se emite informe por el Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud. Asimismo se remite la siguiente documentación:

- Historia Clínica relativa a la asistencia recibida en el Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil (CHUIMI).

- Historia de Salud relativa al ámbito de Atención Primaria.

- Informe de fecha de 2 de agosto de 2023, del Servicio de Obstetricia y Ginecología del CHUIMI.

4. Con fecha de 23 de mayo de 2024, se procede a la apertura del periodo probatorio y se acuerda incorporar como prueba documental la propuesta por la reclamante, así como la documentación y los informes recabados por la Administración en período de instrucción y aportados al procedimiento. En cuanto a la prueba pericial propuesta por la reclamante se le concede un plazo de 15 días hábiles a contar desde la notificación del acuerdo para su aportación. No consta la aportación del informe pericial en el plazo conferido.

5. De conformidad con el art. 82 LPACAP, el 11 de julio de 2024, se procede a la apertura del trámite de audiencia, confiriéndosele a la reclamante, un plazo de 10 días a fin de que pudiese formular alegaciones y aportar la documentación que tuviesen por conveniente. No obstante, transcurrido el plazo señalado al efecto, no consta que por la interesada se hayan efectuado alegaciones o se haya aportado documentación alguna

6. El 14 de octubre de 2024 por la Secretaria General, como órgano instructor, se formula Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación por no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

7. Mediante oficio de 16 de octubre de 2024 (con registro de entrada en este Consejo Consultivo el 18 de octubre de 2024, se solicita la evacuación del dictamen del Consejo Consultivo de Canarias ex art. 81.2 LPACAP en relación con los arts. 11.1.D.e) y 12.3 LCC.

IV

1. Con carácter preliminar al examen de la asistencia sanitaria derivado de los elementos probatorios practicados en la fase de instrucción del procedimiento, debemos recordar los requisitos necesarios para que proceda la declaración de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

Para ello debemos citar el art. 106.2 de la Constitución Española, a tenor del cual:

«Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos».

La remisión que se contiene en el precepto constitucional nos conduce, actualmente, a la aplicación de capítulo IV del Título preliminar de la LRJSP, cuyo art. 32 dispone:

«Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley».

A partir de la regulación constitucional y legal, la Jurisprudencia ha venido a establecer los requisitos de la responsabilidad patrimonial de la Administración en la siguiente formulación que encontramos expuesta, entre otras, en la sentencia del Tribunal Supremo (Sala Tercera) de 5 de diciembre de 2014 (Sec. 6ª, recurso n.º 1308/2012, STS 4942/2014 , FJ 3):

«la viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración requiere conforme a lo establecido en el art. 139 LRJAPAC: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas. b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor. d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta».

En el concreto ámbito de la asistencia sanitaria, los principios que rigen la responsabilidad patrimonial de la Administración se recogen, entre otras muchas, en la sentencia del Tribunal Supremo de 19 de mayo de 2015 (Sec. 4ª, recurso n.º 4397/2010 STS 2494/2015, FJ 5), que se expresa del siguiente modo:

«En relación con la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, ha señalado este Tribunal con reiteración (por todas, sentencias de 21 de diciembre de 2012, dictada en el recurso de casación núm. 4229/2011 y 4 de julio de 2013, recaída en el recurso de casación núm. 2187/2010) 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, por lo que si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido ya que la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados".

Constituye también jurisprudencia consolidada la que afirma que el obligado nexo causal entre la actuación médica vulneradora de la lex artis y el resultado lesivo o dañoso producido debe acreditarse por quien reclama la indemnización, si bien esta regla de distribución de la carga de la prueba debe atemperarse con el principio de facilidad probatoria, sobre todo en los casos en los que faltan en el proceso datos o documentos esenciales que tenía la Administración a su disposición y que no aportó a las actuaciones. En estos casos, hemos señalado (Sentencias de 2 de enero de 2012, recaída en el recurso de casación núm. 3156/2010 y de 27 de abril de 2015, recurso de casación núm. 2114/2013 que, en la medida en que la ausencia de aquellos datos o soportes documentales puede tener una influencia clara y relevante en la imposibilidad de obtener una hipótesis lo más certera posible sobre lo ocurrido, cabe entender conculcada la lex artis, pues al no proporcionarle a los recurrentes esos esenciales extremos se les ha impedido acreditar la existencia del nexo causal».

Por tanto, en materia de responsabilidad patrimonial sanitaria, el criterio básico utilizado es el de la *lex artis*, de suerte que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados: La obligación del médico es prestar la debida asistencia y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo.

Por ello, la *lex artis*, constituye el parámetro de actuación de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos imponiendo al profesional la obligación y el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida.

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).

Finalmente, como hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictamen 124/2024, de 12 de marzo), según el actual art. 32.1 LRJSP –similar al anterior art. 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común,- requisito esencial 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. 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 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (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 aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

2. Sentada la anterior doctrina, a los efectos de analizar si en el presente caso se ha producido infracción de la *lex artis* en la atención dispensada a la reclamante y el obligado nexo causal entre esa actuación médica vulneradora de la *lex artis* y el resultado lesivo o dañoso producido, es preciso partir del relato fáctico referido a la asistencia sanitaria dispensada por el SCS extraído del informe emitido por el Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del SCS, de la historia clínica, de los informes emitidos por los diferentes Servicios que intervinieron en la atención al paciente, así como de la documentación aportada por el reclamante durante la tramitación del procedimiento.

De este modo, resultan de interés para la emisión del Dictamen los siguientes hechos, que se deducen del expediente administrativo:

- El 11 de agosto de 2022 la reclamante acude al Centro de Salud de Firgas por molestias abdominales y falta de menstruación desde hace más de 20 días. Atendida por la Enfermera, se realiza prueba de embarazo con resultado positivo. Pasa a consulta con el Médico de Familia que solicita analítica del primer trimestre y cita con la Matrona.

- El 17 de agosto de 2022 el Médico de Familia intenta contacto telefónico en dos ocasiones. Contestador automático, se deja recado.

- En fecha 25 de agosto de 2022 acude al Centro de Salud de Firgas para control con su Médico de Familia que valora la analítica, realiza exploración física y solicita interconsulta con el Servicio de Ginecología del CHUIMI ya que la Matrona estaba de vacaciones. Control de embarazo normal.

Dicha interconsulta es contestada por el Servicio de Ginecología del CHUIMI rechazando la derivación, dado que en el CAE de Ginecología sólo se valora a pacientes con patología ginecológica.

- El 29 de agosto de 2022 acude al Servicio de Urgencias del CHUIMI por metrorragia 1.º trimestre no activa. Semana 7+6 de gestación, sangrado en cantidad menor a regla desde ayer asociado a dolor en hipogastrio y fosa iliaca derecha intermitente.

Exploración Obstetrico-ginecológica: Buen estado general, afebril y eupneica. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal. Genitales externos de aspecto normal, vagina normal, sin restos hemáticos ni leucorrea patológica, en cervix de objetiva formación polipoidea de medio centimetro que protuye a través de OCE sin sangrado activo en este momento, cervix cerrado.

Se realiza Ecografía en la que se observa gestación intrauterina con presencia de embrión con latido cardíaco presente y CRL de 14.8mm correspondiente con 7+6 semanas de gestación.

Diagnóstico: Amenaza de aborto.

Se descarta patología obstétrica urgente en este momento por lo que se decide alta a domicilio. Se indican signos de alarma por los que acudir de nuevo a urgencias. Reposo relativo y abstinencia sexual hasta 5 días tras el cese del sangrado. Iniciar controles habituales de la gestación con matrona y ginecólogo de zona. Acudir de nuevo a urgencias si dolor abdominal intenso que no cede con analgesia, sangrado vaginal similar o mayor a regla o fiebre mayor de 38º.

- El 1 de septiembre de 2022 se realiza en el Centro de Salud control por su Matrona. Se deriva a Obstetricia por SG, actualmente con sangrado menor que regla por pólipo cervical. En la misma fecha consta valores de SOG (sobrecarga oral de glucosa). Se tramita IT por amenaza de aborto.

- El 21 de septiembre de 2022 mediante llamada telefónica a su MF solicita resultados de SOG. Se deja la copia de la analítica en administración.

- El 29 de septiembre de 2022 acude a la Unidad de Diagnóstico Prenatal del CHUIMI en la semana 12+2 de embarazo para cribado de primer trimestre, siendo diagnosticada de aborto diferido con ecografía en la que se evidencia embrión hidrópico de 41 mm sin latido cardíaco fetal.

Se le explica el diagnóstico de aborto diferido. Se informa de las opciones de tratamiento y sus efectos adversos, eligiendo tratamiento farmacológico. Se entrega Consentimiento Informado para tratamiento farmacológico que entiende y firma. Se pauta Cytotec 200 mcg vaginal cada 4 horas. Se administra gammaglobulina anti D (folios 79-81 del expediente).

Consta en el Documento de Consentimiento Informado (folio 79) que *«el aborto farmacológico se define como aquel en el que se produce la completa expulsión del producto de la concepción sin instrumentación quirúrgica. Que se usa el misoprostol que será colocado en vagina durante la duración del tratamiento. Entre los riesgos: fiebre, náuseas, vómitos y diarreas. Que tras la administración del misoprostol se observa una clínica parecida a la producida por la expulsión espontánea del aborto, que incluye dolor abdominal tipo cólico y sangrado similar a una menstruación pero más prolongada en el tiempo. Este sangrado ocurre durante un promedio de 9 días. En caso de sangrado intenso, sospecha de infección o fracaso del tratamiento se deberá realizar un legrado quirúrgico»*.

Se cita para control clínico en su consulta de referencia el 13 de octubre.

- El 7 de octubre de 2022 tiene cita telefónica con su Médico de Familia de atención primaria, en la que comenta cita con Tocólogo el próximo día 13, y presenta dolor por debajo de las costillas, le cuesta dormir, presenta hormigueo en MMII, ha comenzado a salir a caminar.

- El día 13 de octubre de 2022 acude a la visita prevista en el Servicio de Obstetricia y Ginecología en el Centro de Atención Especializada (CAE). En la historia se recoge que la paciente refiere sangrado en cantidad mayor que regla y expulsión de restos fetales en domicilio. Estando en el momento de la consulta asintomática con escaso manchado.

Se realiza ecografía en la que se comprueba la presencia de embrión hidrópico intrauterino, consensuando con la paciente y su pareja intentar un segundo ciclo de misoprostol vaginal. Se realiza receta y se cita al día siguiente en consulta para colocar misoprostol vaginal.

- No obstante, ese mismo día 13 de octubre de 2022 a las 11:40 horas decide acudir por iniciativa propia al Servicio de Urgencias del CHUIMI para legrado evacuador. Consta anotado que la paciente no desea nuevo ciclo de tratamiento con misoprostol por lo que se deriva para realizar legrado evacuador. Asintomática en el momento actual (folios 66 y 67 del expediente).

Firma el documento de consentimiento informado para el legrado donde consta entre sus complicaciones específicas las hemorragias y la persistencia de restos (folios 263 bis y 264 bis).

Se realiza legrado aspirativo sin incidencias (legrado aspirativo y repaso de cavidad con legra roma bajo sedación y analgesia intravenosa). Se permitió pasar a su pareja hasta el antequirófano por el estado de nerviosismo de la paciente y también a la sala de reanimación postquirúrgica, donde estuvo 45 minutos monitorizada hasta su completa recuperación.

Tras el procedimiento la paciente queda en observación ginecológica del área de urgencias durante otros 75 minutos, con monitorización clínica, control de constantes y sangrado, hasta que se recupera, tolera alimentos y presentó micción positiva. Se administra Gammaglobulina AntiD. Dada estabilidad hemodinámica y adecuada evolución se decide alta a domicilio con signos de alarma y normas de evolución. Acudir a urgencias si fiebre mayor de 38 grados, sangrado mayor que regla y dolor intenso que no cede con analgesia. En estudio anatomopatológicos: Restos abortivos.

- El 17 de octubre comenta a su Médico de Familia que sigue con sangrado pero no con coágulos.

- Acude el 28 de octubre de 2022 al Servicio de Urgencias del CHUIMI por iniciativa propia por dolor tipo cólico en hipogastrio no irradiado desde la intervención, tratado con enantyum diario con ligera mejoría, afebril. No loquios malolientes. No síndrome miccional. No diarrea ni náuseas ni vómitos. No otra sintomatología.

Se realiza ecografía en la que se objetivan en cavidad endometrial restos embrionarios de unos 20 mm, sin otros hallazgos. Se realiza analítica que es normal. Pasa a la sala de observación ginecológica para monitorización y administración de

analgesia intravenosa, permaneciendo en ella 6 horas. Se le oferta relegrado vs tratamiento médico, prefiriendo tratamiento médico y volviendo a firmar el consentimiento informado para ello. Se administra gammaglobulina anti D. Se programa cita de control en ginecólogo de zona.

- El día 5 de noviembre de 2022 acude a urgencias del centro de salud de Firgas por cefalea y angustia por el aborto, mostrándose llorosa por la pérdida y la incertidumbre.

En exploración: Ta 121/94, Sangrado escaso de color normal, no fetidez ni leucorrea. Abdomen blando, depresible, ligeramente doloroso a la palpación difusa en hemiabdomen inferior, no signos agudos. Con el diagnóstico de cefalea tensional y duelo es tratada con Diazepam y Metamizol. Se pauta tratamiento ansiolítico domiciliario. Sin persisten síntomas acudir.

- El 7 de noviembre de 2022 acude a urgencias del Hospital (...) por dolor pélvico incapacitante, En ecografía se objetiva persistencia de restos endocavitarios. En la exploración: Abdomen blando, vagina con restos hemáticos en cantidad menor que regla. Se recomienda relegrado, que se realiza en dicho centro ese mismo día. Anatomía patológica de los restos: restos ovulares.

- El 22 de noviembre de 2022 la paciente es valorada en la consulta de Ginecología del CAE de Arucas. Se realiza en dicha visita anamnesis, en la que manifiesta estar asintomática. La exploración física es normal, siendo bien tolerada la colocación del espéculo, y la ecografía vaginal muestra una cavidad uterina de aspecto normal, sin restos en su interior. Tras comprobar la normalidad de todas las pruebas es dada de alta para seguimiento en Atención Primaria.

- En fecha 14 de marzo de 2023 acude al CS. Refiere test de embarazo realizado en domicilio positivo. Cefalea y punzadas en hipogastrio.

- Con fecha 3 de abril de 2023 la paciente acude a la consulta de Obstetricia del CAE Arucas nuevamente por estar embarazada de 7 semanas. En dicha visita la exploración física es completamente normal, incluyendo la evaluación del área genital, que se realiza mediante colocación de espéculo. La ecografía vaginal muestra una gestación evolutiva de 7 semanas sin hallazgos patológicos.

- Continuó durante este embarazo control mixto: Control en el ámbito público (por Matrona en el CS, pruebas de control de embarazo, cribado del primer y segundo trimestre en la Unidad de Diagnóstico Prenatal) y control en centro privado.

Cesárea por parto distócico en Hospital privado en fecha 12 de noviembre de 2023.

- No constan nuevos problemas de ansiedad en la Historia de Salud de Atención Primaria después del referido en la consulta de 28 de noviembre de 2022.

3. Como se ha visto, para que surja la responsabilidad patrimonial es preciso que en la prestación sanitaria se haya vulnerado la «*lex artis*» y que exista relación causal entre ésta y el daño cuya indemnización se pretende, cuestiones que son eminentemente técnicas, en cuanto pertenecen al ámbito de la ciencia médica dilucidar si la asistencia sanitaria se prestó, o no, debidamente.

Tal y como informa el SIP, el 29 de septiembre de 2022 es diagnosticada de aborto diferido que se define como muerte del embrión o feto sin expulsión del mismo antes de la semana 22 de gestación. Se caracteriza por metrorragia leve sin dolor abdominal, encontrándose el cérvix cerrado. Puede no existir clínica, siendo el diagnóstico un hallazgo ecográfico casual.

A la reclamante se le explica el diagnóstico de aborto diferido y las opciones de tratamiento, junto con sus efectos adversos. Ante la situación de aborto diferido procede la evacuación uterina utilizando bien el tratamiento médico o quirúrgico (legrado).

Se le ofertaron dos opciones de tratamiento: médico y quirúrgico. Además de quedar dicha oferta registrada en la historia clínica, la paciente firmó un consentimiento informado para el tratamiento médico en el que se dice literalmente:

«El aborto médico o farmacológico se define como aquel en el que se produce la completa expulsión del producto de la concepción sin instrumentación quirúrgica.

Objetivo del procedimiento y beneficios que se esperan alcanzar:

Para dicho fin se utilizara una sustancia denominada “misoprostol” que será colocada en la vagina durante la duración del tratamiento. Siendo la administración vaginal la vía más eficaz para el tratamiento del aborto espontaneo.

Alternativas

Legrado quirúrgico: Es una intervención que solo se puede practicar por vía vaginal. Consiste en dilatar el cuello uterino si es preciso, y extracción de restos ovulares mediante aspiración de los mismos, bajo anestesia local o general.

Riesgos

El misoprostol puede producir efectos secundarios como:

- Nauseas
- Vómitos
- Fiebre (temperatura superior a 38oC)
- Diarreas

Los efectos secundarios son reversibles y desaparecen tras el suspenso de la medicación.

Debe saber que la mayoría de las pacientes que tienen un aborto no sufrirán ningún tipo de secuelas a largo plazo en su salud general ni reproductiva.

Observaciones

Los regímenes de misoprostol para el tratamiento del aborto espontaneo del primer trimestre pueden ser:

- 800 µg vaginales (cuatro comprimidos)
- 200 µg vaginal cada cuatro horas hasta 800 µg (un comprimido cada cuatro horas)

Tras la administración del misoprostol se observa una clínica parecida a la producida por la expulsión espontanea del aborto, que incluye dolor abdominal tipo cólico y sangrado similar a una menstruación pero más prolongada en el tiempo. Este sangrado ocurre durante un promedio de 9 días.

En caso de sangrado intenso, sospecha de infección o fracaso del tratamiento se deberá realizar un legrado quirúrgico».

Habiendo sido informada del procedimiento, la paciente dio su consentimiento, se le dio la medicación y se citó para control clínico en su consulta de referencia el 13 de octubre, dos semanas después, conforme al protocolo del Servicio.

Según el Protocolo de Aborto Espontáneo del Servicio de Obstetricia y Ginecología del CHUIMI que figura en el expediente como anexo al informe del Servicio de Ginecología y Obstetricia existen tres alternativas terapéuticas: manejo expectante, tratamiento médico y tratamiento quirúrgico.

Según diversas revisiones sistemáticas de la literatura los tres presentan la misma eficacia. Sin embargo, el tratamiento médico evitaría las complicaciones de una intervención quirúrgica y acortaría el tiempo de resolución del cuadro en relación al manejo expectante, por tanto el tratamiento médico es el tratamiento de primera elección.

Después de este tratamiento es necesaria una visita a los 15 días para efectuar un control y comprobar que la expulsión ha sido completa. En el presente caso se le

citó para el 13 de octubre de 2022 siguiendo el Protocolo de Aborto Espontáneo del Servicio de Obstetricia y Ginecología del CHUIMI. Además se le indicó la conveniencia de acudir a urgencias ante cualquier efecto adverso. No acude a nueva visita hasta la prevista el 13 de octubre.

Volviendo al Protocolo de Aborto Espontáneo del Servicio de Obstetricia y Ginecología del CHUIMI, se considera fracaso del tratamiento médico, posibilidad contemplada en el documento de consentimiento informado, cuando tras 10-15 días post tratamiento, se objetiva ecográficamente restos >15 mm o saco ovular íntegro. Lo cual ocurrió en este caso, lo que requerirá la administración de la 2ª línea de Misoprostol (800 µg vía vaginal dosis única). Tras 10-15 días se realizara nuevo control ecográfico en ginecólogo de zona. En el caso de que persista el saco gestacional o el endometrio mida > 15 mm (fracaso de segunda tanda de misoprostol) se procederá a realizar legrado. El legrado se reservara para cuando hayan fallado las dos tandas de misoprostol. Con respecto a la eficacia del tratamiento médico, diversos estudios la sitúan en torno al 81,85 %.

En el presente caso se consensúa con la paciente y su pareja intentar un segundo ciclo de misoprostol vaginal ante el fracaso del tratamiento médico primera tanda. Se realiza receta y se cita al día siguiente para administrarlo en consulta. No obstante, la paciente decide en el mismo día, 13 de octubre, acudir al Servicio de Urgencias del HUMIC para realización de la opción terapéutica instrumental (legrado evacuador). Para su realización firma DCI. Entre las complicaciones del legrado, contenidas en el DCI, se señala el fallo de la técnica y retención de restos, hemorragias, infección genital (...) por tanto, está contemplado tanto en el DCI como en el Protocolo, que el tratamiento quirúrgico puede tener como complicaciones inherentes al proceso, el fallo de la técnica y retención de restos. El riesgo se sitúa en torno al 5-10%. Este riesgo está recogido en el consentimiento informado de legrado evacuador

Este riesgo se materializó en este caso, de modo que después de primera tanda de tratamiento farmacológico y de legrado evacuador, el 28 de octubre se objetiva restos embrionarios de unos 20 mm. Tras una completa valoración y tratamiento durante 6 horas en el área de urgencias se le vuelve a explicar las opciones terapéuticas y firma DCI para tratamiento farmacológico. Se le entrega el tratamiento y se cita a control en 15-20 días.

El 7 de noviembre de 2022 presentó dolor y decidió acudir a centro privado. En ecografía se objetiva restos endocavitarios. Se realizó relegrado. En el informe de

anatomía patológica se constata la existencia de restos ovulares. No fue objetivado durante todo el proceso signos de infección, como sugiere la reclamante, ni en el seguimiento en el ámbito público ni en el privado.

Por tanto, la paciente fue atendida según protocolo e informada verbalmente y por escrito de los tratamientos y sus posibles efectos adversos. En todas las visitas se procedió de forma diligente, realizando tantas pruebas y tratamientos como estaban indicados, sin que la paciente tuviese o tenga actualmente ninguna lesión ni proceso infeccioso. Se actuó de forma correcta en tiempo y forma y se consiguió una completa recuperación de forma que en la actualidad la paciente lleva una vida normal, puede ser explorada sin dificultad y ha quedado nuevamente embarazada.

La atención dispensada a la reclamante se ajustó a la *lex artis*. Se siguió el protocolo y se atendió con diligencia, no quedando desatendida ni desamparada en ningún momento del proceso asistencial. No tuvo complicaciones infecciosas, no presentó síntomas de gravedad ni han quedado secuelas físicas. Se hicieron todas las pruebas diagnósticas indicadas y se pusieron en marcha medidas terapéuticas para los diagnósticos. Todo ello le fue comunicado a la paciente de forma verbal y escrita, firmando ella los documentos de consentimiento informado de los tratamientos que eligió. En cuanto a las posibles secuelas psicológicas, pueden considerarse derivadas del proceso de duelo por la pérdida, agravadas por el cuadro ansioso reactivo que precisó de tratamiento por parte de Atención Primaria.

Desde el punto de vista humano es perfectamente comprensible el desasosiego y malestar que ha sufrido la reclamante ante el desgraciado desenlace de su primera gestación, y el posterior proceso que ha tenido que sufrir tras el aborto diferido, pero desde el punto de vista jurídico, debemos concluir que no concurren los requisitos legales para determinar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, por cuanto del material probatorio que debe ilustrar a este Consejo consultivo no se objetiva que hubiera existido una actuación contraria a la *lex artis*.

Sin la constatación de una actuación contraria a la *lex artis* no puede surgir la responsabilidad de la Administración prestadora del servicio, por lo que se ha de concluir que la Propuesta de Resolución, que desestima la pretensión resarcitoria de la reclamante, es conforme a Derecho.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial sanitaria, se considera conforme a Derecho, tal como se razona en el Fundamento IV del presente Dictamen.