

Expediente Núm. 214/2006
Dictamen Núm. 243/2006

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
Bastida Freijedo, Francisco
Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
Fernández García, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 14 de diciembre de 2006, con asistencia de los señores y señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V.E. de 24 de julio de 2006, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración del Principado de Asturias formulada por doña, en nombre y representación de doña, como consecuencia de lo que considera una defectuosa asistencia sanitaria prestada en un centro hospitalario público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 4 de octubre de 2005 tiene entrada, en el registro de la Dirección Provincial de Asturias del Instituto Nacional de la Seguridad Social, escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración, presentado por doña, quien dice actuar en representación de doña, y dirigido al “Instituto Nacional de la Salud del Principado de Asturias” (*sic*), por la defectuosa asistencia sanitaria prestada por los “servicios sanitarios públicos del

Principado”, que concreta en tres motivos: “1°.- Por haber procedido, el Servicio de Ginecología del Hospital, a la inducción para el nacimiento de un feto, al que le faltaban cinco semanas para el término del período de gestación, llegando a la realización de una cesárea tras pasar 14 horas de parto, y ello sin causa ni motivo alguno que indicara la necesidad de adelantar el nacimiento de la hija de la reclamante./ 2°.- Por haber recibido una asistencia sanitaria muy deficiente, causando graves daños para la salud de la reclamante, toda vez que no se realizó un seguimiento y control adecuado de la madre tras el alumbramiento, lo que llevó a la paciente a padecer una situación sanitaria muy prolongada, durante más de un año privada del tratamiento adecuado./ 3°.- Porque derivado del estado de abandono sanitario de la paciente, ésta ha derivado en un estado de fuerte depresión de la que desde entonces se encuentra a tratamiento sin haberse producido el alta en el Servicio de Salud Mental”.

Inicia el relato de lo sucedido señalando que la “gestante de 35 años y embarazada primigenia de 31 semanas, cuya gestación iba evolucionando con toda normalidad, acudiendo puntualmente a las revisiones ginecológicas programadas por el Servicio de Ginecología correspondiente arrojando las pruebas médicas total normalidad de los parámetros físicos, analíticos y ecográficos a lo largo del tiempo de gestación, fue atendida durante el embarazo por el Servicio de Ginecología del Hospital (...). Únicamente fue detectada a lo largo del embarazo en dos ocasiones hipertensión arterial, sin acompañar a ésta otros síntomas que puedan hacer pensar en una preeclampsia o eclampsia. La primera el 24 de julio de 2003 que, tras haber recibido la reclamante una muy mala noticia (...), acude a la consulta de la Dra., médico que le venía atendiendo habitualmente, y le informa que la tensión está un poco alterada, 15/9, por lo que como medida precautoria queda ingresada durante cinco días, los cuales cursan con estabilización de las tensiones arteriales, siendo dada de alta hospitalaria con informe de preeclampsia descartada. La segunda, tiene lugar el 13 de agosto que acude al Hospital, donde definitivamente queda ingresada y más tarde se le provoca

el parto”.

Continúa su escrito relatando lo que denomina “primer acto médico inadecuado dispensado en el Hospital”, de la siguiente forma: “el 11 de agosto, (la interesada) acude a la consulta privada que la citada Sra. tiene en su casa, donde le hace una ecografía y le refiere que todo va bien, que lo que tiene son nervios pero que niño y madre están bien, por lo que el 13 de agosto empezó la gestante a trabajar en su profesión habitual, que requiere una actividad reposada./ Habida cuenta que al día siguiente iba a ser `monitorizada´ por primera vez, acude ese mismo día al médico de cabecera, quien la deriva al hospital donde se le practica una ecografía que, al parecer da resultados dentro de la normalidad, con estabilización de la presión arterial y cuando se le iba a tramitar el alta hospitalaria aparece la ginecóloga Dra., a la sazón de guardia aquél día, quien le manda que espere y tras consultar con el Jefe de Servicio, Dr., decide provocar el parto, faltando cinco semanas para cumplir el término de gestación (...). El parto se inicia a las diez de la mañana con rotura de bolsa, que fue dificultosa, siguiendo la inducción con gotero de oxitocina y catorce horas más tarde, como no era viable el parto natural, porque la madre no dilataba y llevaban muchas horas con la bolsa rota, se efectúa cesárea, naciendo, tras mucho sufrimiento para la madre e hija, el 15 de agosto, una niña con 2.290 gramos de peso./ Esta actuación médica sorprende a la gestante quien no comprende cómo por el hecho de haber tenido un pico de tensión, sin haberle puesto tratamiento ni régimen alguno para su control, situación que mejoró con el simple ingreso hospitalario, se provoca el parto, pues nunca se advirtió a la paciente ni a su familia que ella o el feto se hallaran en situación de peligro o riesgo”.

A continuación, y señalando que se trata del “segundo acto médico inadecuado dispensado en el hospital”, indica la interesada que “una vez conocido por el equipo médico la existencia de hemorragias que produjeron hematomas en la pared abdominal de la recién operada, no se realiza un seguimiento adecuado de estos bultos derivando, por desatención sanitaria, en múltiples fístulas abdominales, estado que se extiende durante quince meses,

finalizando con la realización de una intervención quirúrgica a petición de la paciente". Relata al respecto que "el domingo día 17, pasados dos días del nacimiento de su hija, es levantada la reclamante, encontrándose tan débil y mareada que no es capaz de tenerse en pie, por lo que", efectuada una analítica, arroja "un resultado alarmante, lo que detecta un problema serio en la salud de (la interesada); la cantidad de hemoglobina es anormal, marca 6 g/dl, por lo que se repite el hemograma de urgencia, con el mismo resultado. Ante esta situación se habla de meter sangre, decisión que se olvida, no haciendo nada al respecto por los médicos (...). Mientras se tramita el alta médica, la Dra. entra de turno y al ver el estado de la paciente le hace una ecografía en la que descubre la existencia de un hematoma de pared, por lo que se coloca un tubo-drenaje en cicatriz de cesárea./ Hasta el 1 de septiembre continúa ingresada la reclamante, siendo dada de alta con la recomendación de realizar las curas locales en su centro de salud y que será citada para acudir a revisión, lo que se hace en el mes de octubre, donde se le revisa el cuello de útero, como si se tratase de un parto normal, silenciando la situación en la que quedó tras el parto, a pesar de haber tenido conocimiento de la existencia de un hematoma interior, al que no tuvieron la precaución de realizar ni el más mínimo seguimiento sanitario (...). El estado de salud muy precario de la reclamante continuaba, por lo que acudía frecuentemente a su centro de salud ante los fuertes dolores en las cicatrices de la cesárea, recibiendo siempre la misma respuesta de los sanitarios: que ya se le quitarían con el tiempo (...). Así las cosas, hasta que el Viernes Santo, 8 de abril de 2004, después de transcurridos ocho meses desde la realización de la cesárea, y ante un estado de total destrozo físico con fiebre y dolores continuos, acude la paciente nuevamente al Servicio de Urgencias del Hospital, y se le aconseja pida a su médico de cabecera volante para el cirujano, al que acude el 26 de abril./ Por este cirujano y a instancia de la paciente, se remite a (la interesada) al Servicio de Radiodiagnóstico para efectuar ecografía `en zona enquistada en cicatriz de cesárea´, citándola para el 23 de junio siguiente, dos meses más tarde". Finalmente, relata la interesada, el Servicio de Ginecología emite el

“informe siguiente: zona endurecida, enrojecida sobre cicatriz de cesárea con pequeña fístula por la que drena material purulento, con diagnóstico de infección subcutánea sobre cicatriz de cesárea y receta antibiótico y calor local ordenando acudir a los 15 días (...). Con fecha (...) 26 de junio de 2004 (...) acude nuevamente al hospital donde, por la Dra. se le abre un absceso de la cicatriz con el fin de ayudarle a drenar, indicándole que su lesión no tiene importancia, pues se trata de una pequeña infección”.

Continúa relatando que el día 3 de agosto de 2004 pasa a recoger el resultado de un análisis “y ante la queja que presentó exponiendo la duración de su estado, se le propone realizar una pequeña intervención quirúrgica conocida como desbridamiento de cesárea (...). Acepta la decisión (...). El 9 de septiembre se le hace el preoperatorio./ Ante lo insoportable de la situación de quien suscribe, se ve obligada a acudir casi a diario al hospital a fin de poner en conocimiento de los médicos su situación siendo citada el 13 de octubre de 2004 para ser vista por el anestesista, quien informa a la paciente que se le pondrá anestesia general, pero muy poca porque solamente le abrirán y limpiarán un poco las heridas y no durará la intervención más de 15 minutos, por lo que se le pondrá únicamente una mascarilla (...). El día 20 del mismo mes ingresa para ser operada al día siguiente por el Servicio de Ginecología”. Sin embargo, continúa relatando, “aquella pequeña operación se complicó durando más de dos horas, encontrándose en el abdomen de la paciente tres fístulas en pared abdominal después de extirpar la cicatriz de la cesárea”.

Sigue el relato de lo acontecido indicando que “tras esta operación aparece otro hematoma en el lado derecho del abdomen de la paciente, motivado por haberse retirado los puntos de la operación antes de tiempo, lo que se hizo a los dos o tres días de la intervención (...). El domingo siguiente comenzó a expulsar gran cantidad de líquido supurado lo que afectó anímicamente a la paciente que se encontraba muy mal y pidió a control que llamaran al médico de guardia, pero éste no fue llamado; pidió un psicólogo y le contestaron que no había esos profesionales en el hospital; solicitó la asistencia de un psiquiatra pero quien acude es la ginecóloga (...), quien ni le

mira las heridas que supuran, suministrándole una pastilla para dormir./ Ante esta situación, la familia se pone en contacto con el Jefe del Servicio (...), quien se compromete que a partir de ese momento solo la visitará él o la Dra. También es visitada por el Servicio de Psiquiatría del hospital siendo dada de alta hospitalaria el 17 de noviembre de 2004”.

A continuación, relata la interesada lo que denomina “tercer acto médico inadecuado”, que estaría constituido por la “falta de atención psicológica y trato degradante dispensado por los sanitarios que la atendieron”, señalando que la perjudicada sufrió un “abandono médico” consistente en que “se le refería continuamente que su estado era normal, que no se podía hacer nada para que mejorara su salud; que las hemorragias y hematomas no se podían tocar y que había que esperar a que los expulsara con el tiempo; que la culpa es de la naturaleza de su cuerpo que no cicatrizaba y que nada se podía hacer más que esperar y eso es lo que realmente se hizo con (la interesada), nada, hasta que exigió una intervención quirúrgica”.

En relación con las “lesiones padecidas y daños ocasionados”, señala la interesada los siguientes: “1°.- Padecimiento de una cesárea no necesaria que deja como secuelas múltiples puntos de sutura; (desconociendo esta parte el número exacto de puntos, al menos afirmamos que fueron 16 de la cesárea más otros 6 de la operación final)./ 2°.- Esta cesárea fue la causa del estado de salud muy precario que sufrió la madre durante más de dos años, el período que va desde el alumbramiento de su hija, 15 de agosto de 2003, hasta este momento que se efectúa la reclamación./ Las lesiones somáticas que sufrió la reclamante durante el periodo que recibió inadecuado tratamiento sanitario se traducen en fuertes dolores y estado febril durante quince meses (desde alumbramiento hasta 17 de noviembre de 2004) a causa de las fistulaciones derivadas del parto e inadecuada atención por los sanitarios del Hospital, que condujo a una nueva intervención quirúrgica./ 3°.- Dolor moral padecido por (la interesada), madre primeriza que no pudo hacerse cargo de su hija recién nacida, durante el primer año de su vida dado su estado de salud (...). Añadir el rechazo a volver a quedar embarazada por segunda vez, siendo la

experiencia referida obstáculo para acceder a una segunda maternidad./ 4°.- Depresión muy pronunciada, que le impidió asistir a su trabajo y realizar una vida normal durante los quince meses de la enfermedad, agudizándose a partir de la segunda operación. Este estado depresivo fue causado por la atención ineficaz de los sanitarios lo que produjo honda angustia y miedo, además de desconfianza en el personal sanitario, quienes ante la queja de la reclamante de su prolongada situación y de la falta de interés por su estado, culpaban a la madre de la reclamante por haberla hecho con carnadura de difícil cicatrización (...). En la actualidad todavía persiste el estado depresivo sin haber recibido el alta por sanación./ 5°.- 49 días de internamiento hospitalario. Desde 13 de agosto de 2003, fecha del parto por cesárea, al 1 de septiembre de 2003 (20 días); y nuevo ingreso el 20 de octubre de 2004 hasta el 17 de noviembre del mismo año (29 días)./ 246 días de incapacidad laboral impositiva para su trabajo, tiempo que debió acudir al centro de salud para realizar curas y controlar la temperatura corporal estando privada del cuidado de su hija que debió hacerse cargo de la misma su abuela materna./ 6°.- Días de baja sanitaria sin impedimento para realizar el trabajo ordinario. Desde el día del alumbramiento hasta la actualidad que no ha sido dada de alta sanitaria por el médico psiquiatra, lo que hace un total de 484 días que se encontró la paciente bajo tratamiento sin incapacitación laboral./ 7°.- Secuelas que, en caso de ser definitivas serán valoradas cuando tenga lugar el alta sanitaria. Se alega como secuela los puntos de cesárea (sobre 18 puntos) y los puntos de sutura (sobre unos ocho puntos) derivados de la limpieza posterior, desconociendo la paciente el número exacto por no figurar en ninguno de los informes médicos que obran en su poder, resultando imposible obtener acreditación de los mismos por los facultativos del hospital (...). Asimismo en este momento se desconocen las posibles secuelas que pueden quedar si la depresión no mejora y deviene en crónica”.

En el apartado que denomina “relación de causalidad” resume nuevamente los hechos, añadiendo un nuevo motivo a su queja sobre los servicios sanitarios, como sería la “omisión total de información sobre el estado

de salud de la paciente, dato que se silenció durante todo el proceso (...), desconociendo en todo momento el motivo de la realización de cesárea como qué le estaba ocurriendo” a la perjudicada.

En relación con la cuantificación de la indemnización, señala: “Hospitalización: 49 días x 57 €/día, 2.793,00 €/./ Días de baja impeditiva: 246 días x 46 €/día, 11.316,00 €/./ Días de baja no impeditiva, por depresión: 484 x 25 €/día, 12.100,00 €/./ Secuelas de 22 puntos de sutura, 30.000,00 €/./ Secuelas de depresión (...). Sin evaluar por el momento./ Daño moral (...), 60.000,00 €/./ Subtotal (...): 116.209,00 €”.

En cuanto a la prueba, propone: “Documental:/ 1.- Señalamos el expediente sanitario de la reclamante que obra en los archivos del Instituto al que me dirijo, y del que intereso copia del mismo./ 2.- Ofrecemos prueba testifical que será realizada a requerimiento de la Administración, de las personas que se identificarán en su momento./ 3.- Nos adherimos a los medios de prueba que la Administración sanitaria estime convenientes para acreditar los extremos de este escrito”.

Finaliza su escrito solicitando “que se acuerde terminación convencional del conflicto, fijando como cuantía resarcitoria la cantidad de 116.209,00 € (cantidad provisionalmente considerada en espera del alta por depresión), admitiendo la estimación del daño causado y referido en el cuerpo de este escrito”, y a medio de “Otrosí dice”, que se señale día y hora “en que debe efectuarse la comparecencia personal de (la perjudicada) a fin de acreditar la representación alegada”.

2. Mediante escrito de fecha 26 de octubre de 2005, recibido el día 2 de noviembre, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias comunica a la representante que “con fecha 17/10/2005, ha tenido entrada en el Principado de Asturias la reclamación” y que se abre el correspondiente procedimiento, con indicación de la normativa aplicable al caso.

3. Con fecha 27 de octubre de 2005, el Inspector de las Prestaciones Sanitarias designado al efecto solicita a la Dirección Gerencia del hospital correspondiente “la documentación obrante en ese centro así como informe del Servicio de Ginecología que atendió a la paciente”.

4. Con fecha 29 de noviembre de 2005, la Directora Médica del hospital objeto de la reclamación remite al servicio instructor los “informes clínicos elaborados por los Servicios de Cirugía General y de Obstetricia y Ginecología, así como protocolos de la SEGO”.

En el primero de ellos se refiere la intervención, a requerimiento del Servicio de Ginecología, para la valoración en el quirófano “de trayectos fistulosos sobre cicatriz de cesárea previa”, señalando que “se trata únicamente de granulomas a cuerpo extraño, debidos a intolerancia a material de sutura, hecho que no se puede predecir en ningún enfermo y que es una patología muy frecuente en todo paciente operado. Se realizó simplemente extirpación de los referidos granulomas así como de su trayecto y (...) cierre de aponeurosis (...), sin ningún tipo de repercusión intraabdominal ni séptica, siendo muy frecuentes en cualquier tipo de cirugía y sin suponer los mismos repercusiones clínicas severas a no ser la supuración local”.

El segundo informe, del Servicio de Obstetricia y Ginecología, se refiere a todo el proceso asistencial prestado a la interesada. En él se señala que su embarazo “evoluciona favorablemente hasta que en la consulta realizada el 24-07-03, gestante en ese momento de 31 semanas + 5 días, se detecta una tensión arterial de 144/90 y edemas maleolares, por lo que la (doctora), asignada ese día en consulta de Obstetricia, deriva (a) la paciente a la guardia de Obstetricia para monitorización fetal y valoración de ingreso hospitalario si fuese necesario; nueva toma de tensión arterial 140/90 como consta en la historia clínica./ El (...) médico de guardia ingresa a la paciente para estudio se solicitan analíticas, se realiza monitorización diaria y seguimiento de su tensión arterial con reposo absoluto./ Según los protocolos de la SEGO se define HTA: presión arterial igual o mayor a 140 ml de Hg la sistólica ó 90 ml de Hg la

diastólica. Los estados hipertensivos del embarazo son una de las complicaciones con mayor repercusión de la salud materna, continúa siendo una de las 4 primeras causas de mortalidad de la mujer embarazada, tanto en países desarrollados como en desarrollo, y son causa también de morbilidad potencialmente grave. No sólo existen repercusiones maternas sino también fetales, ya que la alteración placentaria asociada puede producir retraso del crecimiento con potencial riesgo de muerte fetal y obliga a terminar la gestación antes de tiempo (...). En los días sucesivos al ingreso, mejoran los edemas, se normalizan las tensiones arteriales y se da alta hospitalaria el 28-07-03, pendiente de realizar ecografía obstétrica el día 04-08-03 y de consulta obstétrica el día 08-07-03 (*sic*)”.

El resultado de dicha ecografía, continúa relatando, señala “gestación de 35 semanas + 1 día, feto en cefálica, biometría fetal que corresponde a 31 semanas + 5 días y un peso estimado de 2.046, líquido amniótico normal y feto pequeño para edad gestacional, se le da una nueva cita para ecografía en 3 semanas para valoración de crecimiento fetal (...), se solicita cita a la Unidad de Monitorización Fetal por feto pequeño para la edad gestacional y tensiones arteriales límites, se le da cita para el 14-08-03”.

El relato añade que, “con fecha 13-08-03, la paciente acude al S° de Urgencias con un P10 urgente de su médico de cabecera (...), por tensión arterial alta (1ª toma 150/90 y 2ª toma 156/99), siendo valorada ese mismo día por el médico de guardia (...), que ingresa a la paciente con tensión arterial alta, probable CIR, e indicios de albúmina, se solicita analítica urgente y ecografía urgente, tensión arterial al ingreso 154/95 y ácido úrico 6.19, ácido úrico que subió respecto a los controles anteriores” y que la ecografía realizada el día 14 de ese mes de agosto da como resultado “gestación de 36 + 4, feto en cefálica, biometría fetal que corresponde a +/- 32 semanas y un peso estimado de 2.047 g. Feto que no creció respecto a ecografía anterior, se solicita analítica urgente, hemograma, coagulación y ácido úrico y se decide inducción por:/ 1.- Por feto pequeño, no crecimiento fetal, probable CIR./ 2.- Tensión arterial límite./ 3.- Ácido úrico en aumento”.

Prosigue el informe diciendo que “la decisión de la inducción no ha sido una decisión repentina ni unilateral de la (doctora), sino (que) ha sido una decisión consensuada del S° de Ginecología, como se demuestra con los informes que están en la historia y que la paciente era conocedora: feto pequeño y tensiones arteriales límites, porque por ese motivo había ido a la consulta privada de (dicha doctora) el día 06-08-03 (*sic*) (...), por la preocupación de feto pequeño y tensiones arteriales límites (...), hecho que se le confirmó dicho día dando un peso estimado de 2.100 y tensiones de 160/90”.

Niega a continuación la doctora informante una afirmación que se contiene en el escrito de la interesada, señalando que “a la paciente no se le iba a tramitar el alta hospitalaria puesto que había ingresado el día anterior por tensiones arteriales elevadas, y la ecografía acababa de confirmar que era un feto con crecimiento escaso”.

En relación con el procedimiento de cesárea, señala la informante que, “siguiendo los protocolos de la SEGO, es recomendable que se haga al inicio de la inducción la rotura amniótica de membranas, si después de 12 horas de inducción con una dinámica adecuada y rotura amniótica de membranas, no se ha alcanzado una dilatación de 2-3 cm, se considera un fracaso de inducción y es recomendable la práctica de la cesárea, ésta es la situación con la que nos encontramos en esta paciente, inducción que se inició a las 12 de la mañana del día 14-08-03, y a las 23:40 se decidió cesárea, según consta en el partograma”.

Sobre la posterior evolución de la perjudicada, añade el informe que “al 3° día en la analítica se ve anemia importante, por lo que el Dr. (...) informa a la paciente de la necesidad de transfundirla, pero ella decide que prefiere tratamiento oral y ver un poco la evolución como así consta en el curso clínico, el día 5° postquirúrgico, se realiza ecografía abdominal donde se visualiza un hematoma de pared supraaponeurótico, que se drenó y trató médicamente, el hematoma y/o seroma de pared de la herida quirúrgica es una de las complicaciones relativamente frecuentes de un acto quirúrgico./ Al alta hospitalaria, el estado materno fue satisfactorio, se hace la recomendación de

tratamiento de la anemia y curas ambulatorias de herida quirúrgica en su centro de salud, así como que personal sanitario del mismo se pondría en contacto con ella en los próximos 15-20 días, de no ser así que se pusiera en contacto con el mismo, acompañada del informe del alta./ Se le citó a la consulta de Obstetricia para revisión postquirúrgica el día 06-10-03, revisión a la que acudió y realizó la Dra. (...), informando de exploración ginecológica postcesárea dentro de la normalidad”.

Finalmente, sobre el tratamiento de la herida quirúrgica y sus posteriores complicaciones, señala el informe que el día 23 de junio de 2004, la “paciente acude al S° de Urgencias después de 10 meses postcesárea por una zona indurada sobre la cicatriz quirúrgica, con una impresión diagnóstica de infección subcutánea sobre cicatriz de cesárea, se le pauta tratamiento antibiótico y anti-inflamatorio para 10 días y se da una cita a consulta de Ginecología en 15 días, el 26-06-04. Acude de nuevo por Urgencias porque empezó a drenar por la cicatriz. El 26-04-04 había acudido al S° de Cirugía por una mastodinia y refiere dolor y zona enquistada en la cicatriz de la cesárea por lo que le solicitan ecografía abdominal, de cuyo resultado se le informó en dicha consulta el día 16.07.04. Ecografía abdominal: alteración de la ecogenicidad del tejido celular subcutáneo, observándose una imagen heterogénea e irregular sin claras colecciones líquidas compatible, dada la clínica, con (flemón de partes blandas)”.

Sigue el relato de lo sucedido afirmando que “el 12-07-04 acude a la consulta de Ginecología, se observan en la zona de la cicatriz 2 puntos de drenaje y una zona indurada alrededor, se toma cultivo. Se intenta realizar exploración ginecológica, pero la paciente está muy nerviosa y por resistencia no se puede realizar la misma (...). El 22-07-04 acude a recoger el resultado del cultivo que se le había tomado con resultado de: Staphilococcus, por lo que se recomienda un nuevo cultivo, el 03-08-04 acude de nuevo a consulta para programación de desbridamiento quirúrgico./ El 20-10-04 ingresa para dicha intervención, siendo intervenida el 21.10.04 (se solicita colaboración al S° de Cirugía) y tras extirpación de cicatriz anterior, se comprueban 3 trayectos

fistulosos, uno de los cuales parece abocar a cicatriz de apendicectomía. Se realiza extirpación de trayectos fistulosos (granulomas, cuerpo extraño fistuloso)".

Por último, y en cuanto a la evolución de esta segunda intervención, recoge el informe como "evolución postoperatoria: (llevada a cabo conjuntamente con el S° de Cirugía) hematoma de pared que drena espontáneamente, se realizan ecografías sucesivas donde se visualiza mínima zona que impresiona de hematoma en resolución./ Durante el ingreso se solicitó consulta al S° de Dermatología por lesiones eccematosas faciales (...), actualmente sin lesiones. Se solicita consulta a Psiquiatría (...), con impresión diagnóstica: reacción de adaptación./ Con fecha 17-11-04 se habla con la paciente, ella prefiere alta hospitalaria, y a pesar de todo se le siguió viendo sucesivamente hasta alta definitiva el 15-12-04, con herida quirúrgica totalmente normal".

Junto con dichos informes, se acompañan cuatro protocolos de la Sociedad Española de Ginecología (SEGO) sobre "Crecimiento intrauterino restringido", "Cesárea abdominal", "Definiciones perinatológicas" e "Inducción de parto" y un documento denominado "Estados hipertensivos del embarazo".

5. Con fecha 23 de septiembre de 2005, la Directora Médica del hospital correspondiente remite al Servicio instructor el parte de reclamación del seguro de responsabilidad sanitaria y una copia de la historia clínica de la reclamante.

6. Con fecha 5 de diciembre de 2005, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto elabora el Informe Técnico de Evaluación que, tanto en lo referido a la asistencia prestada a la perjudicada como en los parámetros médicos de actuación coincide con el realizado por el Servicio de Obstetricia y Ginecología.

Sobre la base de todo ello, concluye el informante que "la asistencia recibida por la reclamante ha sido en todo momento correcta y adecuada a los criterios médicos comúnmente aceptados", por lo que "la reclamación de

responsabilidad patrimonial interpuesta (...) debe ser desestimada, ya que la actuación de la Administración sanitaria fue correcta y adaptada a los conocimientos científicos y a la *lex artis*".

7. Mediante escritos de fecha 15 de diciembre de 2005, el Servicio instructor remite una copia del informe técnico de evaluación al Secretario General del SESPA y a la correduría de seguros, adjuntando en este último caso una copia del expediente instruido.

8. Con fecha 30 de enero de 2006, la asesoría realiza un dictamen que figura incorporado al expediente, suscrito colegiadamente por cinco médicos especialistas en Obstetricia y Ginecología. Después de detallar la documentación analizada, los antecedentes del caso y de efectuar una serie de consideraciones generales sobre los síntomas de la paciente y la asistencia prestada, señalan, sobre el caso concreto que nos ocupa, que "hemos de evaluar los tres motivos de queja de la paciente. Esto es: si la indicación de finalizar el embarazo antes del término fue correcta; si las molestias físicas que sufrió la paciente durante 14 meses tras la cesárea fueron debidas a una actuación sanitaria deficiente en el puerperio; y si su estado depresivo se debe a la forma cómo fue tratada por el personal sanitario que la atendió en todo el proceso".

En relación con el primero de esos motivos de queja, indica el dictamen que "el embarazo transcurrió sin incidencias hasta el tercer trimestre. En la ecografía protocolizada en este trimestre se detecta una alteración en el crecimiento fetal, con un decalaje de 2 semanas respecto de los valores esperados. Como la placenta y el líquido amniótico son normales, se indica que en 1 semana acuda a la Unidad de Monitorización Fetal, para control estrecho del feto, y realizar una ecografía más en 3 semanas. La paciente estaba realizando reposo relativo, prescrito en el ingreso en la semana 31./ Se le había detectado un crecimiento intrauterino restringido, que es una situación de riesgo".

Añaden, a continuación, los autores del dictamen que “la paciente fue ingresada en la semana 31+5 por hipertensión arterial y edemas. Aunque ella relacione el cuadro con un problema familiar, es obligatoria la práctica de un estudio para descartar la existencia de patología subyacente. Permanece ingresada 4 días y es dada de alta con reposo relativo. Si bien la tensión arterial al alta estaba en valores límites (140-90) hemos visto como en el Protocolo de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia se indica que el tratamiento farmacológico no siempre es necesario, sólo ante tensiones diastólicas mantenidas superiores a 105 mmHg, por lo que a esta paciente no se le pautó./ De nuevo presenta cifras tensionales elevadas el día 13/08/2003, por lo que su médico de cabecera la remite al Servicio de Urgencias del hospital. La analítica de ese día ya revela alteraciones: indicios de proteinuria y elevación del ácido úrico. Además se le realiza una ecografía y se ve que a pesar del reposo el feto no ha crecido en los diez días transcurridos desde la anterior./ Hay, pues, dos complicaciones: la preeclampsia y el crecimiento intrauterino restringido, que agrava el pronóstico de la anterior”.

Según el dictamen, “si la edad gestacional es inferior a 34 semanas todos los autores coinciden en que hay que sopesar los riesgos de prematuridad y si la situación clínica lo permite, esperar hasta la madurez pulmonar. Por encima de esa semana, también todos los autores están de acuerdo, y el sentido común lo dicta, que es peor mantener al feto en un ambiente hostil con insuficiencia placentaria, que terminar la gestación. Amén del riesgo que supone para la madre la preeclampsia./ Por ello se decide inducir el parto pues la continuación del embarazo supone un riesgo para la madre y/o el feto (...). Y se indicó cesárea por fracaso de inducción al no evolucionar la dilatación, pasadas más de 12 horas”. Concluyen este punto señalando que “la actuación de los facultativos fue correcta y ajustada a protocolo”.

En relación con el segundo motivo de queja de la paciente, comienzan señalando que “se detectó un hematoma de pared que fue tratado con antibiótico para evitar su infección y mediante la colocación de un drenaje que facilitara la salida de la sangre retenida. (...) el hematoma es una complicación

leve y muy frecuente en las heridas abdominales, y más si el tipo de incisión es Pfannenstiel (horizontal suprapúbica) pues los vasos se seccionan perpendicularmente./ La paciente presenta una anemia con cifras de hemoglobina y hematocrito que son indicativas de transfusión. Sin embargo no es extraño encontrarnos con pacientes que arrastran una anemia crónica severa, pero que clínicamente es bien tolerada y no refieren síntomas como disnea, taquicardia, astenia... por lo que se puede valorar, informando a la paciente, evitar la transfusión e iniciar un tratamiento médico. Consta en la historia clínica que, tras confirmar el valor de hemoglobina, se comentó con la paciente y al estar ésta clínicamente bien se decidió el tratamiento oral. En la evolución de la paciente se especifica: no refiere mareos, tolera bien la anemia./ La paciente es dada de alta con el hematoma en resolución. Realiza revisión puerperal en octubre de 2003, comprobándose que el aspecto de la herida es normal, el útero está involucionado y, como es preceptivo, se revisa el cuello uterino. En esto consiste la revisión puerperal, independientemente de cuál fuera la vía del parto”.

Finalizan este segundo punto indicando que “la anatomía patológica del tejido extirpado informa de tejido de granulación de trayecto fistuloso con granulomas de cuerpo extraño. Diagnostica que la causa de los problemas en la herida que tuvo la paciente no fueron debidos (a) un mal tratamiento del hematoma que se produjo, sino por la intolerancia de su organismo a las suturas utilizadas en la cesárea. Ésta es una complicación que presenta el 0,7% de los pacientes, que no hay forma de sospechar si el paciente no refiere una situación semejante en otra cirugía y por lo mismo no se puede prevenir./ Por lo tanto también en este punto la actuación de los facultativos fue correcta, porque la causa de la evolución tórpida nada tuvo que ver con su actuación, y sí que llevaron a cabo una cirugía de limpieza cuando la clínica lo aconsejó”.

Por último, y sobre el tercero de los motivos de queja, señalan los autores del dictamen que “cuando aún la cicatriz era reciente, son normales los dolores y molestias y para aliviarlos lo único que puede hacerse es tratamiento analgésico (...). Quizás en su estado de desesperación (la paciente) entendió

que se le trasladaba a ella la culpa del problema al comentarle “lo que te pasa es porque tú cicatrizas mal”. Realmente no es culpar a nadie, sino el origen de la complicación: una idiosincrasia peculiar que la hace intolerante a las suturas (...). El trato a la paciente fue en todo momento adecuado y en absoluto degradante, por lo que no pudo producirle las secuelas psicológicas y la depresión que ella refiere”.

En el apartado de conclusiones, finalizan señalando que “la actuación de los facultativos fue acorde a *lex artis ad hoc* no existiendo negligencia ni omisión de ninguna acción que pudiera haber evitado la patología que presentó la demandante”.

9. Evacuado el trámite de audiencia con vista del expediente mediante oficio recibido por la representante de la interesada el día 16 de febrero de 2006, el día 23 de ese mismo mes, se persona en las dependencias administrativas dicha representante, a quien se le hace entrega de una copia del expediente, compuesto en ese momento por trescientos treinta y tres (333) folios, según consta en la diligencia extendida al efecto.

10. El día 6 de marzo de 2006 la representante de la interesada presenta en el registro del Servicio de Salud del Principado un escrito de alegaciones, señalando actuar en representación de la perjudicada.

Dicho escrito comienza por interesar que se complete el expediente “con la documentación que conste en archivos del Servicio de Salud, sobre el tratamiento y parte de alta por sanación o de secuelas, en su caso, suscrito por el psiquiatra del centro de salud mental (...). También echamos en falta sendos documentos en los que se acrediten los puntos de sutura que se han efectuado en las dos intervenciones quirúrgicas”.

En relación con el fondo, reitera los motivos de la reclamación y señala que el informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología falta a “la verdad en algunas de las manifestaciones”, en concreto en la supuesta elección del tratamiento oral de la anemia que padecía.

Añade, a continuación, que “se diagnostica incorrectamente de preeclampsia a la gestante el día 13 de agosto de 2003. El diagnóstico, base de la actuación promovida por la médico (...) que pone término a la gestación a falta de cinco semanas, no aparece sin embargo en el informe técnico de evaluación, donde se dice que el ingreso en el hospital, que no la inducción al parto, fue debido a la tensión alta valorada por el médico de (Atención) Primaria, el bajo peso del feto, por lo tanto probable CIR./ Volviendo a repasar los protocolos que se nos han facilitado, se define preeclampsia como el hallazgo, después de 20 semanas de embarazo, de hipertensión (tomada de una forma determinada) acompañada por proteinuria, edema o ambos (...). El protocolo: no se considera preeclampsia si sólo hay hipertensión y edema (...). Tajante conclusión contraria al hacer denunciado. (...) ante la detección de una hipertensión en una embarazada, debe establecerse el tipo y gravedad de hipertensión y descartar la existencia de patología asociada, por lo que se aconseja solicitar una analítica completa con evaluación de la función renal y proteinuria, función hepática, y pruebas de coagulación, así como solicitar exploraciones de fonde de ojo y ECG./ Ninguna de estas pruebas se ha efectuado a la paciente que concluyera a señalar este diagnóstico que llevó a la (ginecóloga) a la inducción del parto y posterior cesárea y posterior abandono de la hemorragia conocida por el servicio médico que atendía a la paciente. Por ello, entendemos que el motivo recogido en el parte de ingreso es arbitrario y sólo destinado a argumentar sobre el papel la necesidad de inducción del parto, a los meros efectos de ingreso de la paciente. Este hecho se ha realizado sin tener la paciente conocimiento de los motivos que llevaron a (la ginecóloga) a actuar en tal sentido”.

Continúa señalando, sobre el CIR, que “el bajo peso que se dice fue determinante para poner término al embarazo (...), porque suponía riesgo para el hijo, este mismo defecto de peso, y aún mayor, ya era conocido desde la semana 12+4 (...) en que corresponde el peso y evolución del feto con el de 11+2 semanas (10 días de retraso). En la semana de gestación 22+1, se correspondía con la semana ecográfica 20+1 (...) y, en el apartado destinado a

las observaciones, se refiere que no existen anomalías en esta exploración. (...) a la semana 35+1 el feto llevaba 2 semanas de retraso en su crecimiento. Por lo tanto, el hecho (de) que a los ocho días, el 13 de agosto, la ecografía indicara que el feto llevaba 10 días de retraso (...) no era coherente valorarlo apreciando riesgo alguno nuevo, porque ello suponía que el hijo estaba recuperando (...). Conclusión: nunca se debió haber tomado la decisión de poner término a la gestación de la reclamante procediendo, por el contrario, después de descartar las posibles enfermedades que causan la hipertensión, ser conservadores y prescribir tratamiento farmacológico y alimenticio, así como reposo, bien a nivel ambulatorio u hospitalario, según protocolo que se nos hizo llegar”.

Sobre la actuación médica posterior, señala que “al cabo de quince días de haber sido intervenida quirúrgicamente la paciente, ésta continúa drenando abundantemente sangre oscura a la vez que padece una fuerte anemia de origen hemorrágico (...) según informa el Servicio de Hematología del hospital y sin embargo no se ponen a disposición de la paciente los medios de vigilancia y desarrollo del sangrado que aparece tras la intervención. Si existe sangrado (...), se debe volver a intervenir (...). Antes de que se instaure un hematoma y estando el sangrado activo, es necesaria una nueva intervención, lo que no se hizo./ Posteriormente, una vez instaurado el hematoma, puede ser evacuado mediante aspiración tras punción y lavado; se mantuvo intocable el hematoma que nos ocupa aun a pesar de la repercusión que produjo en la salud de la paciente, que se encontró incapacitada para la realización de su trabajo y el cuidado de su hija recién nacida por espacio de más de un año, 484 días”.

Finaliza señalando que “la depresión padecida por la situación referida fue causada por las complicaciones en el parto, riesgos que determinó exclusivamente la (ginecóloga) y que ha de ser igualmente restituida por quien la provocó, el hospital” correspondiente, y solicitando que se incorporen “los documentos que se interesan en el cuerpo de este escrito”, reiterando la solicitud de indemnización inicial, “116.209 euros, incrementada con los días que resulten al computar el tiempo que estuvo en situación de baja médica

afectada por depresión que diagnosticó a la recurrente el Servicio de Salud Mental de

11. Con fecha 21 de marzo de 2006, el órgano instructor adopta Acuerdo en relación con las pruebas propuestas en el escrito de alegaciones, denegando, por innecesaria, la que consistía en acreditar documentalmente el número de puntos de sutura de la cesárea y del posterior desbridamiento, y aceptando la que interesaba una certificación de salud mental sobre el tratamiento de la depresión y los días de incapacidad temporal que la misma ha ocasionado. El acuerdo se notifica a la interesada con fecha 28 del mismo mes.

12. El Servicio instructor, mediante escritos de fecha 21 de marzo de 2006, solicita a la Gerencia de Atención Especializada del Área “un informe actualizado de los Servicios de Salud Mental (...) en el que se acredite que entre los años 2003 y 2005 ha sufrido un proceso depresivo derivado de la realización de una cesárea el 15 de agosto de 2003 y su posterior tratamiento médico”, y a la Inspección Médica del Área certificación del “tiempo que ha permanecido en situación de incapacidad temporal con motivo de un proceso depresivo derivado de la práctica de una cesárea el 15 de agosto de 2003”.

13. Con fecha 27 de marzo de 2006, la Inspección Médica de remite al Servicio instructor una certificación de la Médica Inspectora del Área Sanitaria de Asturias, que recoge los periodos de incapacidad temporal de la interesada. En la misma, y por lo que interesa a la reclamación que analizamos, se indican los siguientes periodos de alta y baja y sus causas: “24/07/2003-28/07/2003, Embarazo complicado. Hipertensión (...). 13/08/2003-14/08/2003, Embarazo complicado por hipertensión (...). 28/06/2004-30/08/2004, Absceso punto de sutura (...). 20/10/2004-02/03/2005, Absceso punto de sutura”.

14. Con fecha 25 de abril de 2006, la Directora Médica del hospital correspondiente remite al Servicio instructor el informe clínico elaborado por el

Médico Psiquiatra del Centro de Salud Mental de sobre la interesada, en el que se señala que “acude a este centro (...) con fecha de enero de 2005, remitida por su médico de Atención Primaria”. Se detecta, continúa el informe, “un estado anímico de gran inestabilidad, con labilidad afectiva, insomnio, anhedonia, ansiedad e incapacidad para poder aceptar la imposibilidad de poder tener más hijos, como supuesta consecuencia de las complicaciones concurridas en la cesárea de su primera y única hija”. En el momento actual, añade el informante, “va evolucionando de forma parcialmente satisfactoria, sin que hasta el momento se pueda considerar finalizado”, manteniéndose con tratamiento de “antidepresivos e hipnóticos”.

15. Mediante escrito de fecha 28 de abril de 2006, recibido el día 8 de mayo siguiente, el Servicio instructor notifica a la representante de la interesada la apertura de un segundo trámite de audiencia por plazo de quince días, acompañándole copia de la nueva documentación incorporada al expediente.

16. Mediante escrito de fecha 22 de junio de 2006, recibido el día 29 del mismo mes, el Servicio instructor notifica a la representante de la interesada que dispone de un plazo de 10 días “para acreditar su capacidad de representación”; trámite que se cumplimenta el día 5 de julio siguiente, mediante comparecencia personal de la interesada.

17. Con fecha 6 de julio 2006 el instructor elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. Después de resumir los antecedentes de hecho (que en nada difieren de los señalados en los diferentes informes técnicos aportados por la Administración) y el procedimiento instruido, señala, en el fundamento de derecho segundo, que “cabe afirmar rotundamente que la actuación de la Administración sanitaria fue correcta y adaptada a los conocimientos científicos y a la lex artis”. Sostiene su propuesta en los argumentos que de manera coincidente manifiestan en su respectivo informe el instructor del procedimiento y la asesoría médica de la aseguradora.

18. En este estado de tramitación, mediante escrito de 24 de julio de 2006, registrado de entrada el día 27 del mismo mes, V.E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración del Principado de Asturias objeto del expediente núm., de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, cuyo original adjunta.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), está la interesada activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

TERCERA.- En cuanto al plazo de presentación de la reclamación, el artículo 142.5 de la LRJPAC dispone que “En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”. En el procedimiento que examinamos, la reclamación se registra con fecha 4 de octubre de 2005, habiendo tenido lugar los últimos hechos de los que trae origen el día 15 de diciembre de 2004 (fecha del alta hospitalaria de la segunda intervención), por lo que, aun sin tener en cuenta la determinación definitiva de las secuelas alegadas, es claro que lo fue dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC, y, en su desarrollo, en el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Procedimiento de tramitación al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

En aplicación de la normativa citada se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Sin embargo, no se ha dado cumplimiento estricto a la obligación de comunicar a la interesada, en los términos de lo dispuesto en el artículo 42.4 de la LRJPAC, el plazo máximo legalmente establecido para la resolución -y

notificación- del procedimiento, así como los efectos que pueda producir el silencio administrativo, puesto que, si bien se le comunica la fecha de recepción de su solicitud y la incoación del procedimiento, dicha comunicación no se ajusta a los términos y contenidos previstos en el artículo citado, al haberse precisado dichos extremos mediante una mera referencia a la normativa rectora del mismo.

Por último, observamos que se ha superado el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. Recibida la reclamación en el Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias el día 25 de octubre de 2005, se concluye que, a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo, el día 27 de julio de 2006, el plazo de resolución y notificación ha sido rebasado. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.4, letra b), de la referida LRJPAC.

QUINTA.- El artículo 106.2 de la Constitución dispone que “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”.

A su vez, el artículo 139 de la LRJPAC, ya citada, establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de 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 normal o anormal de los servicios públicos”. Y, en su apartado 2, que “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 141 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes

de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

SEXTA.- Con carácter previo a cualquier otra consideración, hemos de recordar que el servicio público sanitario debe procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultados, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como “*lex artis*”. Este criterio opera no sólo en la fase de tratamiento dispensado a los

pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se vincula, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado -aunque no siempre pueda garantizarse que éste sea exacto- de los síntomas manifestados, y al posterior tratamiento de la enfermedad diagnosticada. Además de lo anterior, debemos igualmente recordar que corresponde a la reclamante la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la "*lex artis*" médica y que ésta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

En el caso concreto que analizamos, debemos comenzar por fijar con precisión el proceso asistencial prestado a la perjudicada, pues existen discrepancias en los relatos expuestos por la reclamante y por los servicios sanitarios afectados que conviene aclarar. La primera de ellas se refiere a la versión que la interesada da sobre el primer ingreso hospitalario por hipertensión, que se refleja en su escrito de reclamación como una mera consecuencia, casi diríamos que pasajera, de una "muy mala noticia" familiar. Sin embargo, y así se prueba en la historia clínica, se trata de un ingreso durante cinco días, con alta el 28 de julio de 2003 "pendiente de (...) ecografía obstétrica", que se realiza el 4 de agosto siguiente, y en la que se detecta un "feto pequeño para la edad gestacional", y por ello se le da una nueva cita para el 14 de agosto. Es decir, en esa primera asistencia se le diagnostica, y ese fue el motivo del ingreso, una hipertensión arterial junto con edemas y, además, un problema en el crecimiento del feto. Por tanto, ese primer ingreso no se resuelve simplemente, como dice en su escrito, "sin haberle puesto tratamiento ni régimen alguno para su control", sino que, al contrario, se ve la necesidad de someter a la paciente a nuevas pruebas diagnósticas, "para valoración de crecimiento fetal"; pruebas programadas para el día 14 de agosto de 2003.

No obstante, un día antes de esa fecha señalada para revisión obstétrica en la Unidad de Monitorización Fetal, precisamente como consecuencia del problema señalado, acude de nuevo a su médico de cabecera, que dispone su

ingreso por urgencias, por tensión arterial alta. Aquí aparece la segunda discrepancia. Mientras que en su escrito inicial se presenta este segundo ingreso poco menos que casual o anecdótico (“habida cuenta que al día siguiente iba a ser `monitorizada´ por primera vez, acude ese mismo día al médico de cabecera, quien la deriva al hospital donde se le practica una ecografía que, al parecer da resultados dentro de la normalidad”), lo cierto es que, conforme a la historia clínica, ingresa por Urgencias, de nuevo con tensión arterial alta, confirmándose en este ingreso, por la misma causa (hipertensión), el problema del crecimiento fetal ya detectado, junto con otros problemas metabólicos (ácido úrico en aumento).

En la descripción de este segundo ingreso se manifiesta una tercera discrepancia, igualmente relevante, puesto que la interesada señala en la reclamación que “cuando se le iba a tramitar el alta hospitalaria, aparece la ginecóloga (...), a la sazón de guardia aquél día, quien le manda que espere y tras consultar con el Jefe del Servicio (...) decide provocar el parto”. Sin embargo, la ginecóloga actuante, en su informe de fecha 8 de noviembre de 2005, indica que “a la paciente no se le iba a tramitar el alta hospitalaria puesto que había ingresado el día anterior por tensiones arteriales elevadas, y la ecografía acababa de confirmar que era un feto con crecimiento escaso”. Y efectivamente, consta la realización de una ecografía el día 14 de agosto que recoge la existencia de un feto pequeño, correspondiente a “32 semanas ecográficas”, ecografía cuya existencia y resultado también es confirmado por la representante de la interesada posteriormente, en el escrito de alegaciones. Por tanto, y en una primera aproximación a los hechos acontecidos, debemos dar por probado que la interesada permaneció ingresada en dos ocasiones por hipertensión arterial, la segunda con un volante urgente de su médico de cabecera, confirmándose, con ocasión de aquel primer ingreso, también un problema de crecimiento fetal; problema que vuelve a quedar de manifiesto durante el ingreso urgente el día 13 de agosto de 2003, según la ecografía realizada al día siguiente.

Existen otras discrepancias, como el número de visitas a la doctora que le atendió en su consulta privada antes de proceder ésta en la sanidad pública a la inducción del parto, o el tratamiento de la anemia durante la asistencia hospitalaria, pero carecen de relevancia al objeto de la presente reclamación, salvo para poner de manifiesto, en el primer caso, la relación de confianza entre paciente y ginecóloga. No hay constancia del número de veces que la reclamante acudió a la consulta de ésta, pero, en el caso de que fuesen varias -como sostiene la representante y niega la doctora- y con independencia de la posible infracción del régimen de incompatibilidades que la doble atención sanitaria privada y pública pudiese entrañar, su afirmación no hace más que restar credibilidad a los alegatos de quien reclama. En efecto, se denuncia una falta total de información, al punto de que la inducción al parto “sorprende a la gestante, quien no comprende cómo por el hecho de haber tenido un pico de tensión, sin haberle puesto tratamiento ni régimen alguno para su control, situación que mejoró con el simple ingreso hospitalario, se provoca el parto, pues nunca se advirtió a la paciente ni a su familia que ella o el feto se hallaran en situación de peligro o riesgo”.

Este Consejo no acierta a comprender cómo se puede sostener esta acusación a la vista de los datos antes expuestos y que obran en la historia clínica. Tampoco cómo puede achacarse falta de información precisamente a la misma doctora que, asistiéndola en la sanidad pública, la había ya atendido en la sanidad privada. Menos aún cabe entender cómo se puede imputar a esa misma doctora negligencia médica reiterada y, a la vez, seguir confiando en ella. En el escrito de reclamación se puede leer como, con motivo de la segunda intervención quirúrgica, algo más de un año después del parto, y ante el malestar por la asistencia prestada, “la familia se pone en contacto con el Jefe del Servicio (...), quien se compromete que a partir de ese momento sólo la visitará él o la Dra.”, o sea, la ginecóloga a la que se atribuye con reiteración mala praxis médica.

En lo que se refiere al fondo del asunto, y como ya hemos sostenido en otros Dictámenes (Núm. 129/2006 y 192/2006), los conocimientos médicos, y

con más razón los propios de una especialidad (en este caso Ginecología), son ajenos al Consejo Consultivo, pero ello no implica que no debamos entrar en el análisis de los errores alegados y, en consecuencia, pronunciarnos sobre la corrección de la práctica médica. Este juicio ha de desarrollarse, necesariamente, con una lógica prudencia, teniendo en cuenta los diferentes informes médicos aportados, contrastándolos con las alegaciones de la reclamante y teniendo presente que, de acuerdo con los principios jurídicos "*necessitas probandi incumbit ei qui agit*" y "*onus probandi incumbit actori*", pesa sobre ésta la carga de la prueba.

La Administración ha incorporado al expediente el informe técnico de evaluación, realizado por un Inspector de Prestaciones Sanitarias, y un dictamen suscrito, colegiadamente, por cinco especialistas en la materia, a instancias de la compañía aseguradora del Principado de Asturias, y ambos resultan coincidentes a la hora de valorar positivamente la adecuación de la actividad sanitaria a lo que hemos definido como "*lex artis*". Frente a ello, y a falta de otras pruebas o pericias en sentido contrario, lo razonado por la interesada no alcanza a destruir el valor probatorio de los informes técnicos aportados por la Administración, según analizaremos a continuación.

Como hemos señalado, la representante de la interesada fundamenta su reclamación en tres motivos diferentes: inducción inadecuada del parto; asistencia sanitaria "muy deficiente" de la madre tras el alumbramiento y "abandono sanitario de la paciente" que habría derivado en "un estado de fuerte depresión".

Analizando el primero de los motivos, hemos de reparar en la fecha en la que se presenta la reclamación. Si la interesada considera que la inducción al parto, realizada del 14 al 15 de agosto de 2003, fue totalmente inadecuada, ignorando incluso las razones que impulsaron a efectuarla, no alcanza a comprender este Consejo la tardanza en presentar la reclamación, registrada el 4 de octubre de 2005, dos años y un mes más tarde de su alta médica tras la cesárea, el día 1 de septiembre de 2003; reclamación que, en este punto concreto, habría que calificar de extemporánea, si no fuese por las secuelas de

orden psiquiátrico que arrastra la interesada y que, en una generosa interpretación de sus escritos de reclamación y alegaciones, podrían vincularse a la primera intervención quirúrgica y no sólo a la segunda, como parece desprenderse de una lectura literal de ambos.

Pero, al margen de ello, y centrándonos en el primer motivo de la reclamación, ya hemos indicado que la paciente fue ingresada en dos ocasiones por hipertensión arterial, detectándose también un problema de crecimiento fetal y, finalmente, en el último ingreso, problemas metabólicos relacionados con el ácido úrico. En relación con tales datos, la interesada se limita a cuestionar o minimizar la existencia de hipertensión arterial, sembrando dudas sobre la rectitud del procedimiento empleado para obtener esa información, aunque sin aportar prueba alguna que avale sus sospechas, pues repara en la toma de datos que realiza el médico de cabecera (que considera inadecuada) pero nada dice sobre la confirmación de los mismos que se lleva a cabo en el hospital, durante el ingreso. Además, ya hemos visto que pretende desvincular esos datos de la existencia de antecedentes (otro ingreso, durante cinco días, por idéntico motivo), cuando lo cierto es que, como señalan los informes aportados por la Administración, tales antecedentes son relevantes y confirman la existencia de un problema serio para la salud del feto y de la madre y que ya en la solicitud urgente de ecografía de 13 de agosto de 2003 se apunta como “antecedentes de riesgo: preeclampsia. CIR”.

Finalmente intenta minimizar la existencia de un déficit en el crecimiento fetal, llegando a afirmar que la Administración valoró de forma inadecuada los datos ecográficos sobre el crecimiento del feto. Sin embargo, éstos, que obviamente son una estimación, sí revelan la existencia de un problema de crecimiento fetal, ya detectado durante el primer ingreso. Al margen de la posible discrepancia sobre el retraso (“10 días” o “2 semanas”), lo cierto es que se olvida de valorar un dato que también figura en la última ecografía realizada el día 14 de agosto de 2003, cuyo informe dice literalmente “mirando la del 4-8-03 sólo ha crecido el fémur”.

Igualmente, no analiza (nada dice al respecto) el tercero de los motivos que, según la ginecóloga, aconsejó la realización de la inducción al parto: la existencia de “ácido úrico en aumento”. Por tanto, y en nuestra opinión, los tres datos fácticos señalados por la ginecóloga (“feto pequeño, no crecimiento fetal, (...), tensión arterial límite (...) ácido úrico en aumento”) quedan suficientemente acreditados en el expediente, y la conjunción de los mismos, según los dictámenes técnicos incorporados por la Administración, aconsejaban la práctica inmediata de la inducción al parto, por lo que este primer motivo de la reclamación ha de ser desestimado.

El segundo de los motivos de la reclamación hace referencia a una supuesta desatención en el proceso posterior al parto, lo que le habría ocasionado un grave problema con la cicatriz obstétrica. Aunque en la reclamación se hace referencia a la existencia de “fiebre y dolores continuos” que se habrían producido desde la fecha del parto, lo cierto es que en las primeras revisiones ginecológicas posteriores a dicho alumbramiento no queda constancia alguna de tales problemas. Según informa la ginecóloga, “el día 06-10-03” acudió a revisión, informándose “dentro de la normalidad” y, si hemos de hacer caso al relato de la interesada, no es hasta el 31 de diciembre de 2003 cuando acude el médico de guardia que le “prescribe antibiótico”, sin demandar nuevamente asistencia a los servicios de la sanidad pública hasta el día “8 de abril de 2004, después de transcurridos ocho meses desde la realización de la cesárea”. En tal fecha es cuando se dirige al Servicio de Urgencias, donde le aconsejan una consulta con el cirujano, que tiene lugar el día 26 de abril siguiente. Este último dato aparece confirmado en el informe de la ginecóloga, que se refiere a él señalando que en dicho Servicio de Cirugía se le realizó una ecografía abdominal, informada el día 16 de julio de 2004. Si ponemos estos datos en relación con el certificado de periodos de baja, incorporado al expediente a solicitud de la propia interesada, observamos que la primera situación de baja por incapacidad temporal, en relación con este segundo proceso que denuncia (el problema con la cicatriz quirúrgica), no se produce hasta el día 28 de junio de 2004. Todo ello nos lleva a cuestionar, al

menos en parte, el relato sostenido en la reclamación. Lo único que observamos, incluso dando por ciertos los datos aportados por la interesada, es que fue atendida por los servicios sanitarios públicos sólo cuando demandó tal asistencia, puesto que, encontrándose de alta hospitalaria, no cabe pensar en otra actuación por parte de la Administración. En nuestra opinión, la cadencia de atenciones por parte de los diferentes servicios sanitarios (Urgencias, Cirugía y Ginecología) la marca la propia paciente, que, según señala, acude en tres ocasiones bastante separadas en el tiempo y obtiene una determinada respuesta (que va desde la prescripción de antibióticos a la realización de una ecografía abdominal), en función, precisamente, de su demanda de servicios. De modo que no queda acreditada en forma alguna, sino más bien lo contrario, la falta de atención sanitaria que se denuncia. Lo mismo cabe decir de la actuación hospitalaria una vez establecido el diagnóstico definitivo y la posibilidad de una intervención quirúrgica reparadora.

La paciente acude de nuevo al Servicio de Urgencias el día 23 de junio de 2004, queda citada para consultas en Ginecología y, previa realización de dos cultivos, se programa una intervención quirúrgica que, finalmente, se realiza el día 21 de octubre de 2004. El resultado de esa intervención (en concreto la anatomía patológica realizada) pone de manifiesto igualmente que la paciente no sufrió ninguna desatención o actuación médica equivocada durante los primeros días del parto (el mal tratamiento del hematoma, como sostiene la representante en sus escritos), ni durante la propia intervención de cesárea a la que fue sometida, puesto que, según señala el cirujano que la intervino, se confirma “la existencia de granuloma a cuerpo extraño por material de sutura”, lo que se produce debido “a intolerancia a material de sutura, hecho que no se puede predecir en ningún enfermo y que es una patología muy frecuente en todo paciente operado (...), sin ningún tipo de repercusión intraabdominal ni séptica, siendo muy frecuentes en cualquier tipo de cirugía y sin suponer los mismos repercusiones clínicas severas a no ser la supuración local”.

Por todo ello, entendemos que este segundo motivo de la reclamación ha de ser igualmente desestimado al no haberse probado la desatención denunciada, quedando acreditado el origen de los problemas surgidos con posterioridad al parto (según relato de la propia representante, prácticamente cuatro meses después del alta hospitalaria -1 de septiembre a 31 de diciembre de 2003-), que exclusivamente se debieron a una intolerancia al material de sutura, complicación quirúrgica que, según sostiene el dictamen aportando por la entidad aseguradora, se presenta en el "0,7% de los pacientes" y no se puede "sospechar si el paciente no refiere una situación semejante en otra cirugía y por lo mismo no se puede prevenir".

Resta finalmente una referencia al tercero de los motivos de la reclamación, que sería la depresión causada por la falta de atención, "abandono", a la que fue sometida la paciente, según se indica en el escrito de reclamación, y también por el dolor moral del "rechazo a volver a quedar embarazada por segunda vez, siendo la experiencia referida obstáculo para acceder a una segunda maternidad". Lo cierto es que, en realidad, no estamos ante un motivo autónomo, sino que más bien sería una consecuencia de los dos anteriores: la inadecuada asistencia recibida a lo largo de todo el proceso hospitalario en sus diversos episodios como causa eficiente de la depresión que aún padece la reclamante. Por ello, descartada la mala praxis sanitaria en todo ese proceso, se impone igualmente desestimar este tercer motivo, atribuible al devenir de las complicaciones naturales del quebrantamiento padecido en su salud por la interesada. Su comprensible estado de depresión fue tratado por el Servicio de Psiquiatría del propio hospital (así lo reconoce en su reclamación) cuando comienzan a aparecer los primeros síntomas en el postoperatorio del "desbridamiento", acudiendo en la actualidad a los servicios públicos de salud mental, sin que en ningún informe conste reproche alguno a la actuación sanitaria precedente.

En definitiva, entiende este Consejo Consultivo que la actuación de los facultativos resultó acorde, en todo momento, con la "*lex artis*", no habiéndose

acreditado la existencia de negligencia alguna ni omisión de ninguna acción que hubiese evitado el proceso patológico sufrido por la interesada.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por doña, en nombre y representación de doña"

V.E., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º
EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.