

Expediente Núm. 1/2018
Dictamen Núm. 37/2018

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
García Gutiérrez, José María
Zapico del Fueyo, Rosa María
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 1 de marzo de 2018, con asistencia de los señores y la señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 28 de diciembre de 2017 -registrada de entrada el día 4 de enero de 2018-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños que se atribuyen a un error diagnóstico y a la falta de información sobre las complicaciones de un legrado evacuador.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 10 de abril de 2017, la interesada presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida.

Expone que el día 25 de marzo de 2016 nació su hijo en el Hospital “por parto eutócico”, y que el 6 de abril de 2016, “tras la valoración por mi

ginecólogo privado, acudí al Servicio de Obstetricia” del referido centro “por sangrado genital abundante desde el día 2 de abril de 2016”. Añade que este Servicio, “ante sospechas no constatadas de restos placentarios, me planificó un legrado evacuador que se programó para el siguiente día, donde fui llevada a quirófano sin consentimiento de legrado ‘urgente’ ni de la posibilidad de extracción de útero; durante dicho legrado, y a pesar de que los restos que eran extraídos no eran placentarios, sino el propio endometrio, no detuvieron el legrado evacuador causándome la hemorragia que, finalmente, motivó la histerectomía, para lo que no contaban con mi consentimiento”.

Señala que “el sangrado” era producido por “la endometritis crónica que padecía, lo que debería haber sido tratado con antibióticos al provocarla bacterias comunes”. Añade que “al haberme extirpado el útero completamente he quedado imposibilitada para tener más hijos”.

Imputa al servicio público sanitario “una falta de diligencia” al diagnosticarla “incorrectamente” y “pautándome un legrado evacuador innecesario, y además sin darme la información precisa y necesaria de que el tratamiento programado podría traer consigo la pérdida que sufrí, no dándome la oportunidad de decidir si asumía o no ese riesgo que, finalmente, concurrió y sobre el que no pude decidir”.

Solicita una indemnización de trescientos mil euros (300.000 €), más los intereses legales que procedan.

Propone prueba documental, pericial médica y testifical, aunque no identifica a quién pretende que se le tome declaración.

Adjunta a su escrito los siguientes documentos: a) Plan de parto y cartera de servicios al recién nacido del Hospital b) Hojas de notas de progreso del Servicio de Obstetricia y Ginecología del citado centro. c) Documentos de consentimiento informado para anestesia general, legrado evacuador obstétrico e histerectomía. d) Informes histopatológicos de la biopsia realizada en el mismo hospital, el 8 de abril de 2016, en los que consta “útero con cambios posgestacionales. Endometrio inactivo./ Restos deciduales./ Leiomiomas

intramurales” y “endometrio inactivo posparto. Endometritis crónica. Restos deciduales”.

2. Mediante oficio de 25 de abril de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas envía una copia de la reclamación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

3. El día 27 de abril de 2017, el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios solicita a la Gerencia del Hospital una copia de la historia clínica relativa al proceso de referencia y un informe del Servicio de Ginecología sobre el concreto contenido de la reclamación presentada.

4. Mediante oficio de 2 de mayo de 2017, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios traslada el expediente al Inspector de Prestaciones Sanitarias que actuará en el presente procedimiento.

5. Con la misma fecha, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica a la reclamante la fecha de recepción de su reclamación en el referido Servicio, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

6. El día 13 de junio de 2017, la Gerente del Área Sanitaria VII envía al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios un CD que contiene la documentación solicitada.

En el informe emitido por el Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología el 5 de junio de 2017 se resume, en primer lugar, el curso clínico de la paciente relativo a la gestación y al parto. A continuación se refiere al episodio correspondiente al sangrado puerperal, y señala que “la paciente fue valorada por la ginecóloga de guardia y, como se recoge en el curso clínico de la tarde del 6 de abril de 2016, la púérpera presentaba un buen estado general, constantes

normales y un sangrado en cantidad moderada. La exploración mostró un útero subinvolucionado, aunque bien contraído, y la ecografía mostró un útero miomatoso y una cavidad uterina ocupada por una imagen heterogénea de ecogenicidad media de 35 x 55 mm, no hiperrefringente y que no capta Doppler, pudiendo corresponder a coágulo o materia de tipo corial. Ovarios normales y no líquido libre en Douglas. La analítica no mostró anemia y la coagulación y bioquímica fueron normales./ Se informó exhaustivamente de las distintas posibilidades diagnósticas y de los pros y contras del tratamiento médico y/o quirúrgico. En todo momento la paciente manifestó su deseo de realizar legrado evacuador (...). Se informa de nuevo a la paciente acerca del diagnóstico y se indica legrado evacuador. Se informó sobre el procedimiento, con sus pros, contras y potenciales complicaciones, aceptando intervención y firmando documento de consentimiento informado (...). Además de la información verbal, el documento de consentimiento informado para legrado evacuador obstétrico, realizado siguiendo las directrices de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología, en (el) apartado 2, que se refiere a complicaciones y/o riesgos y fracasos, recoge que (...) `toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica (...) como por la situación vital de cada paciente -diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad (...)-, lleva implícita una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamiento complementario, tanto médico como quirúrgico, así como un mínimo porcentaje de mortalidad. Después de recoger las complicaciones específicas del legrado evacuador por orden de frecuencia, en el apartado siguiente también recoge (que) `si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto el equipo médico podrá modificar la técnica quirúrgica habitual o programada´./ En este caso la situación crítica de la paciente durante la intervención obligó a modificar la técnica de tratamiento, con la información adecuada a la familia, como se hará constar más adelante”.

Respecto a la afirmación de que “existió un error en el diagnóstico inicial”, pues “a la vista del informe histopatológico la causa del sangrado no eran restos placentarios sino (...) la endometritis crónica que padecía, que requiere

tratamiento antibiótico y no la intervención a la que fui sometida”, subraya que “desde el principio se le informó de las distintas posibilidades diagnósticas: pólipo placentario, endometrio deciduocorial, endometrio decidual, asociadas a subinvolución uterina y útero miomatoso, todas ellas con clínica e imagen parecida pero también todas subsidiarias de tratamiento médico o quirúrgico./ El hallazgo en la anatomía patológica del material de legrado de ‘endometritis crónica’, no confirmado en la anatomía patológica de la pieza de histerectomía, donde informan de ‘endometrio inactivo’, creemos que debe ser interpretado en el contexto de la reacción inflamatoria propia de la situación clínica y no achacable a gérmenes ni proceso infeccioso alguno. Además, en ningún momento hubo clínica infecciosa ni alteración de constantes (fiebre) o cambios analíticos. Por consiguiente, tampoco el cuadro era para establecer tratamiento antibiótico”.

Precisa que “al día siguiente de su ingreso por hemorragia puerperal moderada persiste la misma clínica e imagen ecográfica y se indica exploración bajo anestesia y legrado. La paciente había sido informada, como ya se dijo anteriormente, de las distintas opciones de tratamiento, manifestando siempre su preferencia por el quirúrgico. Se informó del procedimiento, aceptó intervención y firmó documento de consentimiento informado para legrado evacuador./ Durante el legrado evacuador utilizando legras romas se objetiva una cavidad amplia e irregular y se extraen abundantes coágulos y material de aspecto deciduocorial. El sangrado se hizo más abundante, por lo que se toman medidas conservadoras: administración de Misoprostol intrarectal y colocación de sonda con balón endouterino./ La hemorragia no cede y, por el contrario, se hace más abundante, por lo que, ante el fracaso del tratamiento conservador y el deterioro hemodinámico que conduce a la paciente a una situación crítica, a pesar de las medidas de soporte tomadas por el Servicio de Anestesia, se indica tratamiento quirúrgico”.

Pone de relieve que “se informó exhaustivamente de la situación a su pareja, así como de la indicación de histerectomía en lugar de intento quirúrgico conservador, teniendo en cuenta la extrema gravedad y la asociación de miomas

uterinos. Se informó del procedimiento y se entregó el documento de consentimiento informado./ La paciente manifiesta que no fue informada sobre la histerectomía./ Como se recoge en el documento de consentimiento informado del legrado evacuador (al) que ya hicimos referencia anteriormente, se recoge (que) `si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto el equipo médico podrá modificar la técnica quirúrgica habitual o programada´./ Por otro lado, como ya hemos dicho, se informó a su pareja de la indicación y el procedimiento ante la imposibilidad de hacerlo con la paciente, a la que informamos de manera exhaustiva nada más que estuvo en condiciones de recibir información”.

Finalmente, “si bien entendemos el sufrimiento físico y psicológico de la paciente, que pasó por una situación de gravedad que ocurre con una baja frecuencia pero que es posible, queremos hacer constar que (...) tuvo en todo momento, en nuestra opinión y hecho un análisis del caso, una adecuada atención médica y un apoyo psicológico y trato correcto por parte de todo el personal que la asistió”.

En la historia clínica figura, entre otros documentos, el informe clínico de alta del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital de 12 de abril de 2016, en el que consta que el 6 de abril de 2016 la “puérpera con parto eutócico el 25-4-2016 (*sic*)” acude al Servicio de Urgencias “por sangrado genital abundante desde el 2-4-2016, acompañado de molestias en hipogastrio. No fiebre. No loquios malolientes. Valorada hoy en ginecólogo privado, aporta informe con sospecha de restos, por lo que recomienda tratamiento con prostaglandinas o legrado evacuador”. En la exploración física se observa “buen estado general. (Constantes) normales. Apirética. (TA 119/83 T.^a 36,8 °C)./ GE y vagina normal. Cérvix bien epitelizado. Sangrado activo en cantidad moderada./ TV: útero subinvolucionado, 2-3 traveses por debajo de ombligo, bien contraído. No dolor a la movilización cervical. Cérvix permeable”. Se realizan pruebas complementarias, incluyendo ecografía (“útero con múltiples miomas intramurales, cavidad uterina ocupada por imagen heterogénea de ecogenicidad media de 35 x 55 mm, no hiperrefringente, no capta Doppler, pudiendo

corresponder a coágulo o material deciduocorial. Ovarios normales. No líquido libre en Douglas”) y analítica (Hb: 14,1 g/dL. Leucocitos 17.000 (72 % neutrófilos). Coagulación y bioquímica dentro de límites normales”). En el apartado relativo a evolución y comentarios se deja constancia de que “se informa a la paciente y a su pareja sobre la impresión diagnóstica y las distintas opciones de tratamiento (observación y tratamiento con prostaglandinas versus legrado evacuador). La paciente prefiere la opción de evacuación quirúrgica./ Se ingresa y se pauta terapia con oxitocina como preparación previa al legrado evacuador. Se reevalúa a la paciente mediante nueva ecografía en la que no se aprecian cambios, persistiendo sangrado abundante, por lo que ese mismo día 07-04-2016 se realiza evacuación de una cavidad uterina amplia e irregular con legra roma, extrayéndose abundantes coágulos, material de aspecto deciduocorial y algún nódulo sólido. Durante la intervención comienza con sangrado muy abundante, por lo que se introduce histeroscopia para evaluar cavidad y completar la extracción de material sin poder controlar el sangrado abundante, comenzando la paciente con inestabilidad hemodinámica. Se colocan 5 comprimidos de Misoprostol intrarectal y sonda de balón endouterina. Ante el empeoramiento hemodinámico de la paciente y la persistencia de la hemorragia, a pesar de las medidas de soporte por parte del Servicio de Anestesia, así como la asociación de leiomiomas, se indica tratamiento quirúrgico radical./ Se informa a su pareja sobre la situación y la indicación de cirugía con los pros, contras y potenciales complicaciones del procedimiento. Entiende, acepta y firma documento de consentimiento informado./ Se realizó histerectomía total con conservación de anejos, sin particularidades./ Anatomía Patológica: material de legrado con endometrio posparto, endometritis crónica, restos deciduales. Útero con cambios posgestacionales y leiomiomas intramurales”. Se establece el diagnóstico principal de “subinvolución uterina puerperal. Restos deciduales./ Útero miomatoso./ Sospecha de malformación arteriovenosa uterina”.

7. Mediante oficio de 3 de julio de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas remite una copia del expediente

completo a la correduría de seguros a fin de recabar el informe pericial de la compañía aseguradora.

Con fecha 26 de agosto de 2017, tres especialistas en Obstetricia y Ginecología emiten el informe solicitado. En él, tras exponer la cronología de los hechos, formulan una serie de consideraciones médicas. En cuanto a la endometritis, explican que “es la infección de la capa más profunda del útero que está en íntimo contacto con las membranas ovulares”, siendo su frecuencia tras el parto vaginal de “1,3-6 %”. Como factores predisponentes de esta enfermedad enumeran los siguientes: cesárea, duración del parto (ocho o más horas), duración de la rotura de membranas (a partir de las seis horas), monitorización interna, heridas y desgarros del canal del parto, número de tactos vaginales, baja edad materna, obesidad, diabetes, déficits nutricionales. Manifiestan que los síntomas son “mal estado general, fiebre alta, taquicardia, escalofríos, astenia y anorexia (...), distensión abdominal moderada con dolor en hipogastrio”, reseñando que “el útero está subinvolucionado, blando y doloroso a la presión”, y los “loquios malolientes”.

Señalan que en el presente caso “ninguno de los factores predisponentes que hemos mencionado estuvo presente”, ya que la paciente acude al hospital “con 9 centímetros de dilatación y la bolsa amniótica íntegra. El parto tuvo lugar 45 minutos después. No se realizó monitorización interna ni se produjeron desgarros en el canal blando. El número de tactos tuvo que ser necesariamente mínimo, dado que se trataba de un parto de baja intervención por expresa solicitud de la madre y el poco tiempo transcurrido”. Además, la enferma “no refería fiebre y al ingreso la temperatura era de 36,8 °C, su estado general era bueno, no presentaba dolor a la palpación uterina ni distensión abdominal y los loquios no eran malolientes”, por lo que “clínicamente no existía ningún síntoma que obligara a sospechar una endometritis”. Añaden que “la analítica de sangre que se realizó al ingreso no era sugestiva de un proceso infeccioso pues, aunque la cifra de leucocitos era de 17.000 l/ml, durante el puerperio, por las modificaciones fisiológicas que se producen, es normal la elevación incluso hasta valores de 20-25.000 l/ml. No existía en este caso desviación a la izquierda (72

% de neutrófilos), lo que descartaba un proceso infeccioso agudo./ La ecografía fue realizada tanto por el ginecólogo privado (...) como por el médico de Urgencias y coincidieron ambos en que era compatible con persistencia de coágulos o restos coriódéciduales". Con base en ello, concluyen que "se hizo un diagnóstico correcto en función de los síntomas, la exploración y las pruebas complementarias".

Respecto a la actitud terapéutica, la consideran "adecuada" y "prudente", ya que "antes de realizar una intervención quirúrgica, el legrado, se intentó la expulsión del material intracavitario por medios farmacológicos". Aseveran que "la indicación de un legrado tras el fracaso del tratamiento farmacológico es indiscutible".

Por lo que se refiere a la ejecución del legrado, explican que es una técnica "ciega" mediante la que "se limpia la cavidad, pero sin una visión directa de la misma, guiándose solo por la sensación táctil de la legra al resbalar sobre las paredes del útero. Al contrario de lo que se afirma, no existió empecinamiento de los médicos, sino que ante la persistencia del sangrado se continuó posteriormente con una histeroscopia; técnica que permite visualizar directamente el interior del útero y actuar exclusivamente sobre zonas patológicas". Indican que al introducir el histeroscopio "se confirmó la presencia de material deciduocorial y solo se actuó sobre el mismo, a pesar de lo cual el sangrado siguió siendo profuso". Afirman que se agotaron todos los medios conservadores de los que se disponía para intentar cohibir el sangrado antes de tomar la decisión de extirpar el útero.

Enumeran como medias conservadoras recomendadas para el tratamiento del sangrado puerperal, el tratamiento médico con fármacos útero-tónicos, el legrado puerperal, el taponamiento uterino y la embolización selectiva de las arterias uterinas, y señalan que "en este caso tras la ineficacia de los dos primeros se continuaron las medidas conservadoras administrando Misoprostol rectal (otro fármaco útero tónico) y se colocó un balón intrauterino (...), sin que tampoco surtiera efecto". Por lo que se refiere a la embolización selectiva, manifiestan desconocer si el Hospital dispone de dicha técnica, aunque en

cualquier caso, “según la historia clínica, el estado de (la paciente) no hubiera permitido realizarla”. En definitiva, “la decisión de extirpar el útero fue tomada ante una situación de riesgo vital de la paciente y tras haber intentado todas las medidas conservadoras para detener el sangrado”.

En cuanto a los estudios de Anatomía Patológica, indican que “tanto el informe del legrado como el de la histerectomía hablan de la presencia de restos deciduales sin existencia de vellosidades coriales. También de una endometritis crónica, que no es un proceso infeccioso, sino una inflamación persistente de la capa endometrial que parece relacionarse con problemas de fertilidad, abortos espontáneos, parto pretérmino y fallos de implantación en la fecundación *in vitro*. Es un proceso poco conocido e infradiagnosticado debido a su curso generalmente asintomático y en absoluto relacionado con el cuadro clínico de (la paciente) en ese momento”.

Finalmente, analizan la información facilitada a la perjudicada en el documento de consentimiento informado, y precisan que “para el legrado se le dio un documento de consentimiento informado donde se añadió el mayor riesgo de perforación uterina que existía por tratarse de un útero puerperal (...). Probablemente no se informara de la posibilidad de perder el útero porque los riesgos de los que se debe informar son los denominados ‘riesgos típicos’ (...). La necesidad de realizar una histerectomía hay que considerarla como excepcional y secundaria a complicaciones surgidas durante el legrado, en este caso la hemorragia incoercible que estaba haciendo peligrar la vida de (la paciente) y que hacía imprescindible un tratamiento tan radical”.

8. Mediante escrito notificado a la interesada el 16 de octubre de 2017, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

Asimismo, la requiere para que especifique la evaluación económica del daño o perjuicio causado.

El 18 de octubre de 2017, se persona aquella en las dependencias administrativas para examinar el expediente y se le entrega un CD que contiene una copia de los documentos que obran en él.

Con fecha 7 de noviembre de 2017, la reclamante presenta un escrito de alegaciones en el que manifiesta que el día en que acude a Urgencias refería “dolor en hipogastrio” y, según consta en las notas de progreso, “el útero se encontraba subinvolucionado y (...) presentaba múltiples miomas intramurales pequeños, visualizándose la cavidad uterina ocupada por una imagen heterogénea de ecogenicidad media de 35 x 55 mm, no hiperrefringente, pudiendo corresponder a coágulo o material deciducorial”.

En cuanto a la analítica, subraya que “se refleja como valor fuera del rango habitual los leucocitos: 17.000 (72 % neutrófilos)”.

También denuncia que en el consentimiento informado no se indica “el riesgo personal que suponía la presencia de miomas en mi útero, que podía provocar hemorragias y frustrar el legrado evacuador al que se me iba a someter, como así fue”. Añade que “el mecanismo por el que los miomas son capaces de producir hemorragia posparto secundaria se ha vinculado con la interferencia en el proceso y la obstrucción mecánica que los miomas entrañan en la expulsión de los loquios, lo que genera una subinvolución uterina y una probable endometritis por infección secundaria de los loquios retenidos, todo lo cual justifica el cuadro médico que se me presentó”.

De otro lado, señala que el informe del Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital “en ningún momento refleja la posible causa de la hemorragia que sufrí, y en consecuencia no se dice si era previsible y por tanto evitable, como, por cierto, lo era”.

Respecto a la endometritis, considera que no puede ser crónica “al no haber padecido las causas que la propician”.

Por último, cuantifica nuevamente la reclamación en trescientos mil euros (300.000 €) por “las lesiones, secuelas y daños y perjuicios causados”.

9. Mediante oficio de 9 de noviembre de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas remite a la correduría de seguros una copia de las alegaciones presentadas.

10. Con fecha 18 de diciembre de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella señala que “en el presente caso el alumbramiento fue correcto, comprobando la integridad de placenta y membranas, y en el momento del reingreso por sangrado el diagnóstico de sospecha de retención de restos fue hecho tanto por un ginecólogo privado como por el facultativo del sistema público basándose en la clínica y la imagen ecográfica, no habiendo datos clínicos que orientasen hacia la sospecha de endometritis. Por otra parte, no cabe seguir discutiendo, como pretende la reclamante, que se tratase de una endometritis infecciosa que se hubiera tratado con antibióticos, ya que la anatomía patológica (...) no confirmó su existencia en el endometrio estudiado en la pieza de histerectomía, donde informan de ‘endometrio inactivo’. La reclamante malinterpreta lo que se había informado y la interpretación hecha por los facultativos designados por la compañía aseguradora (...), que enumeran las causas de una endometritis crónica. No hay contradicción alguna, sino plena coincidencia en que no se trata de una endometritis subsidiaria de tratamiento antibiótico y que todo hace pensar que es más la reacción inflamatoria”.

Añade que “la paciente fue correctamente informada de las posibles impresiones diagnósticas y, ante la repetida afirmación de que no fue informada de las distintas opciones terapéuticas del sagrado puerperal, es preciso referir que consta en el curso clínico que se informó tanto del tratamiento médico como quirúrgico, con los pros, contras y potenciales complicaciones de ambos. La paciente había acudido previamente a una consulta privada donde se estableció el diagnóstico de restos placentarios (...), se recoge que (...) quería que se le hiciese un legrado y se le informó que era más adecuado iniciar tratamiento médico y si fracasaba realizar el quirúrgico. Ante su negativa a indicar un

tratamiento médico con administración de prostaglandinas, se ingresó para ver evolución, administrándose oxitócicos como preparación y prevención del riesgo de sangrado y perforación al realizar el legrado evacuador. De todo esto fue exhaustivamente informada”.

En cuanto a que “no se le informó de la existencia de miomas ni de que podrían producir hemorragias y provocar complicaciones en el legrado, hay que señalar que no existe una relación de causalidad directa entre la existencia de un útero miomatoso y el hecho del sangrado abundante en el procedimiento de legrado, por mucho que la reclamante insista en ello. La presencia de miomas subserosos, como es el caso, no suele interferir en la evolución del embarazo, que cursó normal. Si bien pueden contribuir a cierto grado de subinvolución uterina, no tienen relación con el hecho de la posible retención de material deciduocorial, ni por supuesto con el aumento de riesgo de sangrado en el procedimiento de legrado, ya que, como se demuestra en el estudio anatomopatológico tanto del material de legrado como en la pieza de histerectomía, no había miomas subserosos que pudieran tener algún impacto negativo por afectar (a) la cavidad uterina, por lo que no son causa directa de la hemorragia, ni mucho menos de frustrar el legrado evacuador (...). Es imprescindible dejar claro que el riesgo de hemorragia se recoge en (las) complicaciones específicas, y que es un riesgo inherente a todo legrado evacuador, sin que el hecho de presentar miomas subserosos tenga que aumentar el riesgo de hemorragia. Sin embargo, sí se destaca como riesgo personalizado la posible perforación, ya que, aunque consta entre los riesgos específicos de todo legrado evacuador, es significativamente mayor en el legrado evacuador puerperal; hecho que no se recoge en las complicaciones específicas”.

Respecto a “la reiterada insistencia de la reclamante de que en ningún momento se refleja la posible causa de (la) hemorragia (...) y su afirmación rotunda de que sí era evitable, sin aportar ningún razonamiento técnico o científico” que la “justifique (...), es preciso recalcar que, como se refleja explícitamente (...) en el documento de consentimiento informado del procedimiento de legrado evacuador, la hemorragia es una complicación

específica del mismo. Por otro lado, no es cierto que no se haya señalado la posible causa de la hemorragia posparto que da lugar al ingreso, ya que en todo momento se señala la existencia de material deciduocorial intrauterino asociado a subinvolución. La anatomía patológica confirmó la existencia de dichos restos deciduales./ La reclamante afirma que se podían haber adoptado medidas preventivas, pero desconocemos cuáles, ya que no cita ninguna. Sin embargo, lo cierto es que la paciente fue a quirófano con estudios analíticos hechos, incluyendo coagulación, y se administraron oxitócicos desde la noche anterior para contribuir a la buena contractibilidad uterina y así (...) disminuir el sangrado y riesgo de perforación”.

Finalmente, explica que “la extirpación del útero se llevó a cabo tras agotar todas las medidas conservadoras necesarias para detener el sangrado que se produjo y que motivó una situación de shock con riesgo para la vida de la paciente, y tras obtener el consentimiento de su marido al no poder prestarlo” esta dada su situación “de incapacidad para hacerlo de acuerdo con su estado psicofísico”.

11. En este estado de tramitación, mediante escrito de 28 de diciembre de 2017, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm. de la Consejería de Sanidad, adjuntando a tal fin copia autenticada del mismo en soporte digital.

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 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), 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 prescripción, el artículo 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC), dispone que “El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste 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 supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 10 de abril de 2017, habiendo concluido el ingreso hospitalario durante el que se dispensó la asistencia por la que se reclama el día 12 de abril de 2016, por lo que es claro que fue formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común recogidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

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

Sin embargo, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21.1 y 24.3, letra b), de la LPAC.

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 32 de la LRJSP 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, 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”. 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 34 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.- Se somete a nuestra consideración un procedimiento de responsabilidad patrimonial en el que se reclama una indemnización por los daños que se atribuyen a un error diagnóstico y a la falta de información sobre las complicaciones de un legrado evacuador.

De la documentación obrante en el expediente se desprende que el día 6 de abril de 2016 la interesada acude al Servicio de Urgencias del Hospital "por sangrado genital abundante", realizándosele al día siguiente un "legrado evacuador". Durante la intervención se producen una serie de complicaciones que conducen a la paciente a una situación crítica, siendo necesaria la extirpación completa del útero. Por tanto, la realidad del daño alegado ha quedado acreditada con los informes médicos obrantes en el expediente, sin perjuicio de la valoración que quepa efectuar en el caso de que se concluya que concurren los requisitos legales para una declaración de responsabilidad patrimonial.

Como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y

no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, 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*.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por la reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

Este criterio opera no solo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que el paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho no a un resultado, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento. El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que un hipotético defectuoso diagnóstico ni el error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes. Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña *per se* una vulneración de la *lex artis*.

También ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En este sentido, y con carácter preliminar, debemos advertir ya en este momento que, a pesar de que incumbe a quien reclama la carga de probar la existencia de la relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el daño alegado, y en particular que se ha producido una violación de la *lex artis* médica, la reclamante no desarrolla actividad probatoria alguna al respecto.

En el asunto examinado la perjudicada había dado a luz por “parto eutócico” el día 25 de marzo de 2016 en el Hospital Según refiere, el 2 de abril de 2016 comienza con sangrado genital, por lo que, tras ser valorada por un ginecólogo privado el 6 de abril, acude al Servicio de Urgencias del referido hospital ese mismo día. Se la explora y se le realizan varias pruebas complementarias (tacto vaginal, ecografía, analítica), siendo la impresión diagnóstica de existencia de material deciduocorial en la cavidad uterina, realizándosele al día siguiente un “legrado evacuador”. Durante la intervención el sangrado se hizo más abundante, por lo que se toman medidas conservadoras, pese a lo cual la hemorragia no cede y, ante el fracaso del tratamiento conservador y el deterioro hemodinámico que conduce a la paciente a una situación crítica, se realiza histerectomía.

En primer lugar, la perjudicada considera que se ha producido un error diagnóstico, puesto que se le practicó un legrado evacuador “ante sospechas no constatadas de restos placentarios”, y a pesar de que -según indica- “el sangrado” era producido por “la endometritis crónica que padecía, lo que debería haber sido tratado con antibióticos al provocarla bacterias comunes”, subrayando que “no detuvieron el legrado evacuador causándome la hemorragia que, finalmente, motivó la histerectomía”.

Por lo que se refiere a la primera cuestión -la existencia de un posible error diagnóstico-, el Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología señala que “la paciente fue valorada por la ginecóloga de guardia y, como se recoge en el curso clínico de la tarde del 6 de abril de 2016, la púérpera presentaba un buen estado

general, constantes normales y un sangrado en cantidad moderada. La exploración mostró un útero subinvolucionado, aunque bien contraído, y la ecografía mostró un útero miomatoso y una cavidad uterina ocupada por una imagen heterogénea de ecogenicidad media de 35 x 55 mm, no hiperrefringente y que no capta Doppler, pudiendo corresponder a coágulo o materia de tipo corial. Ovarios normales y no líquido libre en Douglas. La analítica no mostró anemia y la coagulación y bioquímica fueron normales". La anatomía patológica confirmó la existencia de dichos restos deciduales, tanto en el útero como en la biopsia realizada en los restos puerperales. Asimismo, debe tenerse en cuenta que la paciente había acudido previamente a una consulta privada donde se también se estableció el diagnóstico de restos placentarios y se le recomendó igualmente "tratamiento con prostaglandinas o legrado evacuador", tal y como se recoge en el informe clínico de alta de 12 de abril de 2016.

En todo caso, Jefe del Servicio implicado sostiene que "desde el principio se le informó de las distintas posibilidades diagnósticas: pólipo placentario, endometrio deciduocorial, endometrio decidual, asociadas a subinvolución uterina y útero miomatoso, todas ellas con clínica e imagen parecida pero también todas subsidiarias de tratamiento médico o quirúrgico", manifestando la paciente "siempre su preferencia por el quirúrgico". El rechazo de la enferma al tratamiento farmacológico se recoge en el informe clínico de alta de 12 de abril de 2016, donde consta que "se informa a la paciente y a su pareja sobre la impresión diagnóstica y las distintas opciones de tratamiento (observación y tratamiento con prostaglandinas versus legrado evacuador). La paciente prefiere la opción de evacuación quirúrgica./ Se ingresa y se pauta terapia con oxitocina como preparación previa al legrado evacuador. Se reevalúa a la paciente mediante nueva ecografía en la que no se aprecian cambios, persistiendo sangrado abundante", por lo que finalmente se indica exploración bajo anestesia y legrado.

Los especialistas en Obstetricia y Ginecología que informan a instancias de la compañía aseguradora tampoco aprecian la existencia de un error diagnóstico, puesto que, tras analizar exhaustivamente la historia de la paciente, señalan que

“clínicamente no existía ningún síntoma que obligara a sospechar una endometritis”, ni tenía factores predisponentes de esta enfermedad, por lo que consideran que “se hizo un diagnóstico correcto en función de los síntomas, la exploración y las pruebas complementarias”. Estiman que la actitud terapéutica fue “adecuada” y “prudente”, ya que “antes de realizar una intervención quirúrgica, el legrado, se intentó la expulsión del material intracavitario por medios farmacológicos” (administración de oxitócicos).

Respecto a las complicaciones surgidas durante el legrado evacuador, el Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología explica que “durante el legrado (...) se extraen abundantes coágulos y material de aspecto deciduocorial. El sangrado se hizo más abundante, por lo que se toman medidas conservadoras: administración de Misoprostol intrarectal y colocación de sonda con balón endouterino./ La hemorragia no cede y, por el contrario, se hace más abundante, por lo que, ante el fracaso del tratamiento conservador y el deterioro hemodinámico que conduce a la paciente a una situación crítica, a pesar de las medidas de soporte tomadas por el Servicio de Anestesia, se indica tratamiento quirúrgico” (histerectomía). A juicio de los especialistas en Obstetricia y Ginecología, “la decisión de extirpar el útero fue tomada ante una situación de riesgo vital de la paciente y tras haber intentado todas las medidas conservadoras para detener el sangrado”.

En cuanto al hallazgo en la anatomía patológica del material de legrado de “endometritis crónica”, el Jefe del Servicio implicado señala en su informe que dicho hallazgo no fue “confirmado” en la anatomía patológica de la pieza de histerectomía, donde informan de “endometrio inactivo”, por lo que -a su juicio- “debe ser interpretado en el contexto de la reacción inflamatoria propia de la situación clínica y no achacable a gérmenes ni proceso infeccioso alguno”. Añade que “en ningún momento hubo clínica infecciosa ni alteración de constantes (fiebre) o cambios analíticos. Por consiguiente, tampoco el cuadro era para establecer tratamiento antibiótico”.

Con ocasión del trámite de audiencia, la reclamante insiste en que “en ningún momento se refleja la posible causa de la hemorragia”, aseverando que

era “evitable”, aunque no aporta ningún razonamiento técnico o científico que justifique esta afirmación. Sin embargo, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas recalca en la propuesta de resolución que “la hemorragia es una complicación específica” del procedimiento de legrado evacuador recogida en el documento de consentimiento informado, y niega que no se haya indicado la posible causa de la hemorragia posparto que da lugar al ingreso, “ya que en todo momento se señala la existencia de material deciduocorial intrauterino asociado a subinvolución” y “la anatomía patológica confirmó la existencia de dichos restos deciduales”. Añade que “la reclamante afirma que se podían haber adoptado medidas preventivas, pero desconocemos cuáles, ya que no cita ninguna”. Sin embargo, lo cierto es que la paciente fue a quirófano con estudios analíticos hechos, incluyendo coagulación y se administraron oxitócicos desde la noche anterior “para contribuir a la buena contractibilidad uterina y así (...) disminuir el sangrado y riesgo de perforación”.

Finalmente, la interesada manifiesta que no recibió la información “precisa y necesaria de que el tratamiento programado podría traer consigo la pérdida que sufrí, no dándome la oportunidad de decidir si asumía o no ese riesgo”. También señala que la histerectomía se llevó a cabo sin su consentimiento. En contraposición a ello, el Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología asegura que “se informó exhaustivamente de las distintas posibilidades diagnósticas y de los pros y contras del tratamiento médico y/o quirúrgico. En todo momento la paciente manifestó su deseo de realizar legrado evacuador (...), aceptando intervención y firmando documento de consentimiento informado”. La propia reclamante aporta un documento de consentimiento informado para legrado evacuador obstétrico -en el que figura su firma- en cuyo apartado segundo se recogen como complicaciones específicas de esta intervención las “hemorragias con la posible necesidad de transfusión” y la “perforación del útero”; destacándose esta última complicación en los riesgos personalizados de esta paciente (aumenta el riesgo al tratarse de una puérpera). En el apartado siguiente también se consigna que “si en el momento del acto quirúrgico

surgiera algún imprevisto el equipo médico podrá modificar la técnica quirúrgica habitual o programada”.

Al respecto, el Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología explica que “en este caso la situación crítica de la paciente durante la intervención obligó a modificar la técnica de tratamiento, con la información adecuada a la familia”. Así, “se informó exhaustivamente de la situación a su pareja, así como de la indicación de histerectomía en lugar de intento quirúrgico conservador, teniendo en cuenta la extrema gravedad y la asociación de miomas uterinos. Se informó del procedimiento y se entregó el documento de consentimiento informado”. Añade que informaron “de manera exhaustiva” a la paciente “nada más que estuvo en condiciones de recibir información”. Por otro lado, los peritos que informan a instancias de la compañía aseguradora atribuyen la omisión a la histerectomía en el documento de consentimiento informado a que se trata de una complicación “excepcional y secundaria a complicaciones surgidas durante el legrado, en este caso la hemorragia incoercible que estaba haciendo peligrar la vida de (la paciente) y que hacía imprescindible un tratamiento tan radical”.

En cuanto a que no se le informó de la existencia de miomas ni de que podrían producir hemorragias y provocar complicaciones en el legrado, en la propuesta de resolución se pone de relieve que “no existe una relación de causalidad directa entre la existencia de un útero miomatoso y el hecho del sangrado abundante en el procedimiento de legrado, por mucho que la reclamante insista en ello. La presencia de miomas subserosos, como es el caso, no suele interferir en la evolución del embarazo, que cursó normal. Si bien pueden contribuir a cierto grado de subinvolución uterina, no tienen relación con el hecho de la posible retención de material deciduocorial, ni por supuesto con el aumento de riesgo de sangrado en el procedimiento de legrado, ya que, como se demuestra en el estudio anatomopatológico tanto del material de legrado como en la pieza de histerectomía, no había miomas subserosos que pudieran tener algún impacto negativo por afectar (a) la cavidad uterina, por lo que no son causa directa de la hemorragia, ni mucho menos de frustrar el legrado evacuador”.

A falta de pericia en sentido contrario aportada por la reclamante, todos los informes obrantes en el expediente coinciden en calificar como correcta la actuación sanitaria del sistema público, tanto en la fase de diagnóstico como en la del abordaje terapéutico de la enfermedad, y afirman que la histerectomía es una complicación de carácter excepcional y secundaria a complicaciones surgidas durante el legrado evacuador, en este caso la hemorragia incoercible que estaba haciendo peligrar la vida de la paciente, y que a su vez no guarda relación con una mala práctica médica, sino que se trata de un riesgo de este tipo de intervenciones recogido en el documento de consentimiento informado suscrito 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

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.