



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 1 3 / 2 0 0 3

(Sección 1ª)

La Laguna, a 4 de febrero del 2003.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad y Consumo del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado por la reclamación de indemnización formulada por T.Á.C., por daños como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 99/2002 IDS)\**.

## F U N D A M E N T O S

### I

1. Por escrito de fecha 18 de junio de 2002, el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad y Consumo, por el procedimiento ordinario, interesa de este Consejo dictamen preceptivo, al amparo de lo dispuesto en los arts. 11.1.D.e), 12.3 y 20.1 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo y 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP), respecto de la Propuesta de Resolución (PR) que culmina el procedimiento de reclamación de indemnización incoado a instancia de T.Á.C., la reclamante, por presuntos daños, que imputa a la asistencia sanitaria prestada por los Servicios dependientes del Servicio Canario de la Salud, Hospital Materno-Infantil de Las Palmas de Gran Canaria por lo que reclama la cantidad de 150.253,03 euros.

2. La mencionada PR culmina un procedimiento administrativo en el que, con carácter general, se han cumplido las previsiones de índole legal y reglamentaria que ordenan y regulan tales procedimientos. A saber:

La reclamación ha sido interpuesta por la paciente, satisfaciéndose la exigencia que al respecto dispone el art. 31 de la LRJAP-PAC como titular de derecho legítimo.

---

\* **PONENTE:** Sr. Millán Hernández.

La legitimación pasiva corresponde a la Administración Autónoma titular del Servicio público a cuyo funcionamiento se imputa el daño.

La reclamación ha sido interpuesta dentro del preceptivo plazo de un año que, para la interposición de esta clase de reclamaciones, dispone el art. 4.2.2º párrafo RPAPRP. Cuando de daños físicos se trata, como es el caso, el inicio del cómputo coincide con el momento de la curación o la determinación del alcance de las secuelas (art. 4.2, 2º párrafo RPAPRP), que acontece con el alta, como en este caso, la cual tuvo lugar el 17 de diciembre de 1999. Como la reclamación tuvo entrada el 7 de abril de 2000, la reclamación fue formulada en plazo.

El procedimiento viene concluso con la preceptiva Propuesta de Resolución desestimatoria de las pretensiones de la reclamante, debidamente informada por los Servicios Jurídicos. Durante la tramitación del procedimiento se han observado las exigencias legales, como la emisión del preceptivo informe del Servicio afectado, la apertura del período probatorio y la audiencia al interesado.

Así mismo obra en el expediente la documentación complementaria del Jefe del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario de Canarias y del Jefe del mismo Departamento del Complejo Hospitalario Materno-Insular de Las Palmas, solicitada por este Consejo Consultivo.

## II

1. De la secuencia de hechos resultante de la documentación obrante en el expediente, se desprenden las siguientes conclusiones e incidencias:

Tras el ingreso inicial del 18-11-99 para el control de su hipertensión es dada de alta a los cuatro días. El 24-11-99 a las 8,45 horas le es inducido el parto, mediante rotura artificial de la bolsa amniótica y a las 9 horas con administración intravenosa mediante goteo de oxitocina. La aplicación de fórceps se practicó por la prolongación del parto para salvaguardar daños de origen tocológico. La aplicación del fórceps está indicada en situaciones de sufrimiento fetal a fin de acortar el período expulsivo, dadas las condiciones que concurrían, según los informes, presentación cefálica, dilatación completa y feto en II o IV del Plano de Hodge.

La duración media de un parto bajo monitorización continua suele durar varias horas. Ante la gravedad del cuadro postparto ante la presencia de la atonía uterina

se le practicó histerectomía que cesó la hemorragia, evitando consecuencias fatales, encefalopatía anóxica y exitus.

2. La reclamante imputa a la práctica del fórceps para la extracción del recién nacido la hemorragia y la histerectomía obstétrica.

Según los Servicios de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario de Canarias y del Complejo Hospitalario Materno-Infantil señalan:

"1. Ante la presencia de una hipertensión en un embarazo a término, la indicación correcta es la de inducir el parto como se realizó en el caso referido.

2. Durante la inducción del parto, se tomaron las medidas oportunas (monitorización fetal, analgesia epidural, vigilancia materna), que permitieron controlar en todo momento el estado de salud de la madre y del feto.

3. La duración del parto no fue excesiva, teniendo en cuenta la situación de partida.

Se indicó un fórceps para la extracción fetal, cursando el mismo sin incidentes. Con posterioridad, se revisó el canal del parto sin que se observaran puntos sangrantes en el mismo ni por tanto, desgarros cervicales sangrantes, señalándose que "la práctica de un fórceps no condiciona la presencia de una atonía uterina, es decir, la imposibilidad de contraerse el útero, lo cual produce una hemorragia profusa".

4. Con respecto al informe de anatomía patológica de la pieza extirpada, en el mismo figura que "el exocérnix se encuentra irreconocible estando sustituido por una masa de coloración rojo oscura, de consistencia blanda, que muestra abundantes esfacelos": Se describe así la situación normal de un útero en el postparto inmediato: el exocérnix en este caso no existe puesto que el cuello ha sido borrado por el proceso del parto, proceso que así mismo provoca la presencia de hemorragias intersticiales, con coloración roja de los tejidos, como es conocido por los obstetras cuando revisan el cuello uterino después de un parto.

5. "La operación cesárea no evita las hemorragias atónicas".

6. "La hemorragia atónica presentada después del parto fue tratada convenientemente por métodos médicos sin que los mismos fueran efectivos. En

estas condiciones fue adecuada y necesaria la práctica de una histerectomía para evitar la muerte de la paciente".

7. "La coagulopatía que se presentó como complicación, puede deberse a dos causas conjuntas: la pérdida sanguínea masiva con necesidad de politransfusión, que agota los factores de coagulación y es capaz por sí misma de producir una coagulación vascular diseminada, así como la presencia de una hipertensión durante el embarazo que favorece las situaciones de coagulación vascular diseminada".

8. "La actuación del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Materno-Infantil de Las Palmas, en el caso de T.Á.C., fue -según los informes médicos complementarios solicitados por este Consejo- correcta en todo momento obteniendo un recién nacido vivo y en buen estado y atendiendo con diligencia y acierto las complicaciones inevitables por hemorragia atónica que surgieron después del parto y que pudieron fácilmente acabar con la vida de T.Á.C..."

1. Ante un cuadro de preeclampsia, el que mostraba la gestante, la actitud es terminar la gestación si el feto está maduro. En el caso concreto que nos ocupa se realizó inducción del trabajo de parto para terminar el embarazo. No existe indicación alguna para la realización de una cesárea electiva sin trabajo de parto. Por el contrario, en una gestante con preeclampsia en la que está disminuida de forma patológica la volemia, la realización de una cesárea con una pérdida media de sangre de 1000 cc tiene más riesgo que un parto vía vaginal, en el que se estima una pérdida media sanguínea de 500 cc.

2. Los factores predisponentes de una atonía son:

- Alta paridad.
- Sobre distensión uterina.
- Trabajo de parto prolongado.
- Parto precipitado.
- Corioamnionitis.
- Uso de uterolíticos.
- Uso de anestésicos halogenados.
- Patología miomatosa uterina.

No existe factor predisponente alguno en la parturienta de referencia.

3. El método de extracción de un feto con riesgo de pérdida de bienestar fetal, encontrándose la parturienta en dilatación completa y el feto en III-IV plano de Hodge, es vía vaginal mediante la aplicación de fórceps, ventosas o espátulas."

En suma, de la documentación e informes médicos obrantes en el expediente se desprende que la hemorragia no derivó de la práctica del fórceps, sin que la operación de cesárea evite las hemorragias atónicas.

Por todo ello, este Consejo Consultivo considera que no ha quedado acreditada la concurrencia del nexo causal entre los daños sufridos por la reclamante y el funcionamiento del servicio sanitario, por lo que procede considerar ajustada a Derecho la PR.

## C O N C L U S I Ó N

Es conforme a Derecho la Propuesta de Resolución que desestima la pretensión resarcitoria, al no concurrir relación de causalidad entre el supuesto daño y el funcionamiento del servicio sanitario.