



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 2 7 5 / 2 0 0 8

(Sección 2ª)

La Laguna, a 2 de julio de 2008.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por C.F.G.R., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario. Mala praxis. Inadecuada utilización de forceps (EXP. 255/2008 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. El procedimiento cuya Propuesta de Resolución culminatoria se somete ahora a Dictamen de este Consejo trae causa de otro anterior que dio lugar al Dictamen 451/2007, emitido el 14 de noviembre de 2007, sobre la Propuesta de Resolución que concluía un procedimiento de responsabilidad patrimonial de la Administración autonómica, actuando a través del Servicio Canario de la Salud. Éste se había iniciado por reclamación de indemnización por daños que se imputan al funcionamiento del servicio público sanitario, en ejercicio del derecho indemnizatorio previsto en el art. 106.2 de la Constitución, por medio de escrito presentado el 24 de octubre de 2006 por C.F.G.R., si bien se realizan determinadas actuaciones de este procedimiento por medio de representante, cuyo poder se lo otorga la interesada *apud acta* durante la tramitación del mismo.

Todo ello, de acuerdo con lo establecido en los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias.

El Dictamen 451/2007 del Consejo Consultivo de Canarias no entró en el fondo del asunto por entender que era preciso retrotraer el procedimiento a fin de

* PONENTE: Sr. Fajardo Spínola.

completar su instrucción e integrar en el expediente determinada documentación, concediendo posteriormente nuevo trámite de audiencia a la interesada, con el objeto de dictar nuevamente Propuesta de Resolución que se sometería a Dictamen.

Por esta razón, ahora se remite de nuevo Propuesta de Resolución por la que también se desestima la pretensión de la reclamante, interesándose Dictamen de este Consejo por escrito de la Excm. Sra. Consejera de Sanidad, de 12 de mayo de 2008, con entrada en el Consejo Consultivo el 28 de mayo de 2008.

2. Así pues, en este momento damos por reproducido el contenido de nuestro anterior Dictamen en relación con la legitimación activa y pasiva, la prescripción, la tramitación del procedimiento y los hechos por los que se reclama.

3. Ha de entresacarse sin embargo de aquel Dictamen, la referencia que se hizo acerca de lo que señalaba la Propuesta de Resolución en relación a que si bien se había acreditado el daño y la relación de causalidad con la actuación sanitaria, sin embargo, desplazada hacia la Administración la carga de la prueba acerca de si, en este caso concreto, la intervención médica fue conforme a *lex artis ad hoc*. De las pruebas que obraban en el expediente terminaba por concluir la Propuesta de Resolución que, efectivamente, lo había sido; luego, no había daño antijurídico indemnizable.

Señalábamos, al respecto, en nuestro anterior Dictamen que, ciertamente, la Propuesta de Resolución partía de las consideraciones y conclusiones que se extraían de los informes que obraban en el expediente. Así, el informe del Servicio, en el que se hacían las siguientes consideraciones:

“Atendiendo al informe del Dr. P., Jefe del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario de Canarias, de fecha 13 de marzo de 2007, en el caso que nos ocupa se cumplían la condiciones necesarias para que el parto fuese atendido mediante fórceps, puesto que la presentación había alcanzado el tercer plano, la dilatación cervical era completa, la bolsa de las aguas estaba rota y existía sospecha de pérdida de bienestar fetal. No se preveía una intervención especialmente traumática puesto que la presentación (de la cabeza fetal) se encontraba ya parcialmente rota. Por lo tanto, la técnica empleada fue correcta.

La práctica de un fórceps condiciona que el paso de la cabeza fetal por el canal del parto sea más rápido que en un parto natural; por ello, los tejidos blandos del suelo de la pelvis no se distienden paulatinamente sino de manera

paulatinamente brusca, lo que aumenta las posibilidades de lesiones incruentas y cruentas de los tejidos. La aparición de estas lesiones es inherente a la propia técnica.

A pesar de que de le practicó la episiotomía (incisión en el contorno de la vulva para evitar las lesiones por desgarro) se produjo un desgarro que afectó al esfínter anal, hecho que se observa con mayor frecuencia en partos instrumentales que en partos espontáneos.

La episiotomía se suturó en el momento adecuado, incluyéndose la sutura del esfínter anal externo afectado.

La sintomatología que actualmente refiere la paciente de incontinencia anal (calificada como leve-moderada) está relacionada con el deterioro de los músculos del suelo pélvico, especialmente del esfínter interno del ano. Ello está a su vez relacionado con el proceso del parto y posiblemente facilitado por la extracción fetal rápida, necesaria para obtener un recién nacido en buen estado.

Según el informe de la Dra. P.A., médico especialista responsable de la Unidad de Suelo Pélvico del Servicio de Obstetricia y Ginecología del HUC, de fecha 18 de diciembre de 2006, las lesiones que padece actualmente son:

- 1. Incontinencia anal leve-moderada (que se relaciona con la rotura del esfínter anal).*
- 2. Disrupción del esfínter anal interno (en relación con el parto que tuvo lugar el 25 de octubre de 2005 en el HUC).*
- 3. Rotura oculta del músculo pubo-rectal derecho (constituye un hallazgo de la resonancia; esta lesión es asintomática y puede estar relacionada con el parto. El adelgazamiento del músculo pubo-rectal izquierdo puede corresponder a un estado de debilidad postparto).*
- 4. Alteración de la sensibilidad perinal sin afectación neurológica.*
- 5. Dispareunia (Los 4 y 5 probablemente se relacionan con la cicatriz de la episiotomía. Suele mejorar de forma espontánea con el tiempo).*
- 6. Bajo peso. Ferropenia.*

La Unidad de Suelo Pélvico del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario de Canarias evaluó los síntomas y las lesiones de la

paciente y aplicó las posibilidades terapéuticas establecidas que consisten, en primer lugar, en tratamiento conservador basado en la reeducación de la función deteriorada y en el fortalecimiento de la musculatura debilitada y/o lesionada por el proceso del embarazo y del parto. Además, se prescribió tratamiento médico con clorhidrato de loperamida, que tiene como objetivo mejorar la continencia a través del aumento del tono del esfínter anal interno.

Los síntomas pueden mejorar a medida que pasa el tiempo, incluso de forma espontánea. Si después de un tiempo variable (y según la gravedad de los síntomas) no se alcanza la mejoría deseada, se puede plantear la posibilidad de realizar una segunda intervención de reparación del esfínter anal”.

De aquellas consideraciones concluía el informe del Servicio que la atención a la paciente en cada momento del parto y posteriormente fue adecuada, pues:

1) La aparición del desgarro sufrido por la reclamante es inherente a la propia técnica del fórceps.

2) La episiotomía se suturó en el momento adecuado, incluyéndose la sutura del esfínter anal externo afectado (esfinteroplastia).

3) La sintomatología producida por el desgarro del esfínter anal fue tratada correctamente por la Unidad de Suelo Pélvico del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario de Canarias.

Ahora bien, como se indicaba en el Dictamen 451/2008, en cuanto a la aplicación de los fórceps la actuación del Servicio fue la adecuada, pues se ha justificado debidamente que concurrían los presupuestos para la utilización de la indicada técnica. Asimismo, se practicó, para evitar el desgarro, episiotomía media lateral derecha, siendo actualmente la técnica más indicada, ya que la media entraña mayor riesgo de desgarro por seguir la línea media natural en progresión.

Sin embargo, y es por lo que se decide la retroacción del procedimiento, no se acreditó en aquel momento que fuera adecuada la técnica de la episiotomía misma, ya no en cuanto al modo de la incisión, sino en cuanto al tamaño de ésta.

Así, si bien efectivamente -como ponía de manifiesto la Propuesta de Resolución- a la Administración le corresponde la carga de la prueba acerca de la adecuación a la *lex artis* de la actuación médica, no consta, sin embargo, informe alguno que se pronuncie sobre aquel punto: El tamaño de la incisión y su suficiencia o insuficiencia en relación con el tamaño del feto, al que la reclamante alude en su reclamación como una de las causas del desgarro. Mas, en el informe del Dr. P. tan solo se

responde a la alegación de la madre acerca de la influencia en aquel daño del tiempo de dilatación (punto 9 del informe de 13 de marzo de 2007), afirmando que el periodo de dilatación es normal, pero habiendo omisión de comentario alguno en relación con el tamaño del feto.

Sobre este aspecto, en la Sentencia 274/2006, de 7 de marzo, de la Sala de lo Contencioso administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Valencia (JUR 2006/24676), se vino a considerar, en orden a entender la existencia de *mala praxis*, los informes médicos periciales que ponían de manifiesto la relación existente entre el tamaño de la incisión de la episiotomía y el tamaño del feto en el desgarro producido. En nuestro caso, nada se indicaba sobre este aspecto.

A la vista de todo lo expuesto, la falta de respuesta propiamente a la alegación de la interesada sobre el tamaño de la incisión y su suficiencia en relación con el tamaño del feto, y el daño finalmente resultante, ciertamente inusual (o que, al menos, debería serlo) y, desde luego, manifiestamente desproporcionado en relación con la asistencia normalmente requerida para la realización de un parto, sin que conste tampoco antecedente personal alguno que permita vislumbrar la concurrencia de alguna otra causa en la producción del daño antes indicado, surgía una duda razonable, si no una clara sospecha, en torno a la corrección del modo de utilización de la técnica del forceps, en este caso; y, en particular, sobre la dimensión de la incisión (episiotomía) practicada para la extracción del feto.

Al objeto de desvanecer del todo dicha duda, en nuestro Dictamen 451/2008 se concluía la necesidad de que por la Administración se recabara un dictamen médico externo, a la vista del completo expediente que nos ocupa, a cursar a través del Colegio Oficial de Médicos de Las Palmas o de Santa Cruz de Tenerife, y, en su defecto, de cualquier otro que no tenga relación con el Servicio implicado.

Así pues, se remitió nuestro Dictamen a la Consejería de Sanidad a fin de que se realizara adecuadamente la instrucción del procedimiento y se remitieran los datos antes referidos.

II

1. Ahora se somete nuevamente a Dictamen de este Consejo Consultivo Propuesta de Resolución que culmina el procedimiento objeto de la retroacción dictaminada por este Organismo.

2.¹

III

Como se alega por la parte reclamante, ciertamente, de los informes complementarios del Servicio de Obstetricia y Ginecología ha de destacarse su carácter incompleto respecto de la información solicitada por este Consejo Consultivo y no acreditativo de que el daño producido fuera consecuencia de una actuación acorde a la *lex artis ad hoc*, y, por ende, deba soportar la perjudicada.

En el primer informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Complejo Hospitalario Materno Insular se indica, que *"(...) Dado que en la demanda se cita el peso fetal al nacimiento de 4.255 gramos como factor adverso para el parto vaginal, debo referir que el diagnóstico clínico o ecográfico de macrosomía fetal antes del nacimiento es incierto con un error de diagnóstico del 50% por lo que sólo se puede establecer, antes del nacimiento, el dato de sospecha de macrosomía, y, en relación con ello, en el protocolo de parto vaginal tras cesárea de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia se hace referencia expresa a dicho factor, refiriéndose que el peso estimado mayor de 4.000 gramos no constituye en sí mismo una contraindicación para una prueba de parto"*.

No responde adecuadamente esta consideración a las cuestiones que, concurrentes en el caso que nos ocupa, fueron objeto de la solicitud de informe complementario por este Consejo.

Y ello porque, en primer lugar, el problema de la macrosomía no se pone en relación con el tamaño de la episiotomía en ningún momento de este informe, y, en segundo lugar, porque tampoco se personaliza el supuesto de la macrosomía al caso concreto objeto de este procedimiento. Así lo pone de manifiesto la parte reclamante en su escrito de alegaciones de 21 de febrero de 2008. En el mismo se señala: *"Si bien la existencia de un feto con un peso por encima de 4000 gramos puede no constituir en sí mismo una contraindicación para una prueba de parto, según el protocolo de parto vaginal tras cesárea, de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, no es menos cierto que ese dato hay que ponerlo en relación con el tamaño de la madre. En este caso se trata de una mujer con una talla de 156 cm. y un peso de 58 kg., incluidos los 18 kg. ganados con el embarazo (folio 79 de la historia clínica), por lo que su peso habitual era de 40 kg., lo que supone un Índice de masa corporal de 16,5, claramente por debajo del límite inferior de*

¹ Texto suprimido al ser mera descripción de hechos y/o trámites.

normalidad establecido en 18. Es decir, se trata de una mujer de pequeño tamaño y corpulencia que da a luz a un feto de 4.255 kg. de peso.

Por otro lado, en los antecedentes de la madre (folio 78 de la historia clínica) ya consta que su anterior hijo pesó 4.075 kg., por lo que, aunque el diagnóstico clínico o ecográfico de macrosomía fetal antes del nacimiento pueda ser incierto, no es menos cierto que estos antecedentes ya debían haber hecho pensar en esa posibilidad que, unido al poco tamaño de la madre, suponía un riesgo de que se le produjera un desgarro en el momento del parto”.

Así pues, efectivamente, queda desvirtuada la argumentación ofrecida en el informe del Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología, pues había factores objetivos y razonables de predisposición de la paciente para sufrir los reconocidos, por otra parte, riesgos que entraña el uso de los fórceps. Mas, a pesar de ello, ni en el primer informe del Servicio, ni en el segundo, demandado en las alegaciones antes referidas por la parte reclamante, se acredita que la paciente tuviera una asistencia en el parto adecuada a sus condiciones particulares, tanto en cuanto a su propia talla, como a la del feto, a efectos de realizar la episiotomía practicada con la longitud apropiada al caso de la reclamante.

Si bien en el segundo informe emitido por el Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Materno Insular se “aclara” que “*en el tamaño que es necesario que tenga la episiotomía influyen factores de difícil cuantificación, tales como: plano mayor del polo cefálico, grado deflexión del polo cefálico, dimensión del periné, parto instrumental, etc. Todo ello hace que sea el buen juicio del profesional asistente el que determine, en el momento de su realización, la longitud necesaria para la episiotomía*”, sin embargo, en ningún momento, ni de la historia clínica de la paciente, ni de la documentación aportada a lo largo de la tramitación de este procedimiento se extrae ningún argumento que justifique que el criterio utilizado por el médico que asistió a la paciente se ajustó a aquellos parámetros, ni siquiera, que se tuvieran en cuenta; sólo consta que se realizó episiotomía lateral izquierda, sin referencia alguna a su longitud, demostradamente, a la vista de los datos obrantes en el expediente, insuficiente en el caso de la aquí interesada, lo que dio lugar a los daños por los que ahora se reclama.

Consecuencia de todo lo expuesto, entendemos que la Propuesta de Resolución no es conforme a Derecho, pues la reclamante ha de ser indemnizada por los

perjuicios sufridos como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de Salud por las razones ya expresadas.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución no es conforme a Derecho, pues del expediente se deduce la existencia del daño y su relación causal con la asistencia prestada por el Servicio Canario de la Salud, pues no se ha acreditado la adecuación de ésta a la *lex artis*. Por ello, procede la estimación de la pretensión resarcitoria de la reclamante, con la actualización de la cuantía prevista en el art. 141.3 LRJAP-PAC.