



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N   2 2 4 / 2 0 1 1

(Sección 1ª)

La Laguna, a 13 de abril de 2011.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado la reclamación de indemnización formulada por A.A.H.V., en nombre y representación de A.O.A.B., por el fallecimiento de su esposa H.B., como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 139/2011 IDS)\*.*

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

### I

1. Mediante escrito de 1 de marzo de 2011, con entrada en este Consejo el día 15 del mismo mes, el Consejero de Sanidad interesa preceptivamente, al amparo de lo dispuesto en los arts. 11.1.D.e), 12.3 y 20.1 de la Ley 5/2003, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación con el art. 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPRP), Dictamen por el procedimiento ordinario sobre la Propuesta de Resolución (PR) del procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado al presentarse reclamación de indemnización por el fallecimiento de H.B., esposa del reclamante, que se alega producido a consecuencia de falta de control en el proceso del parto, ocasionándose infección y problemas de coagulación, sin cuantificarse la solicitud en el escrito de reclamación al considerarse imposible, posponiéndose a la tramitación de la reclamación.

2. La Propuesta de Resolución culmina un procedimiento administrativo en el que se han aplicado las previsiones de índole legal y reglamentaria al respecto, con los efectos no invalidantes ya expuestos anteriormente por este Organismo.

---

\* **PONENTE:** Sr. Lazcano Acedo.

Por otro lado, la reclamación ha sido presentada por persona legitimada para ello, el esposo de la fallecida, acreditadamente, siendo por ello titular de interés legítimo para iniciar el procedimiento (arts. 142.1 y 31.1.a) de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, LRJAP-PAC).

La presentación de la reclamación ha de efectuarse dentro del plazo de un año previsto en los arts. 142.5 LRJAP-PAC y 4.2 RPRP. En este caso, el fallecimiento de la esposa del reclamante ocurrió el 25 de febrero de 2002 y la notificación del auto de sobreseimiento de la causa penal abierta en su día es de 6 de julio de 2006, presentándose el escrito al efecto el 5 de julio de 2007; es decir, en plazo.

3. La reclamación fue correctamente admitida a trámite, de conformidad con lo que dispone el art. 6.2 RPRP, constando la realización de los actos necesarios para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debe pronunciarse la Resolución (arts. 7 RPRP y 78 y siguientes LRJAP-PAC). Especialmente, se ha solicitado y emitido informe del Servicio causante del daño, que es el de Obstetricia y Ginecología (art. 10.1 RPRP); realizado el trámite probatorio, básicamente documental porque el interesado no aportó el informe pericial que había anunciado (art. 9 RPRP); y efectuado el trámite de vista y audiencia al interesado (art. 11 RPRP), al que no compareció éste.

El procedimiento viene concluso con la procedente Propuesta de Resolución, que ha de ser el objeto formal del Dictamen, que desestima la reclamación, habiéndose evacuado sobre el expediente informe del Servicio Jurídico (art. 20.j) de su Reglamento de Organización y Funcionamiento, aprobado por Decreto 19/1992, de 17 de febrero) que es de conformidad.

Finalmente, ha de observarse que se incumple, en muy considerable medida y sin justificación posible, ni siquiera planteada en el expediente, el plazo resolutorio por causa imputable a demoras en la instrucción innecesarias. A lo que no obsta que proceda emitirse resolución expresa y que pueda hacerse, pudiéndose entender desestimada la reclamación hace mucho tiempo, en el sentido adoptado (arts. 13.3 RPRP y 42.1 y 43.1, 2 y 4.b); y 142.7 LRJAP-PAC)

## II

1. La paciente ingresa a las 09.43 horas del día 23 de febrero de 2003 “sin dinámica uterina” y con rotura de bolsa de cinco horas, pasando a planta a las 20.30 horas con normalidad en el control de las constantes. Se induce luego el parto,

alcanzando dilatación completa a las 09.20 horas del día siguiente, pero se utiliza a las 9.35 horas fórceps, ante la sospecha de amnionitis, sin encontrarse anomalías pero produciéndose hemorragia importante, sin que el tratamiento aplicado disminuya las pérdidas hemáticas.

Además, para conservar el útero se practica sutura al nivel de arterias uterinas y utérico ováricas, que fracasa; se practica histerectomía sin anexectomía apreciándose coagulopatía de consumo (coagulación intravascular diseminada, CID) que se trata con transfusión y factores de coagulación, sin resultado.

Se decide realizar estudio vascular pélvico y eventual embolización selectiva de vasos sangrantes, pero el Servicio de Radiología Intensiva no objetiva ningún vaso sangrante, por lo que se traslada a la paciente a la UVI a fin de mejorar el cuadro hemodinámico y plantearse una nueva intervención quirúrgica, aunque la paciente presenta parada cardiorrespiratoria que conduce finalmente a su éxitus.

Al respecto cabe advertir que, en su escrito de denuncia ante el Juzgado competente, el reclamante mantiene que, tras llevar a su esposa a dilatación le dieron más potencia de lo normal, lo que causó una explosión de los vasos sanguíneos, y consiguiente hemorragia que no se pudo controlar durante 12 horas sin ser llevada a UVI urgentemente como debería haberse hecho. Además, afirma que la hemorragia comenzó después del parto, siendo ello indicativo de haber operado sin consentimiento negligentemente.

2. Respecto a la causa de la muerte, en el informe forense de 11 de marzo de 2003 se indica, de forma manuscrita, que la causa inmediata fue hemorragia interior por coagulopatía, añadiéndose la observación de presunta malpraxis médica.

En ulterior informe forense, de 24 de diciembre de 2003, que se dice completa los apartados 5º y 6º de otro informe anterior que no obra en las actuaciones, y que, en principio, debiera incorporarse al expediente, se indica que el estudio microscópico acredita embolia de líquido amniótico, así como edema alveolar intersticial, microhemorragias epiplónicas, posible necrosis tubular aguda, infiltrado hemorrágico difuso, quistes ováricos hemorrágicos-hemáticos e infiltrado hemorrágico difuso en cérvix. Por otra parte, queda pendiente de ampliar si la atonía uterina de la paciente, manifestada desde las 18 horas del 23 de febrero de 2003 a las 10.03 horas del 24 de febrero de 2003, indicaba la realización de una cesárea. Asimismo las razones por las que durante la laparotomía para descubrir vasos sangrantes no se controló la hemorragia postparto, observada antes de finalizar la

intervención; no se hizo constar en la historia clínica la extirpación de los ovarios; y se erró el diagnóstico principal, pues la causa de la muerte es tanto embolia de líquido amniótico, como hemorragia puerperal severa, y no solamente ésta última.

No obstante, concluye que la muerte se produjo por la indicada embolia.

En un último informe forense, de 28 de mayo de 2006, sin resolver las cuestiones antes planteadas, se mantiene que la paciente sufrió un proceso de embolia de líquido amniótico secundario a hemorragia por fallo de coagulación y atonía uterina. En relación con las hemorragias obstétricas graves, advierte que tienen cuatro causas: falta de contracción del útero gestante o atonía uterina, desgarros vasculares, dificultades al extraer la placenta y trastornos de coagulación. Luego, añade que, si el diagnóstico de CID subclínica fue realizado, la presencia de un hematólogo en quirófano es aconsejable, así como el uso de crioprecipitados (fibrinógeno), incrementándose el riesgo si hay invasión del parametrio, pues estos casos requieren histerectomía, como así fue en éste, siendo su realización notablemente dificultosa. Para los casos de atonías y los acretismos placentarios se recomienda la técnica de clampeo elástico parametrial bilateral, con control selectivo de los pedículos uterinos y cervicales.

En este orden de cosas, se informa que la paciente tenía antecedentes de anomalías gestacionales, tales como embarazo ectópico y pruebas de coagulación caracterizadas de hipofibrinogenemia, con líquido libre al ingreso. Con todo, se considera que la praxis fue apropiada durante el parto siendo la paciente tratada a medida que iban surgiendo las complicaciones dentro de lo que puede considerarse como una buena praxis, surgiendo aquéllas porque la paciente tenía antecedentes genético/patológicos, siendo el curso clínico correlacionable con dichos antecedentes y predecible pero inevitable. En definitiva, concluye que no hay mala praxis de los facultativos intervinientes en la operación en cuanto a la práctica de ésta.

3. En relación con los términos médicos utilizados en el expediente, relativos a las condiciones, antecedentes o estado de la paciente y conectados a la asistencia efectuada y, eventualmente, causantes de su fallecimiento final, se observa lo siguiente:

- Ruptura prematura de membranas. Puede ser provocada por una infección bacteriana o por un defecto en la estructura del saco amniótico, el útero o el cérvix. Cuando esto sucede, es necesario que la madre reciba tratamiento, pero en orden a evitar la posible infección del neonato.

- Atonía uterina. Es la pérdida del tono de la musculatura del útero, que puede ser originada por retención de un resto placentario o por infección. Las contracciones del miometrio comprimen los vasos sanguíneos desgarrados durante el parto, reduciendo el flujo sanguíneo en la pared uterina, por lo que una carencia de dichas contracciones puede causar una hemorragia obstétrica siendo el 75 a 80% de las hemorragias postparto causadas por atonía uterina. Justamente, entre los factores que la predisponen en la zona recta están el cansancio uterino por un parto prolongado y la corioamnionitis.

Embolia de líquido amniótico. Es una complicación obstétrica frecuentemente mortal al poder producir coagulación intravascular diseminada (CID). Es una dolencia grave del embarazo responsable del 10 al 20% de mortalidad materna, caracterizada por hipotensión abrupta, hipoxia y coagulopatía de consumo. En el 70% de los casos ocurre durante el trabajo de parto, en el 19% durante la cesárea y en el 11% después del parto vaginal. Su etiología no es conocida, pero se conecta con una combinación de los factores hemodinámicos que llevan a hipertensión pulmonar transitoria, hipoxia profunda y fallo cardíaco ventricular izquierda, seguida en el 40% de los casos de CID. La rotura de las membranas uterinas y su retracción favorecen el contacto del líquido amniótico con los vasos sanguíneos del segmento uterino, mientras que las contracciones uterinas posibilitan la penetración del líquido en la circulación materna, razón por la que la embolia se asocia a partos prolongados. El pronóstico es malo, con índice de mortalidad del 60% y lesiones neurológicas graves en las sobrevivientes.

- Amnionitis. Es una infección inespecífica de la cavidad amniótica, de sus anexos y eventualmente del feto, que se origina durante la gestación a partir de las 22 semanas o en el transcurso del parto. Se puede desarrollar cuando se produce una rotura de las membranas de la bolsa de líquido amniótico durante un largo período, siendo factor asociado el trabajo de parto prolongado. Como complicaciones, tiene la atonía uterina y las hemorragias intraventriculares severas.

- Hipofibrinogenemia. Es la ausencia de fibrinógeno en sangre, que es factor que permite la coagulación.

### III

1. A la vista de los datos disponibles y las precisiones antes expuestas, resulta que las causas que pueden haber incidido en las circunstancias del parto de la

fallecida y, en alguna medida, en su fallecimiento son varios y pueden estar, además, relacionados de diferente forma, pudiendo haber contribuido diversamente a ese desenlace.

Así, sin existir explicación al respecto, se mantuvo a una paciente con antecedentes que debían conocerse en este ámbito, por las posibles consecuencias perfectamente estudiadas, en un excesivo tiempo de espera que predispone, esta circunstancia por sí sola, a la atonía uterina, que en efecto tuvo la paciente y que conduce a embolia de líquido amniótico y CID, proceso favorecido eventualmente por infección derivada de la rotura de membranas, que existió durante más de cinco horas.

No se cuestiona el último informe forense en cuanto que afirma que, sospechada la amnionitis y producida la hemorragia, se practica histerectomía y se detecta CID, efectuándose el tratamiento procedente en cada paso y dolencia, incluso con remisiones por último a UVI.

Sin embargo, no solo constan los antecedentes de la paciente de embarazo ectópico y de hipofibrinogenemia, circunstancia que requería la presencia en el parto de hematólogo y el suministro de fibrinógeno desde el principio, sino que la paciente tenía atonía uterina, conectable a la rotura de membranas y amnionitis, posiblemente derivada de ésta.

Y no solo consta el uso de la técnica que se informa adecuada al caso, sino el motivo de descartar la cesárea y, desde luego, no evitar el parto prolongado, especialmente en esa situación, que conduce, como se dijo, a tal atonía y posible embolia, con sus consecuencias de CID, especialmente en pacientes con antecedentes como los de la afectada.

2. En consecuencia, procede retrotraer las actuaciones en orden a que, con ulterior trámite de vista y audiencia al interesado y correspondiente formulación de Propuesta resolutoria acorde con todo ello, se emita por especialista del SCS de otro Centro distinto al actuante, con remisión de la documentación al efecto pertinente del expediente, información complementaria sobre los extremos que a continuación se expresan.

- Constancia de antecedentes en la paciente de pérdidas de líquido amniótico y momento de tal conocimiento, determinando sus efectos en este caso y los medios para evitar o minimizar, en su caso, los mismos.

- Idéntica información sobre la amnionitis de la paciente, con posible producción por la existencia durante al menos cinco horas de rotura de membranas y bolsa, así como conexión de aquella con la atonía uterina y embolia de líquido amniótico sufridas.

- Lo mismo en relación con el antecedente de hipofibrinogenemia de la paciente, con determinación de medidas preventivas en el embarazo o técnicas adecuadas en el parto.

- Dadas las circunstancias, si procedía la cesárea en todo caso, aparte de las medidas que los antecedentes de la paciente exigían en el parto y aún en el embarazo, en lugar del parto vaginal y, al menos, si se debió efectuar en lugar de prolongar el parto tanto tiempo por la presencia de atonía y amnionitis, así como por el menor riesgo de embolia.

## C O N C L U S I Ó N

De acuerdo con lo razonado en el Fundamento III procede la retroacción de las actuaciones, en orden a efectuar las acciones que se indican en el apartado 3 del mismo, para poder pronunciarse sobre el fondo del asunto planteado.