



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 4 2 4 / 2 0 1 2

(Sección 1ª)

La Laguna, a 1 de octubre de 2012.

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 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. 359/2012 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. Mediante escrito de 12 de julio de 2012, la Consejera de Sanidad interesa, preceptivamente, de este Consejo, 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 (LCCC) y en el art. 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por R.D. 429/1993, de 26 de marzo (RPAPRP), Dictamen por el procedimiento ordinario sobre la Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial incoado en relación con el fallecimiento de H.B., esposa del reclamante, a consecuencia, según se alega, de "falta de control en el proceso del parto, lo que ocasiona una infección (y) problemas de coagulación". El daño consiguiente no se cuantifica en el escrito de reclamación inicial, "por resultar imposible", posponiéndose a la tramitación del procedimiento su valoración.

2. La mencionada Propuesta de Resolución culmina un procedimiento administrativo tramitado de acuerdo con las normas legales y reglamentarias que lo regulan.

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

Al respecto se advierte que es la segunda ocasión en la que este Consejo ha de pronunciarse sobre este asunto, pues ya en su día emitió su DCC 224/2011, de 13 de abril, en el que no entró en el fondo por entender procedente la retroacción de actuaciones en orden a la emisión de informe complementario por especialista, así como la aportación a las actuaciones de un primer informe forense omitido en el expediente entonces remitido.

La reclamación ha sido interpuesta por persona legitimada para ello, esposo de la fallecida, según se acredita y, por ello, titular de un interés legítimo [arts. 31.1.a) y 142.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, LRJAP-PAC].

La reclamación se presentó dentro del preceptivo plazo de un año previsto en el art. 4.2.2º párrafo del RPAPRP, previsto para determinar la prescripción de la acción para reclamar. Así, el fallecimiento tuvo lugar 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, y la reclamación tuvo entrada el 5 de julio de 2007. Ahora bien, en la diligencia de notificación, por comparecencia, hay dos fechas. Una, la de 3 de julio de 2006, indicándose de forma manuscrita "notificación auto sobreseimiento de fecha 3/7/06". Otra, en sello del procurador, en la fecha antedicha.

La reclamación fue calificada y admitida a trámite, de conformidad con lo que dispone el art. 6.2 RPAPRP, constando la realización de los actos de instrucción necesarios para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debe pronunciarse la Resolución [art. 7 RPAPRP]. Especialmente, el preceptivo informe del Servicio relacionado con el hecho lesivo, que es el de Obstetricia y Ginecología (art. 10.1 RPAPRP); la realización del trámite probatorio, básicamente documental, pues el interesado no aportó finalmente el informe pericial que había anunciado (art. 9 RPAPRP); y la apertura del trámite de audiencia (art. 11 RPAPRP), al que la parte no compareció.

En el procedimiento se emitió Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación, informada de conformidad por el Servicio Jurídico [art. 20.j) de su Reglamento de Organización y Funcionamiento, aprobado por Decreto 19/1992, de 17 de febrero], reiterada por la que, tras las actuaciones complementarias realizadas a resultas del antes citado Dictamen, se formuló. En todo caso, se incumple el plazo resolutorio, aunque esta considerable dilación no obsta la resolución expresa, sin perjuicio de los efectos que pudiera comportar (arts. 41, 42.1, 43.1, 141.3 y 142.7 LRJAP-PAC).

II

1. De las actuaciones remitidas resultan los siguientes hechos y actuaciones, sintéticamente:

- La paciente ingresa a las 09:43 horas del día 23 de febrero de 2003 "sin dinámica uterina", con rotura de bolsa de cinco horas.

- Ingres a en planta a las 20.30 horas siendo normal el control de las constantes, induciéndosele el parto y alcanzando la dilatación completa a las 09:20 horas del día 24 de febrero de 2003.

- A las 09:35 horas se practica fórceps "ante la sospecha de amnionitis". Se produce "hemorragia importante", sin encontrarse anomalías; se aplica tratamiento, "sin lograr que disminuyan las pérdidas hemáticas".

- A fin de conservar el útero, se practica sutura al nivel de "arterias uterinas y utérico ováricas", que fracasa.

- Se decide "practicar histerectomía sin anexectomía", pero se instaura una "coagulopatía de consumo" -coagulación intravascular diseminada, CID-, que se trata con transfusión y factores de coagulación, sin resultado.

- Se decide la "práctica de 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) plantear una nueva intervención quirúrgica, pero la paciente presentó parada cardiorrespiratoria que conduce finalmente a su éxitus".

2. El reclamante en su escrito de denuncia ante el Juzgado indica que tras conducir a su esposa a dilatación "le dieron más potencia de lo normal", lo que causó una "explosión de los vasos sanguíneos", y una hemorragia subsiguiente, que no se pudo controlar, durante 12 horas, cuando "debería haber ido urgentemente a la UVI".

- Además, precisa que la hemorragia comenzó "después del nacimiento (...) lo que demuestra la negligencia de haber operado sin consentimiento".

3. En cuanto 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" de la muerte fue la de "hemorragia interior por coagulopatía", con 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- se manifiesta el estudio microscópico acredita "embolia de líquido amniótico", además de "edema alveolar intersticial, microhemorragias epiplónicas, posible necrosis tubular aguda, infiltrado hemorrágico difuso (...) quistes ováricos hemorrágicos-hemáticos e infiltrado hemorrágico difuso en cérvix (...)". Por otro lado entiende que ha de ampliarse el estudio en orden a averiguar si la atonía uterina -que la paciente tuvo desde las 18:00 horas del 23 de febrero de 2003 hasta las 10:03 horas del 24 de febrero de 2003- no indicaba la pertinencia de una cesárea; por qué durante la laparotomía para descubrir vasos sangrantes "no se controló la hemorragia postparto, que sí fue observada en el cadáver, antes de finalizar la intervención; la razón por la que no se hizo constar en la historia clínica la extirpación de los ovarios; y la causa del error de diagnóstico, ya que la causa de la muerte es la de "embolia de líquido amniótico y hemorragia puerperal severas y no solamente ésta última".

La conclusión de este informe es que la muerte se produjo por tal embolia.

En un tercer informe forense de 28 de mayo de 2006, no se da respuesta, sin embargo, a las cuestiones antedichas, explícitamente, separándose sin justificación aparente de la línea seguida anteriormente.

El forense informa que la paciente sufrió "un proceso de embolia de líquido amniótico, secundario a una coagulopatía y a una atonía uterina", centrándose seguidamente en las "hemorragias obstétricas graves", que tienen cuatro causas: "falta de contracción del útero gestante", que es lo que se denomina atonía uterina, desgarros vasculares, dificultades al extraer la placenta y "trastornos de coagulación", causa esta última que en el informe forense se remarca.

Así, indica que la paciente sufrió un proceso de embolia de líquido amniótico, secundario a coagulopatía y a atonía uterina. Luego se centra en analizar las hemorragias obstétricas graves, a la que atribuye cuatro causas: falta de contracción del útero gestante (atonía uterina), desgarros vasculares, dificultades al extraer la placenta y trastornos de coagulación; causa esta última que se remarca.

En cuanto a la técnica quirúrgica a seguir indica que, disponiéndose del diagnóstico de CID, resulta pertinente la presencia de un hematólogo en quirófano, con uso de crioprecipitados fuente de factor 8 y 1 (fibrinógeno), con incremento del riesgo de hemorragia si hay invasión del parametrio, produciendo histerectomía, de realización dificultosa, y reconociéndose en casos de atonía uterina y los acretismo

placentarios el clampeo elástico parametrial bilateral, con control selectivo de los pedicuros uterinos y cervicales.

Advierte también que la paciente tenía antecedentes de anomalías gestacionales (embarazo ectópico) y se disponía de pruebas de coagulación, con resultado de hipofibrinogenemia, y líquido libre al ingreso.

En definitiva, ponderando todos esos factores, considera que la asistencia en el parto a la paciente fue correcta, actuándose según los problemas surgían debidamente. Al efecto señala que las complicaciones producidas aparecen en función de los antecedentes genético/patológicos de la paciente, pues el curso clínico es relacionable con ellos, de modo que podían ser predecibles, pero también inevitables. Por eso, concluye que no se aprecia *mala praxis* por parte de los facultativos intervinientes.

III

1. A la vista de la información emitida, se realizan las observaciones siguientes.

- La ruptura prematura de membranas. Puede estar provocada por una infección bacteriana o por un defecto en la estructura del saco amniótico, el útero o el cerviz, requiriéndose que la madre reciba tratamiento para evitar la posible infección del neonato.

- La 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 las mismas en el posparto puede causar una hemorragia obstétrica. Así, entre 75-80% de las hemorragias postparto son causadas por atonía uterina, siendo factores predisponentes el cansancio uterino por un parto prolongado y la corioamnionitis.

- La embolia de líquido amniótico. Complicación obstétrica frecuentemente mortal al generar coagulación intravascular diseminada (CID), como dolencia grave del embarazo que es responsable del 10 al 20% de mortalidad materna. Se caracteriza por hipotensión abrupta, hipoxia y coagulopatía y ocurre en el 70% de los casos durante el trabajo de parto, en el 19% en la cesárea y en el 11% tras parir. Su etiología no está determinada, aunque se considera que subyace una combinación de factores hemodinámicos que llevan a hipertensión pulmonar transitoria, hipoxia profunda y falla cardíaca ventricular izquierda, seguida de CID en un 40% de casos.

El líquido amniótico media la circulación materna a través de los vasos uterinos, después de la quiebra de la barrera fisiológica que normalmente existe entre los compartimientos fetal y materno, de modo que la rotura de las membranas 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 está asociada a partos prolongados.

Por otra parte, el shock que genera debe ser tratado con reposición volémica y agentes como dopamina, dobutamina, noradrenalina y digitálicos. La CID es tratada con infusión de sangre fresca y sus componentes: concentrados de plaquetas, crioprecipitados y plasma fresco congelado. 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 (bolsas o membranas amnióticas) y eventualmente del feto, originada durante la gestación a partir de las 22 semanas o en el transcurso del parto. Se produce con la rotura de las membranas (bolsa de líquido amniótico) por un largo período, siendo factor asociado el trabajo de parto prolongado. Como complicaciones tiene la atonía uterina y las hemorragias intraventriculares severas.

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

2. Cabe advertir, pues, que los problemas o dolencias indicados y sus factores predisponentes respectivos son conectables, pudiendo ocurrir que en las actuaciones se produjeran circunstancias que generaran tal conexión inevitablemente, con las consecuencias conocidas. Pero también que, de no haberse producido pudiéndose evitar, o bien, ocurriendo de otro modo con la pertinente previsión, tales circunstancias se hubieran evitado, en particular el fallecimiento de la paciente.

Así, en la propia información forense se plantea cual puede ser la razón que justifique el mantenimiento de esta paciente, con sus conocidos antecedentes, mucho tiempo en espera, prolongándose el parto cuando se conocía que tenía predisposición a atonía uterina; cuestión que puede ser relevante o decisiva, pero que no se contesta, ni siquiera en el último informe forense emitido.

Por otro lado, se duda sobre si, dadas las circunstancias, la solución hubiera podido ser la extracción del feto por cesárea, actuación que habría reducido al 19% las posibilidades de una embolia amniótica y la posterior hemorragia. Sobre todo de

existir infección, cuya aparición no se determina si ocurre antes del parto o durante las cinco horas en las que estuvo rota la bolsa, siendo ello posible.

Desde luego, no se discute la afirmación del último informe forense de praxis correcta en el quirófano, al menos tras apreciarse hemorragia, actuándose según *lex artis*. Pero, a los fines que aquí importan y como reconocen los forenses, resulta que se reconoce disponerse de pruebas de coagulación de la paciente, caracterizadas por hipofibrinogenemia, al ingreso. Lo que, cuando menos, hacía recomendable que en el parto hubiera un hematólogo y se asegurase el suministro de fibrinógeno desde el principio. Es más, un tanto contradictoriamente, se aduce que, en caso de atonía, supuesto que efectivamente se presenta, la técnica a utilizar es la de clampo elástico parametrial bilateral, con control selectivo de los pedículos uterinos y cervicales, sin constar que se hubiere utilizado al inicio del parto.

También se aduce que las complicaciones en el parto y correctamente tratadas se relacionan con el hecho, reconocido, de que la paciente tenía antecedentes genético/patológicos, manifestándolo el curso clínico, siendo los problemas presentados predecibles pero inevitables. Pero no sólo tal afirmación se realiza sin demostración o prueba objetiva al efecto, siendo en efecto inevitable en cualquier caso el problema, sin más, sino que nada se dice sobre que se informaran a la paciente al respecto, o bien, que cupiera adoptar medidas preventivas o alternativas durante el embarazo o al menos desde el principio del parto que las limitaran u obviarán, en especial sus efectos y, sobre todo, la muerte de la paciente.

3. En definitiva, este Organismo entendió que la determinación de la corrección en la actuación sanitaria producida y, por ende, el adecuado pronunciamiento sobre las cuestiones que han de ser su objeto (art. 12.2 RPAPRP), requerían respuestas a diversas cuestiones, algunas incluso planteadas en las propias actuaciones, como se dijo, pero sin ser aclaradas en los informes forenses o en documento obrante en el expediente.

Así, era pertinente determinar desde cuándo la paciente tenía pérdidas de líquido amniótico o padecía amnionitis; si la rotura de bolsa cinco horas antes del ingreso es relevante a estos efectos, al menos de infección, con sus posibles consecuencias para la aparición de las antedichas dolencias; el momento de conocerse que la paciente sufría hipofibrinogenemia, con la correspondiente actuación, en relación con sus antecedentes o características genéticas; si podían adoptarse medidas preventivas en el embarazo o durante el parto que evitaran o

limitaran complicaciones presentadas; o bien, si cabía alternativa al parto vaginal o al menos para limitar su duración; si la atonía uterina es tratable en el proceso del embarazo o en el parto.

4. En esta tesitura este Organismo decidió no pronunciarse sobre el fondo del asunto y emitió el antedicho Dictamen 224/2011, de 13 de abril, en los términos ya referidos.

Justamente, el informe complementario a emitir debería serlo por especialista del SCS de otro Centro distinto al actuante, pero, sin embargo, fue impertinente solicitado, por obvias razones formales y materiales, al mismo Jefe del Servicio de Ginecología que había informado previamente.

En todo caso, se debía informar sobre los concretos extremos, explícitamente determinados, que siguen:

- 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”.

Tras varias reiteraciones infructuosas se emite por el Jefe del Servicio de Ginecología informe de 30 de mayo de 2012, con el siguiente contenido:

“A la vista de la documentación presentada se trata de una paciente que ingresa en el Servicio con el diagnóstico de BOLSA ROTA, sin reseñar presencia de meconio. Este hecho obliga, como así se hizo, al seguimiento del proceso para que el parto no se prolongue y se resuelva en un tiempo prudencial, que varía según los protocolos:

En este caso en un tiempo más que aceptable de 24 horas se había resuelto el parto por fórceps, sin signos de dallo fetal que nació con un Apgar de 9/9 y ph de 7.21.

En el curso del periodo de dilatación aparecieron signos, hipertermia materna y taquicardia, que hacen sospechar presencia de AMNIONITIS, por lo que realiza tratamiento con antibióticos para prevenir sus posibles efectos en caso de confirmarse.

El alumbramiento de placenta y anejos, se asiste de forma dirige, correctamente y sin que se produzcan incidentes.

De forma brusca, como es habitual, se instaura una hemorragia grave del alumbramiento que es asistida siguiendo los protocolos internacionalmente aceptados y en sucesión correcta, incluso con intento de cateterización de vasos. Todo ello en el contexto de una embolia del líquido amniótico (mortalidad del 60%) con coagulación vascular diseminada, que termina desgraciadamente con el exitus de la paciente. Desgraciadamente, se da uno de los cuadros masgraves que se pueden dar en un parto”.

5. A la vista de lo informado, aparte del incumplimiento, que se estima relevante, de no evacuarse el informe por el especialista requerido, parece claro que voluntariamente no se contesta, de modo apropiado al caso y al fin que importa, sobre las cuestiones sobre las que este Consejo requería parecer técnico independiente y preciso. Así, persiste el problema planteado al respecto y, en orden a determinar la corrección de la asistencia, no se resuelve el principal punto consistente en que la paciente presentaba amnionitis y atonía uterina, con un parto prolongado en exceso y rotura de bolsa amniótica, generándose en este proceso infección, hemorragia obstétrica y embolia de líquido amniótico, sin efectuarse cesárea.

Por lo demás, y significativamente, el informe forense de 24 de diciembre de 2003 remitido a solicitud de este Organismo apunta la problemática expuesta, sin aclararse su contenido con los informes posteriores, suficiente o aún razonadamente, al exigirse al efecto las declaraciones de los intervinientes, según el propio informe, para resolver, los extremos siguientes:

Pertinencia de cesárea por la larga duración del parte y la persistencia de atonía uterina y existencia amnionitis; descontrol de la hemorragia post parto, sin duda producida; omisión en historia clínica de la extirpación de los ovarios; error de

diagnóstico sobre la causa de la muerte, básicamente la embolia de líquido amniótico, aun existiendo hemorragia puerperal severa también.

IV

En definitiva, continúa sin proceder no sólo que se emita por este Organismo pronunciamiento sobre las cuestiones relativas al fondo del asunto expuestas, sino, en todo caso, considerar debidamente fundada la Propuesta de Resolución analizada, no justificándose en las presentes circunstancias tanto la corrección de la actuación sanitaria efectuada, al menos en su conjunto, como la inexistencia de nexo causal entre la asistencia prestada y el fallecimiento de la paciente y, por tanto, que no existe responsabilidad de la Administración sanitaria por tal resultado dañoso.

En este sentido, ha de reiterarse la necesidad de subsanar el problema procedimental causante en la forma ya explicitada por este Organismo en su anterior Dictamen. Esto es, procede que se retrotraigan las actuaciones para la emisión de informe complementario a emitir por especialista en ginecología y obstetricia del SCS diferente al informante inicialmente, que, desde luego, se pronuncie, clara y específicamente, sobre todos y cada uno de los extremos indicados en tal Dictamen previo y recordados en el Fundamento IV del presente.

Además, también debe informar sobre las cuestiones que inciden en este asunto, y relacionadas en cierto modo con los antedichos extremos, que se dejan sin resolver en el informe forense de 24 de diciembre de 2003 y, en relación con ello, si en el parto se procedió como indica el informe forense de 28 de mayo de 2006, con presencia de hematólogo, uso de crioprecipitados de fibrinógeno y empleo de clampeo elástico parametrial bilateral o, de lo contrario, el motivo para ello, especificando su adecuación médica.

Y, en fin, dadas las circunstancias del caso, conocidas durante el embarazo y antes del parto los antecedentes y características de la paciente, siendo por tanto claros los riesgos del mismo, hasta el punto de ser calificadas de previsibles las complicaciones surgidas en cuanto podían aparecer por tal motivo y lo confirma el curso clínico, debe determinarse si ello fue debidamente informado a la paciente, a su marido o a ambos, consintiendo en la actuación subsiguiente pese a ello, con asunción de tal riesgo y sabida claramente su posible consecuencia fatal. En esta línea y en todo caso, debe constar consentimiento precedentemente informado y particularizado al caso y la paciente.

Posteriormente a la producción de toda la información complementaria requerida, se abrirá trámite de vista y audiencia y, consecuentemente con los datos de la instrucción realizada, se formulará nueva Propuesta de Resolución, que deberá ser sometida al pronunciamiento de este Organismo.

C O N C L U S I Ó N

De acuerdo con lo expuesto, no puede considerarse adecuadamente fundada la Propuesta de Resolución analizada, debiendo retrotraerse de nuevo el procedimiento para completar pertinentemente la instrucción del mismo, con realización de los trámites señalados en el Fundamento V y consecuente solicitud de Dictamen sobre la Propuesta que finalmente se formule.