



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 9 3 / 2 0 1 4

(Sección 2ª)

La Laguna, a 21 de marzo de 2014.

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., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 88/2014 IDS)\*.*

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

### I

Mediante escrito de 17 de febrero de 2014, de Registro salida 28 de febrero y de entrada en este Consejo el 11 de marzo de 2014, la Consejera de Sanidad interesa, 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 de Canarias, 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), preceptivo dictamen por el procedimiento ordinario respecto de la Propuesta de Resolución del procedimiento de reclamación de indemnización incoado a instancia de A.O.A.B. (el interesado) por el fallecimiento de su esposa a consecuencia de "falta de control" durante el proceso del parto lo que ocasionó una "infección (y) problemas de coagulación".

Por cuarta vez se interesa dictamen sobre un asunto sobre el que este Consejo ha tenido oportunidad de pronunciarse ya en tres ocasiones (DDCC 224/2011, 424/2012 y 244/2013), sin que entonces entrara en el fondo del mismo por considerar preciso realizar trámite de información complementaria sobre aspectos esenciales del expediente.

---

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

En el citado Dictamen 244/2013, este Consejo concluyó que, además de aportarse al expediente “el informe del (...) Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario de Canarias, que no aparece en el expediente remitido a este Organismo”, se debía verificar la siguiente información complementaria:

*“- En todo caso, debe haber pronunciamiento por el referido especialista y, de entenderse pertinente, por el SIP, a la luz de tal opinión y de los informes forenses, sobre la existencia o no de antecedentes de hipofibrinogenemia y de anomalías gestacionales, haciendo problemático el parto y, en concreto, adecuación por ello de su duración, técnica extractiva y equipo interviniente, debiéndose proceder de otro modo al efectuado incluso de no haberse producido ELA.*

*- Respuesta razonada y detallada por especialista no interviniente, de no haberse hecho ya en estos estrictos términos en el informe omitido, a las cuestiones planteadas por este Organismo en el Dictamen previamente emitido y, así mismo, a las añadidas en el momento de recabarse por el propio SIP.*

*- Previsibilidad de ELA por los factores concurrentes, en particular su potencial aparición por atonía en el ingreso, antecedentes de la paciente e infección previa, o bien y con esta base, potenciación de su aparición, exigiéndose mayor control específico y estricto al efecto que el normal o el aun aconsejable por los antecedentes, al constatarse la rotura de bolsa y membranas y, en su caso, existencia de atonía previa.*

*- Siendo previsible el ELA en este caso, pertinencia de cesárea o clampeo, acertándose el parto, para evitarlo y previsión de equipo operativo, según indica el forense y la literatura médica manejada, para combatirlo, así como pertinencia de haber sido sospechada enseguida su presencia para proceder inmediata y exactamente como está indicado al observarse el sangrado inicial.*

*Efectuadas las actuaciones antedichas, procede el traslado de los resultados al interesado, en nuevo trámite de audiencia y a los efectos oportunos, con formulación de la Propuesta de Resolución que se entienda procedente en consecuencia, a ser dictaminada por este Organismo”.*

## II

Del relato de hechos, requisitos de procedimiento y tramitación realizada se ha dado cumplida cuenta en los anteriores dictámenes sobre este mismo asunto; nos remitimos por ello a los mismos en evitación de reiteraciones innecesarias.

La nueva Propuesta de Resolución vuelve a ser desestimatoria de la reclamación formulada. Lo primero que se debe observar, antes de considerar, en su caso, el fondo del asunto, es cuál haya sido el grado de cumplimiento de lo acordado por este Consejo en el último de los dictámenes emitidos en relación con este expediente.

Se ha remitido sucinto informe por parte del Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario de Canarias, con el siguiente alcance:

“No existen antecedentes de hipofibrinogenemia en ningún momento del embarazo [(...) ni] ninguna circunstancia (...) de alto riesgo”. La rotura prematura de la bolsa amniótica “es una incidencia frecuente en el curso de un parto (...) protocolizada tanto a nivel nacional como internacional”, ateniéndose la conducta seguida en este caso a “esos protocolos”. La atonía uterina “no es previa” pues se produce “después del parto. No está citada en ningún sitio como condicionante del embolismo (...) como tampoco lo es la corioamnionitis. La embolia (...) nunca es previsible”, citándose el protocolo del Hospital Clínico de Barcelona.

Tal informe médico no se pronuncia expresamente sobre ciertos aspectos, quizás secundarios, sobre los que este Consejo solicitó expreso parecer. A saber: “adecuación (...) de (la) duración (del parto), técnica extractiva y (...) pertinencia de cesárea o clampeo”. No obstante, ha de señalarse que la reiteración de solicitud de información complementaria sobre esos extremos -aunque los informes emitidos se pronunciaban porque el parto aunque largo era normal y que la técnica extractiva fue la adecuada- se conectaba con las dudas planteadas sobre la atonía, la amnionitis y la embolia; dudas que se despejan -de forma no convincente para el interesado- por el informe médico últimamente emitido que concluye en que la atonía no fue previa; no es “condicionante” de embolismo; como tampoco lo es la corioamnionitis.

Tal informe fue objeto de alegaciones por parte del interesado, manifestando, escrito de entrada del 8 de enero de 2014, que el mismo hace “caso omiso a lo solicitado” al limitarse a afirmar que la atonía es posterior al parto y que la embolia es imprevisible.

Respecto a la ausencia de antecedentes de hipofibrinogenemia, negados por el informe médico, el interesado precisa que “en el informe médico forense se describe este antecedente”. Tal desconocimiento fue determinante de la no adopción de “medidas preventivas en el embarazo o técnicas adecuadas en el parto”.

El antedicho informe -continúa el interesado- omite asimismo “cualquier pronunciamiento sobre la amnionitis (...) por la existencia durante al menos cinco horas de ruptura de membranas y bolsa así como conexión de aquella con la atonía uterina y embolia del líquido amniótico”; también sobre los “antecedentes en la paciente de pérdidas de líquido amniótico”; y sobre la procedencia de la “cesárea en lugar del prolongadísimo parto vaginal ante la presencia de atonía y amnionitis”, siendo así que la causa de la muerte, según informe forense, fue una “embolia de líquido amniótico secundario a una coagulopatía y a atonía uterina”.

No podemos ocultar que las dudas planteadas a este Consejo en buena parte proceden del expediente y de la información médica de carácter general consultada por este Consejo. Como se dijera en el Dictamen 51/2014:

*“Se consultaron diccionarios médicos y páginas médicas en la web. Ciertamente, este Consejo no posee pericia médica y, por supuesto, no debe ni puede entrar a debatir los aspectos clínicos de una cuestión médica. El personal médico es el único que debe y puede asumir tal responsabilidad mediante los pertinentes juicios clínicos de diagnóstico y tratamiento. Este Consejo tiene un cometido más modesto: intervenir por mandato de la ley en los procedimientos de responsabilidad patrimonial de la Administración, en este caso sanitaria, tras la presentación de una reclamación de indemnización por un particular quien se siente dañado por el funcionamiento de los servicios sanitarios.*

*Tal intervención, se recuerda, tiene por objeto tres finalidades de relevancia constitucional (STC 204/1992): defender la legalidad objetiva, velar por la correcta instrucción del procedimiento y defender los derechos e intereses legítimos de quienes son parte del procedimiento.*

*El Consejo debe actuar desde una posición institucional equidistante entre el interesado y Administración, velando tanto porque los derechos básicos del interesado sean atendidos (básicamente, respuesta razonada a sus peticiones y alegaciones, prueba y audiencia) y porque el procedimiento sea el correcto con debido cumplimiento de la legalidad vigente. En este sentido, la intervención del Consejo no es, como parece deducirse del informe antedicho, la de fiscalización de informes ajenos, menos aún si son médicos. La finalidad del Consejo, por lo que atañe a la instrucción del procedimiento, es que la Resolución se dicte de forma sólida, fundada, sin fisuras. Para ello, se deben despejar todas las dudas que el interesado -tampoco perito médico- haya suscitado, plantee el procedimiento o se deduzca de las actuaciones cuya no resolución podría hacer creer al interesado que*

*la Resolución no resuelve todas as cuestiones planteadas o no aborda aspectos que no han sido totalmente aclarados.*

*Lo que es obvio para un experto -hasta el punto de no requerir explicación- puede no serlo para un profano. Por ello, el recurso a medios bibliográficos o a páginas web es esencial para comprender el significado básico de términos médicos o clínicos sin los cuales no se podría entrar siquiera a valorar la adecuación jurídica de la Propuesta, al no poder siquiera comprender en qué ha consistido el hecho que motiva la reclamación”.*

En este caso concreto, la literatura utilizada concernía básicamente a la ruptura de membranas, atonía uterina, amnionitis e hipofibrinogenemia. Se dijo entonces:

*“- 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”.*

Como también se dijera en el dictamen antes citado:

*«Basta una somera lectura de los informes médicos y de la Propuesta de Resolución para constatar que esos conceptos médicos intervienen en la explicación razonada del proceso clínico y la secuencia causal del daño en los términos planteados por el reclamante. Sin que, obvio es, ese conocimiento permita realizar juicio clínico alguno, pero sí suscitar dudas -precisamente, porque no somos peritos- cuya aclaración solicitamos de forma fundada a cuyo fin solicitamos la emisión de un informe complementario, emitido justamente por el personal médico del Servicio interviniente.*

*Por supuesto que si en este caso o en otros la información utilizada por el Consejo es errónea, deficiente, improcedente o equivocada, justamente el informe solicitado se encargará de evidenciar nuestra impericia. Pero ese informe servirá asimismo para fundar mejor la Propuesta y de esta forma convencer al interesado - quien muchas veces es quien plantea las dudas- de que su pretensión no es atendible.*

*Es evidente que en ningún momento se duda de que “la práctica clínica” requiere “formación especializada”. Ni se duda de la profesionalidad, ni de la “deontología médica” ni de la “objetividad” de los funcionarios del Servicio; ni, menos aún, de su capacidad médica>>.*

### III

Existe pues información contradictoria o no plenamente coincidente que es, justamente, lo que determina que este Consejo pueda solicitar la pertinente

aclaración; precisamente, se reitera, porque el Consejo Consultivo ni ninguno de sus miembros posee pericia médica.

Llegados a este punto, los informes médicos emitidos, que gozan de presunción de veracidad y que han servido de base a la Propuesta de Resolución, deben prevalecer sobre la literatura médica consultada por este Consejo sobre los términos aplicables al caso; sobre todo, porque se trata de *este caso* y de una *concreta historia clínica* y paciente cuya valoración debe corresponder en exclusiva al personal del Servicio Canario de la Salud.

Hay un factor más a tener en cuenta. Nos encontramos ante un procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado a instancia del interesado mediante escrito de 5 de julio de 2007. Justicia tardía no es justicia. No parece razonable prolongar más una instrucción que parece haber agotado las posibilidades de resolución de las contradicciones sugeridas. Son los Tribunales de Justicia los que en última instancia controlan “la legalidad de la actuación administrativa, así como el sometimiento de ésta a los fines que la justifican (art. 106.1 CE). Es en sede jurisdiccional y con la debida y plena contradicción e inmediatez donde el interesado podrá cuestionar la *lex artis* seguida -motivación y racionalidad médica- por la Propuesta para concluir con la desestimación de la reclamación presentada. Este Consejo, en cumplimiento de su función constitucional, analiza la motivación y racionalidad jurídica de la Propuesta, cuya adecuación a Derecho corresponde declarar, sin perjuicio de lo que resuelva la Jurisdicción competente.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución se considera conforme a Derecho en los términos que se señalan en el Fundamento III.