

Dictamen Núm. 40/2023

V O C A L E S :

Sesma Sánchez, Begoña,
Presidenta
González Cachero, María Isabel
García García, Dorinda
Baquero Sánchez, Pablo

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 23 de febrero de 2023, con asistencia de las señoras y el señor que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 17 de noviembre de 2022 -registrada de entrada el día 24 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados de la atención negligente de un parto.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 20 de septiembre de 2021, la perjudicada presenta en una oficina de correos una reclamación de responsabilidad patrimonial por las maniobras a las que fue sometida en el período de alumbramiento, poniendo en riesgo su vida y sufriendo graves secuelas.

Refiere que el 18 de marzo de 2019, a los 23 años, dio a luz a su segundo hijo en el Hospital “X” de manera programada tras un embarazo que transcurrió con normalidad, y afirma que “el parto fue totalmente negligente, hasta el punto

que la vida de la reclamante corrió grave peligro, manifestando incluso los médicos a los familiares que no conseguiría superarlo”.

Explica que a las 8 de la mañana del día 18 de marzo “se le pone la epidural y es el único momento donde la vio la ginecóloga (...), rompiendo aguas por sí misma y dando a luz entre las 15 y 15:15 horas con la única asistencia al parto de la matrona y la pareja de la reclamante”, y precisa que “durante el parto las maniobras para la extracción del bebé no fueron las adecuadas, lo que motivó que la expulsión de la placenta no fuera entera y que también se expulsara el útero, produciendo una anormal hemorragia y bajando la tensión a 5”. Aclara que el bebé nació entre las 15:00 y las 15:15 horas, y que no fue atendida por una ginecóloga hasta 10 minutos después, que es la que “extrajo una parte de la placenta que había quedado en su interior (no toda) con sus manos, provocando en la reclamante un dolor tan irresistible que le hizo perder la consciencia./ Le intentan colocar el útero mecánicamente pero deben llevarla nuevamente al quirófano al comprobar que lo estaba expulsando; una vez que (...) recupera la consciencia se ve nuevamente en el quirófano comprobando que tiene un brazo morado, donde también se encontraba la matrona que la había asistido llorando, allí se le practica una histerectomía, perdiendo el útero y conservando los ovarios”.

Indica que es trasladada de urgencia al Hospital “Y” “con la tensión 6,2 y estando en la UCI durante 13 días, 4 de los cuales estuvo en coma inducido. Cuando se despertó se encontraba intubada teniendo desde la mitad del brazo izquierdo hasta la mano ennegrecido y la mano seca. Habiéndose producido cianosis sobre todo de su mano izquierda./ Posteriormente se la traslada (...) al hospital “X”, donde estuvo ingresada desde el 1 de abril hasta el 7 de mayo”.

Señala que “sufrió un shock hemorrágico periparto con múltiples complicaciones y secuelas”; entre ellas, “insuficiencia renal crónica de grado 3B./ Alteraciones en la coagulación, estando con Sintróm desde el parto (...). Embolia o trombosis venosa, con múltiples trombos” en el brazo izquierdo que llevaron a la “amputación final del 2.º dedo” y “mano en garra./ Prolapso útero-vaginal completo, practicándose histerectomía./ Trastorno (...) ansioso depresivo desde

al parto” tratado mediante cuatro fármacos, y debiendo someterse a “cirugía plástica de la mano”. Añade que necesita ayuda para su vida diaria, para vestirse, para realizar tareas domésticas, “no pudiendo atender a su hijo nunca desde su nacimiento”.

2. Mediante oficio de 30 de septiembre de 2021, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a la interesada la fecha de recepción de su reclamación, concediéndole un plazo de diez días para que proceda a cuantificar el daño o, en su caso, indicar las causas que le impiden hacerlo.

3. El día 22 de octubre de 2021, la interesada presenta un escrito en el que valora los daños sufridos en seiscientos mil euros (600.000 €), “sin perjuicio de que llegados al (Tribunal Superior de Justicia) y con la emisión de las pertinentes periciales pudiera cuantificarse de forma superior”.

4. Mediante oficio de 26 de octubre de 2021, el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios designado al efecto solicita a la Gerencia del Hospital “X” una copia de la historia clínica de la paciente y un informe del Servicio de Ginecología.

5. Con fecha 27 de octubre de 2021, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a la interesada la fecha de recepción de su reclamación, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará, el plazo máximo establecido para su resolución y notificación y los efectos del silencio administrativo.

6. Tras reiterar el 17 de diciembre de 2021 el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios actuante su petición a la Gerencia del Hospital “X”, el 7 de febrero de 2022 le comunica que “a fecha de hoy el expediente continúa paralizado como consecuencia de la falta de remisión de la información solicitada a esa Gerencia, cuya incorporación al expediente administrativo es preceptiva”.

7. El día 14 de febrero de 2022, la Gerente del Área Sanitaria VII envía al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios la documentación solicitada, que incluye el informe del Servicio de Ginecología y las notas de progreso del ingreso.

El informe del Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología señala que la inversión uterina es una complicación muy poco frecuente pero factible en el período de alumbramiento del parto, que en este caso colocó a la paciente en una situación de extrema gravedad, y que la asistencia fue correcta, iniciándose con el reemplazamiento del fondo uterino en su correcta posición, con medidas para prevenir la recurrencia de la inversión y para el control de la hemorragia y la recuperación del shock.

8. Mediante oficio de 17 de marzo de 2022, el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios solicita a la Gerencia del Hospital “X”, a la mayor brevedad posible, la remisión del documento de consentimiento informado para la inducción del parto, la hoja de partograma y datos del parto y el informe del Servicio de Neonatología.

9. El día 22 de marzo de 2022, la Gerente del Área Sanitaria VII envía al Servicio de Inspección una copia de los documentos de consentimiento informado, el partograma y el informe del Servicio de Neonatología de alta del recién nacido, de 20 de marzo de 2019, en el que se refleja que la exploración al alta está dentro de los límites normales.

El documento de consentimiento informado para anestesia general contempla como riesgos personalizados “agudización (de) fallo renal, eventos isquémicos, sangrado”, y el documento de consentimiento informado para analgesia epidural en el parto recoge como tales obesidad mórbida. El documento de consentimiento informado para histerectomía aparece firmado por el padre de la paciente.

10. A continuación, obra incorporado al expediente un informe pericial emitido el 1 de abril de 2022 a instancia de la compañía aseguradora del Servicio de Salud del Principado de Asturias por dos especialistas, uno de ellos en Obstetricia y Ginecología y el otro en Cirugía General y del Aparato Digestivo. En él, tras analizar las fases del parto, se concluye que el personal que atendió a la paciente siguió “escrupulosamente los protocolos y guías con relación, cumpliendo estrictamente con la *lex artis ad hoc* en cada actuación durante la asistencia”, y que “en opinión de la bibliografía consultada de las guías de actuación para la práctica clínica que la (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia) tiene editada (...) la hemorragia masiva y grave tras la inversión uterina producida durante el alumbramiento se trató de forma adecuada, no pudiendo impedir las complicaciones y secuelas que le produjo este shock hemorrágico”, indicando que dicho “shock hemorrágico masivo y grave provocó (...) un fracaso renal que precisó hemodiálisis convencional y una isquemia del miembro superior izquierdo con pérdida del segundo dedo de la mano izquierda”.

11. Mediante oficio de 10 de junio de 2022, la Jefa de la Sección de Apoyo del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica a la reclamante la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándole una copia de los documentos obrantes en el expediente.

12. El día 1 de julio de 2022, la interesada comparece en las dependencias administrativas y otorga poder *apud acta* a favor de una letrada, presentando a continuación un escrito en el registro de la Administración del Principado de Asturias en el que señala el domicilio de la misma a efectos de notificaciones.

13. Con fecha 19 de julio de 2022, la reclamante presenta un escrito de alegaciones en el que advierte que en el expediente nada se indica sobre la actuación de la matrona, a pesar de que en el paritorio se encontraban únicamente esta, la parturienta y su esposo, acudiendo la ginecóloga una vez

que se produce la hemorragia. Solicita por ello la práctica de prueba testifical de la matrona, “prueba a la que quiere asistir esta parte para la formulación de las oportunas preguntas”, afirmando que “viene siendo confirmado por toda la comunidad científica que `el útero se invierte cuando se ejerce demasiada tracción sobre el cordón umbilical en un intento por extraer la placenta´./ Eso es ciertamente lo que ocurrió”.

Añade que a causa de las secuelas derivadas de estos hechos se le ha reconocido a la reclamante un grado absoluto de incapacidad permanente por sentencia del Juzgado de lo Social N.º 5 de Oviedo, que adjunta.

14. Con fecha 21 de julio de 2022, el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios acuerda conceder a la interesada un plazo de quince días para que proponga las preguntas que estime conveniente formular a la matrona actuante a fin de tomarle declaración.

15. El día 23 de agosto de 2022, la interesada presenta el pliego de preguntas que interesa se le planteen a la matrona.

16. Con fecha 29 de agosto de 2022, el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios remite a la Gerencia del Hospital “X” el pliego de preguntas presentado por la reclamante.

17. El día 30 de septiembre de 2022, la Gerente del Área Sanitaria VII remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios las respuestas de la matrona, quien afirma haber trabajado el 18 de marzo de 2019 desde las 9:00 hasta las 16:00 horas, y que estuvo atendiendo a la reclamante todo el tiempo. Sobre si el parto se había desarrollado con normalidad, señala que “a (su) juicio, sí”. Explica que “a consecuencia de un sangrado durante el período de alumbramiento (...) comunicó a la (...) (técnica en cuidados auxiliares de enfermería) que recabara la presencia de la ginecóloga, quien se personó en las dependencias inmediatamente”, y que “una vez se produjo el período de

expulsión se colocó al recién nacido en contacto piel con piel con su madre, esperando y vigilando el período de alumbramiento de la placenta”. A la pregunta de si es cierto que pasados 30 minutos desde el parto la placenta “seguía sin ser expulsada, tiró demasiado fuerte del cordón hasta que salió desgarrada y produciendo un dolor insoportable a la parturienta”, contesta que “no, no es cierto. La parturienta comenzó con el dolor en el período de alumbramiento de (la) placenta, produciéndose un sangrado excesivo durante este, con lo que se avisó a la ginecóloga de guardia para su revisión”. Finalmente, manifiesta que la interesada “estuvo consciente” hasta la llegada de la ginecóloga, “si bien refiriendo dolor”, y corrobora que acompañó a la parturienta en dos ocasiones al quirófano.

18. Mediante oficio de 7 de octubre de 2022, la Jefa de la Sección de Apoyo del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica a la reclamante la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

19. Con fecha 7 de noviembre de 2022, la perjudicada presenta un escrito de alegaciones en el que se reafirma en sus pretensiones. En él considera que de lo actuado cabe “sospechar de maniobras inadecuadas” debido a “la hora en que se produce -al límite del cambio de turno-, el tiempo de espera desde que se produjo el parto y las propias manifestaciones de la paciente, que es consciente de la tracción o tirones del cordón una vez había nacido su hijo./ Por todo ello, no cabe la menor duda de la existencia de (...) responsabilidad”.

20. El día 14 de noviembre de 2022, el Inspector de Prestaciones Sanitarias formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio al considerar que no ha existido negligencia en ninguna actuación del personal que atendió a la reclamante.

Aclara que la inversión uterina se da en 1 de cada 3.500 a 20.000 partos y que se desconoce su patogénesis, sin que se haya establecido una relación con la realización de maniobras de alumbramiento, y pone de relieve que “cuando

ocurre ocasiona una abundante hemorragia que conduce al shock hipovolémico, con importante riesgo de muerte materna”. Señala que “a nuestra paciente le supuso una situación crítica, de extrema gravedad”, pero “la asistencia fue la correcta desde el diagnóstico hasta el tratamiento”.

21. En este estado de tramitación, mediante escrito de 17 de noviembre de 2022, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm. RP 2021/117 de la Consejería de Salud, adjuntando a tal fin copia autenticada del mismo en soporte digital.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), está la interesada activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado como titular del servicio público sanitario.

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC), dispone que “El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”.

En el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 20 de septiembre de 2021, y tiene su origen en las técnicas aplicadas durante y después del parto producido el día 18 de marzo de 2019. Ahora bien, atendida la suspensión del cómputo de los plazos de prescripción y caducidad operada entre el 14 de marzo y el 1 de junio de 2020 en aplicación de la disposición adicional cuarta del Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el Estado de Alarma para la Gestión de la Situación de Crisis Sanitaria ocasionada por el COVID-19, y sus prórrogas, y el artículo 9 del Real Decreto 537/2020, de 22 de mayo, por el que se prorroga el estado de alarma declarado por el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, así como el hecho de que las secuelas padecidas por la reclamante -entre ellas, las limitaciones en el miembro superior- siguen siendo tratadas y sometidas a pruebas médicas en noviembre de 2021, es claro que ha sido formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común contenidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Sin embargo, se observa que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21 y 24.3, letra b), de la referida Ley.

QUINTA.- El artículo 106.2 de la Constitución dispone que “Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

A su vez, el artículo 32 de la LRJSP establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la ley”. Y en su apartado 2 que, “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 34 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Solo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquellos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder sin más por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración

Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

SEXTA.- Se somete a nuestra consideración la reclamación de responsabilidad patrimonial deducida por una mujer que, tras un embarazo normal, acudió a dar a luz a un hospital público, produciéndose durante el parto una hemorragia masiva y grave tras una inversión uterina que achaca a las maniobras aplicadas por el personal sanitario y que le habrían ocasionado diversas lesiones y secuelas.

Acreditadas las complicaciones y daños descritos por la reclamante, se constata la efectividad del daño.

Ahora bien, como venimos reiterando, la mera constatación de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que el daño alegado tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo, al servicio público sanitario le compete una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado

para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados concretos.

Por tanto, para apreciar si el daño alegado es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario debemos analizar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

También viene reiterando este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega, salvo en aquellos casos en que el daño es desproporcionado y denota por sí mismo un componente de culpabilidad (*res ipsa loquitur* o regla de la *faute virtuelle*). Fuera de estos supuestos, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama. Esto es, ha de constatarse tanto el reproche culpabilístico como el engarce fáctico entre el tratamiento dispensado u omitido y el resultado dañoso.

A los expresados efectos, en el supuesto planteado nos encontramos con que la reclamante, que en el momento del parto tenía 23 años, se limita a deducir el nexo causal entre la asistencia prestada durante el alumbramiento y el sufrimiento padecido, de gravísimas consecuencias, sin aportar pericial alguna que sirva de sustento a sus afirmaciones, más allá de la evidencia de que el parto haya resultado complejo y sus consecuencias imprevisibles para la gestante, que llegó a sufrir un shock hemorrágico que puso en peligro su vida, con múltiples secuelas por las que actualmente tienen reconocida una incapacidad permanente absoluta. Circunscribe su denuncia genéricamente a la aseveración de que “el parto fue totalmente negligente”, argumentando que

“viene siendo confirmado por toda la comunidad científica que `el útero se invierte cuando se ejerce demasiada tracción sobre el cordón umbilical en un intento por extraer la placenta´./ Eso es ciertamente lo que ocurrió”.

En este contexto, y dado que la interesada no desarrolla actividad probatoria alguna, este Consejo Consultivo ha de formar su convicción sobre la base de la documentación obrante en el expediente, recogida tanto en la historia clínica relativa al proceso asistencial que se cuestiona como en el informe del Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital “X” y en el pericial emitido a instancia de la compañía aseguradora, elaborado por un especialista en Obstetricia y Ginecología y otro en Cirugía General y del Aparato Digestivo, que contiene un pormenorizado análisis de los sucesos que aquí acontecieron y del caso concreto, así como la testifical recabada, a instancia de la perjudicada, de la matrona que asistió al parto.

Al respecto debemos tener en cuenta que, a pesar de haber tomado conocimiento la interesada de toda esta documentación en el trámite de audiencia, los informes citados no han sido objeto de contradicción alguna por su parte en forma de dictamen pericial de contraste, limitándose a alegar una sospecha de “maniobras inadecuadas” con base en suposiciones tales como la “hora en que se produce -al límite del cambio de turno-, el tiempo de espera desde que se produjo el parto y las propias manifestaciones de la paciente que es consciente de la tracción o tirones del cordón una vez había nacido su hijo./ Por todo ello, no cabe la menor duda de la existencia de (...) responsabilidad”.

Tal forma de proceder, de tratarse de una posposición deliberada de elementos probatorios, priva tanto a la Administración frente a la que se reclama como a este Consejo de un análisis contradictorio de los extremos controvertidos, toda vez que, como observamos en la Memoria correspondiente al año 2019, “nuestro pronunciamiento solo puede sustentarse sobre la base de los informes técnico-médicos que obran en el expediente, todos ellos presentados por la Administración y su compañía aseguradora”.

Planteada la cuestión en los términos expuestos, debemos comenzar nuestro análisis examinando las afirmaciones genéricas que se contienen en el

escrito de reclamación. Así, señala en él la perjudicada que el parto fue totalmente negligente y que rompió aguas “por sí misma”, poniendo de relieve que la ginecóloga no estaba presente durante el mismo. Al respecto, el Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital “X” indica que “a día de hoy, si la evolución del parto es adecuada, se recomienda no realizar amniotomía. Así mismo, la asistencia al parto no complicado corresponde a la matrona (...), cualificada para asistencia al parto eutócico”, por lo que “la llamada, presencia urgente y asistencia” de la doctora se produjo “ante la complicación que se presentó en el alumbramiento”. De hecho, la propia reclamante señala en su escrito inicial que el bebé nació entre las 15:00 y las 15:15 horas, y que no fue atendida por una ginecóloga hasta 10 minutos después, lo que evidencia la inmediatez de la asistencia de la doctora tan pronto se advierte el riesgo en la fase de alumbramiento de la placenta. Y como consecuencia de dicha complicación, añade aquel informe, la gestante “tuvo una inestabilidad hemodinámica que la condujo a una situación de gravedad extrema, pero se tomaron las medidas oportunas”.

Los reproches de la interesada se centran en la actuación de la matrona, indicando que “durante el parto las maniobras para la extracción del bebé no fueron las adecuadas, lo que motivó” que “la expulsión de la placenta no fuera entera y que también se expulsara el útero”, y añade que pasados 10 minutos desde la expulsión del bebé acudió la doctora, que “extrajo una parte de la placenta que había quedado en su interior (no toda) con sus manos, provocando en la reclamante un dolor tan irresistible que le hizo perder la consciencia./ Le intentan colocar el útero mecánicamente pero deben llevarla nuevamente al quirófano”.

La versión mantenida o la experiencia vivida por la parturienta no se acredita a la vista de la documentación obrante en el expediente, y se contradice con las propias declaraciones de la matrona. Al respecto consta que, si bien el parto estaba programado debido a la duración del embarazo, en su período expulsivo “no necesitó intervención alguna”. En el informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología se recoge que “no se hizo ninguna extracción de (...)”

una parte de la placenta (...), ya que solo se retiraron restos de membranas amnióticas" (constando en el expediente que ello se realizó mediante el uso de pinzas de Foester), y que lo que provocó en la reclamante un dolor tan irresistible fue la inversión del útero y el shock traumático secundario a la misma.

El Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital "X" explica que "la inversión uterina se da en 1 de entre 3.500 a 20.000 partos y (...) que se desconoce su patogénesis, ya que no se ha establecido una relación con la realización de maniobras de alumbramiento, reconociéndose que pueda producirse de manera espontánea. Por otro lado, cuando ocurre causa una abundante hemorragia que conduce al shock hipovolémico, con importante riesgo de muerte materna./ De los distintos grados que se establecen en la clasificación de la inversión uterina puerperal, el que sufrió la paciente fue de segundo grado, que se define como la profusión del fondo uterino a través del cérvix. En este caso no existen factores de riesgo y tampoco se realizaron maniobras durante el alumbramiento, por lo que podemos considerarla espontánea./ La inversión uterina es una complicación muy poco frecuente pero factible en el período de alumbramiento del parto. A nuestra paciente le supuso una situación crítica, de extrema gravedad, así como las complicaciones que fueron apareciendo como consecuencia de la misma y las secuelas correspondientes". Añade que "la asistencia fue la correcta desde el diagnóstico al tratamiento, que se inició con el reemplazamiento del fondo uterino en su correcta posición, con medidas para prevenir la recurrencia de la inversión, a la vez que se tomaron medidas para el control de la hemorragia y recuperación del shock, procediéndose a laparotomía ante la situación de inestabilidad hemodinámica de la paciente y tendencia a la recurrencia de la inversión uterina por parte de los Servicios de Obstetricia y Ginecología y de Anestesiología y Reanimación de nuestro hospital. Posteriormente fue clave el soporte de cuidados intensivos del Servicio de la UVI del Hospital "Y", así como de los Servicios de Nefrología, Rehabilitación, Psiquiatría y Cirugía Vascular del Hospital "Z" y del Servicio de Cirugía Plástica y de la Unidad del Dolor del Hospital "V".

El informe pericial aportado por la compañía aseguradora desarrolla ampliamente las fases del parto y el tipo de complicaciones que aquí concurrieron, y reseña que en el alumbramiento patológico se contemplan tres entidades, dándose en el supuesto analizado todas ellas.

Por una parte, se indica en él que “existió una retención parcial de la placenta con el secuestro de las membranas ovulares que tuvieron que ser desprendidas mediante un procedimiento quirúrgico”, y que se produjo una “hemorragia masiva y grave sin que se pueda dilucidar cuál fue la causa determinante” de “la inversión uterina”, refractaria además a su reposición, destacando, en consonancia con lo mantenido por el servicio actuante, que se trata de una complicación de la que se desconoce su patogénesis y que no se establece relación directa con la realización de maniobras de alumbramiento. Se aclara además, en línea con lo expuesto, que provoca un dolor abdominal intenso y agudo que suele llegar a shock hipovolémico, como ocurrió en este caso. Tal situación requiere un diagnóstico inmediato y un tratamiento rápido, lo que permite “en casi todos los casos evitar la muerte”. Se justifica, además, que si las medidas generales fracasan se requiere tratamiento quirúrgico e incluso una histerectomía.

Por tanto, según se refleja en los informes que analizan los hechos, la situación dada en la sala de partos, infrecuente y desprovista de una causa cierta, puede producirse de manera espontánea y es de extrema gravedad, habiéndose actuado en el caso que nos ocupa conforme requiere la técnica médica, salvándose la vida de la parturienta y adecuándose las medidas tomadas a la situación, apreciándose que el traslado urgente a quirófano para la reposición del útero “fue una toma de decisión vital, correcta y necesaria”.

Analizado el período de alumbramiento que se cuestiona en la reclamación, debe tenerse en cuenta que su manejo se ajusta a la *lex artis* a tenor de la documentación clínica a la que tiene acceso este Consejo. A las 15:50 horas la paciente llega a quirófano, donde bajo anestesia se revierte la inversión uterina, cediendo la hemorragia temporalmente, pues a las 17:54 horas persiste y ante la grave inestabilidad hemodinámica y la nueva inversión

uterina se traslada nuevamente a quirófano a las 18:35 horas, iniciándose a las 18:48 horas la inducción anestésica. Finalmente “se decide histerectomía./ Se informa a la familia. Se entrega consentimiento informado al padre de la paciente./ Se realiza histerectomía abdominal con conservación de anejos sin incidencias./ Por parte del Servicio de Anestesia se decide su traslado a UCI” del Hospital “Y”, dado que el Hospital “X” no dispone de un Servicio de Cuidados Intensivos, realizándose aquel en UVI móvil con sedo-analgesia y relajación muscular en situación shock hipovolémico. A la llegada al nuevo centro hospitalario la enferma está intubada y con hipoperfusión de las cuatro extremidades, con cianosis franca en extremidad superior izquierda desde el tercio distal del antebrazo hasta los dedos, por lo que se inicia tratamiento agresivo para revertir el cuadro que permitió la mejoría de la perfusión de las extremidades, a salvo el miembro superior izquierdo que continúa con signos de isquemia, descartándose un tratamiento quirúrgico por parte del Servicio de Cirugía Vascular. Además la enferma entró en insuficiencia renal secundaria al “shock hipovolémico, por lo que se inició tratamiento con hemodiálisis convencional”, constando que “permaneció intubada” hasta el 27 de marzo de 2019 (permaneciendo en coma inducido).

La propia testifical de la matrona, recabada a instancias de la interesada, tras señalar que el parto se había desarrollado con normalidad, confirma que la complicación se produce a continuación “a consecuencia de un sangrado durante el período de alumbramiento”, lo que comunicó a la técnica en cuidados auxiliares de enfermería para “que recabara la presencia de la ginecóloga, quien se personó en las dependencias inmediatamente”, negando haber realizado maniobras inadecuadas para la extracción de la placenta pero reconociendo el dolor padecido por la reclamante.

El informe pericial emitido a instancias de la compañía aseguradora, suscrito por especialistas y que encuentra sustento en la historia clínica, concluye que es la fisiopatología del shock la responsable de la insuficiencia renal adquirida y la isquemia del miembro superior, ambas entidades secundarias al shock producido por una hemorragia masiva aguda y grave

debida al alumbramiento y a la posterior inversión uterina, sin que en este caso a pesar de la asistencia multidisciplinar inmediata que se llevó a cabo se pudiera revertir el cuadro.

Consta en el expediente la asistencia posterior al alta hospitalaria, multidisciplinar y acorde con la situación de la paciente. Cabe citar que realiza sesiones de fisioterapia de la mano izquierda hasta el 2 de septiembre de 2019; que la suspensión de la anticoagulación se produce el 21 de enero de 2021; que el Servicio de Cirugía Vascular adopta diversas medidas, incluyendo la amputación del segundo dedo de la mano izquierda, y que el 4 de noviembre de 2021 se evidencia lesión parcial del nervio mediano, del nervio cubital y del radial superficial, lo que determina la imposibilidad de rehabilitar *ad integrum* las lesiones secundarias a la anoxia que sufrió durante el shock hemorrágico.

Finalmente debe advertirse que la hemorragia, masiva y grave tras una inversión uterina en este caso, es una complicación poco frecuente pero recogida en las guías de actuación para la práctica clínica de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, y constituye un riesgo descrito y conocido por la interesada en el documento de consentimiento informado que suscribe y donde se recogen, además, otros factores de riesgo personalizados que presentaba.

En definitiva, de la documentación clínica obrante en el expediente no se infiere prueba de que los daños a que se refiere la reclamación puedan imputarse al funcionamiento del servicio público, toda vez que durante el alumbramiento surgieron complicaciones que fueron atendidas de manera rápida y adecuada, debiendo procederse a desprender membranas ovulares, produciéndose, sin que se justifique su relación con lo anterior, por un lado, una hemorragia masiva y grave y, por otro, una inversión uterina; situación que desembocó en un shock hemorrágico determinante del traslado a quirófano de la parturienta, salvándole la vida y aplicando todos los medios de los que se disponía, que no obstante, y dada la gravedad de la situación, no evitaron secuelas graves por falta de oxigenación de los territorios no vitales, por lo que

no puede atribuirse a la Administración responsabilidad alguna en relación con las mismas.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por

V. E., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

LA PRESIDENTA,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.