

Expediente Núm. 149/2015  
Dictamen Núm. 41/2016

**V O C A L E S :**

*Fernández Pérez, Bernardo,*  
Presidente  
*García Gutiérrez, José María*  
*Zapico del Fueyo, Rosa María*  
*Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis*  
*Fernández Noval, Fernando Ramón*

Secretario General:  
*García Gallo, José Manuel*

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 25 de febrero de 2016, con asistencia de los señores y la señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 10 de septiembre de 2015 -registrada de entrada el día 17 del mismo mes, y una vez atendida la diligencia para mejor proveer mediante escrito recibido en este Consejo el día 12 de febrero de 2016-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia de la asistencia en un parto que derivó en el fallecimiento de la madre y el neonato.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** Con fecha 20 de octubre de 2014, un abogado, en nombre y representación de los interesados, presenta en el Registro General de la Delegación del Gobierno en Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los

daños y perjuicios derivados de la asistencia prestada el día 20 de octubre de 2013 por el servicio público sanitario a la pareja de hecho e hija, respectivamente, de sus representados, en el curso del alumbramiento de un hijo de la perjudicada y que habría desembocado en el fallecimiento de la madre además del mortinato.

Exponen que la perjudicada, embarazada y tras haber salido de cuentas 15 días antes, acudió a las 16 horas del día 20 de octubre de 2013 al ambulatorio de ..... por presentar un ligero proceso de fiebre, y que fue derivada al Hospital "X" centro donde estaba programado el parto para las 8:30 horas del 21 de octubre. Sobre las 23:00 horas del día 20 de octubre de 2013 se les comunicó a los reclamantes en el citado hospital que el bebé había muerto y que la madre estaba muy mal; razón por la cual sobre la 01:00 horas del día 21 de octubre de 2013 se decidió su traslado al Hospital "Y". Personados en este centro sanitario, "los médicos de este hospital hablaron con los familiares y les explicaron que (la paciente) llegó con muy poco pulso y que nada se pudo hacer para salvarla".

Los interesados sostienen, a la vista de la historia clínica de aquella, que "el cuadro clínico presentado (...) parece corresponder a una embolia de líquido amniótico (...) que se inicia en el momento (en) que después de una exploración la paciente pierde la conciencia con rigidez corporal, y más tarde se procede a realizar una cesárea extrayendo un neonato sin signos de vitalidad".

Refieren a continuación los reproches que dirigen frente a la asistencia prestada por el servicio público sanitario, distinguiendo entre la recibida por la madre y la dispensada al recién nacido mortinato.

En lo que respecta a la madre, la crítica se centra en el "traslado de la paciente", precisando al efecto que "había presentado varias crisis con requerimiento de reanimación cardiopulmonar. Esto *per se* sería contraindicación de movilización de la paciente, si bien es cierto que existe la posibilidad de que las pacientes con un cuadro de embolismo de líquido amniótico pueden mejorar en una Unidad de Cuidados Intensivos, aparte de otras medidas como cánula arterial, ecocardiografía transesofageal./ Se deduce

de la historia clínica que el Hospital "X" carece de Unidad de Cuidados Intensivos. Y es que la necesidad de derivación de una paciente a lo largo del parto desde un centro autorizado para la asistencia al parto es excepcional. La cuestión planteada es, por tanto, el traslado de una paciente en esas condiciones. Porque la realidad es que (...) salió del Hospital `X` en estado muy grave y dicho traslado puede haber resultado improcedente en este caso".

En cuanto a la actuación sanitaria prestada al mortinato, entienden los reclamantes que "la realización (...) de la cesárea inmediata después de (la) valoración (cuestión de extraordinaria importancia) probablemente habría ayudado a obtener la supervivencia del feto./ Lo cual enlazaría directamente con una falta de coordinación entre médicos, hospitales o servicios sanitarios que resulta muy evidente en el presente caso".

Cuantifican los daños sufridos, "atendiendo por analogía a los criterios de valoración del vigente baremo legal de accidentes de circulación", en la cantidad total de doscientos noventa y ocho mil euros (298.000 €), de los cuales 220.000 € corresponderían a la pareja de hecho de la perjudicada y padre del mortinato -resultado de estimar en 115.000 € la pérdida de su pareja y en 105.000 € la de su hijo- y 78.000 € en conjunto para el padre y la madre de la perjudicada -consecuencia de estimar para cada uno de ellos la pérdida de su hija en 10.000 € y la de su nieto en 29.000 €-.

Adjuntan a su escrito un poder general para pleitos, una copia de los certificados de defunción de la perjudicada y de su hijo mortinato y del escrito presentado el 11 de diciembre de 2013 por una letrada en representación de los reclamantes ante el Servicio de Salud del Principado de Asturias interesando que se les haga entrega de una copia del "informe (...) llevado a cabo por el Servicio de Inspección Médica (u organismo que corresponda)" en relación con los hechos a los que se contrae la presente reclamación, y que -según manifiestan- "nunca fue contestado".

**2.** Mediante escrito de 10 de noviembre de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario comunica al representante

de los interesados la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

**3.** El día 19 de noviembre de 2014, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada para elaborar el informe técnico de evaluación solicita al Juzgado de Instrucción N.º 5 de Gijón diversa información sobre el procedimiento incoado como consecuencia de “la asistencia prestada a (la perjudicada) los días 20 y 21 de octubre de 2013 en el Hospital ‘X’ (fallecida en el Hospital ‘Y’, el 21-10-2013)”. En concreto, solicita que se informe “si hay diligencias penales abiertas al respecto” y del “resultado de la necropsia judicial practicada a la fallecida”.

Con fecha 18 de diciembre de 2014, remite un escrito similar al Juzgado de 1.ª Instancia e Instrucción N.º 1 de Cangas de Onís.

**4.** En respuesta a estos requerimientos, el 16 de enero de 2015 la Secretaria Judicial del Juzgado de 1.ª Instancia e Instrucción N.º 1 de Cangas de Onís certifica que el “29 de octubre de 2014 se incoaron diligencias previas (...) que han sido archivadas provisionalmente por auto de fecha 23 de diciembre de 2014”, precisando que este “archivo ha sido recurrido en fecha 30 de diciembre de 2014, estando pendiente la tramitación de dicho recurso”.

Adjunta al certificado los siguientes documentos: a) Dictamen elaborado por el Departamento de Madrid del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, de 20 de noviembre de 2013, en el que se señala, en relación con el fallecimiento de la perjudicada, y a la vista de las muestras recibidas y los diagnósticos hechos, que “la embolia de líquido amniótico es una complicación muy infrecuente (1 x 50.000 embarazos) que puede ser causa de muerte fetal y materna. La coagulación intravascular diseminada con hemorragias masivas forma parte de este cuadro patológico”. b) “Adelanto de informe de autopsia”, a través del cual un médico forense del Instituto de Medicina Legal de Asturias

comunica, el 18 de diciembre de 2013, al Juzgado de Instrucción N.º 5 de Gijón “que al día de la fecha no le ha sido trasladada la documentación médica con relación al fallecimiento de (la perjudicada), ocurrido el 21 de octubre de 2013 y realizada la correspondiente autopsia en la misma fecha con los resultados provisionales de la causa de fallecimiento por shock hemorrágico intraparto con coagulación intravascular diseminada (...). Procédase a recabar el historial médico de la fallecida al momento de la asistencia prestada con ocasión del parto y del fallecimiento, así como del feto resultante, para que junto con los informes de las muestras remitidas al Instituto Nacional de Toxicología, recibidos el 2-12-2013, y a la vista de la demás documentación demandada, se pueda proceder a la realización del informe definitivo de autopsia”. c) “Informe médico forense de autopsia”, suscrito el 20 de marzo de 2014 por el mismo médico forense, que amplía el anterior informe provisional y en el que se formulan las siguientes “consideraciones médico forenses (...): Falleció de forma natural (...). La causa inmediata de la muerte es un shock hipovolémico o hemorrágico con coagulación intravenosa diseminada (...). La causa fundamental de la muerte es un tromboembolismo de líquido amniótico (...). La información obtenida de la historia clínica, así como de la evolución de los fenómenos cadavéricos, permite datar la muerte a las 2:15 horas del día 21 de octubre de 2013”. d) “Informe ampliatorio”, emitido el 26 de septiembre de 2014 por el mismo médico forense, con la finalidad de “valorar la improcedencia del traslado de la paciente al Hospital ‘Y’ e incidencia de dicho traslado en el desenlace, y que, según resulta del informe de los facultativos de ‘Y’, estaba desaconsejado dada la inestabilidad en que se encontraba, así como (si) de haber permanecido en el Hospital ‘X’ se hubiera podido remontar la situación dadas las circunstancias concurrentes que se describen en el informe de autopsia”. En él manifiesta, “en cuanto a la (...) procedencia del traslado de la paciente al hospital ‘Y’”, que “desde el punto de vista asistencial y a la vista del desarrollo clínico de la patología y lo hoy conocido, tanto por la autopsia como por los exámenes histopatológicos derivados de la misma, (que) efectivamente no procedía ejercitar dicho traslado al no existir posibilidad

terapéutica alguna, como se ha dicho en los informes realizados. De la misma manera que la permanencia en el hospital `X`, en las circunstancias anteriores descritas, no hubiera cambiado el pronóstico en el resultado final”.

**5.** Mediante providencia de 29 de diciembre de 2014, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios incorpora al expediente la siguiente documentación recabada con anterioridad a la presentación de la reclamación:

a) Historia clínica completa de la fallecida. b) “Informe al Juzgado de Guardia”, suscrito el día 21 de octubre de 2013 por dos Facultativos Especialistas de Área del Servicio de Cuidados Intensivos del Hospital “Y”. c) “Información previa reservada”, que transcribe las declaraciones efectuadas el día 28 de octubre de 2013 por dos Facultativos Especialistas de Área del Servicio de UCI y por una Facultativa Especialista de Área y el Jefe del Servicio de Cardiología , todos ellos del Hospital “Y”. d) Diversos “Informes (de) profesionales implicados”, en concreto: informe clínico del Jefe del Servicio de Cirugía General y Digestivo del Hospital “X”, de fecha 11 de noviembre de 2013; dos informes anatomopatológicos de autopsia, firmados por un patólogo el 20 de noviembre de 2013; informe remitido a la Inspección Médica del Área Sanitaria V por el Jefe de la Unidad de Coordinación del Programa Marco de Atención a las Urgencias y Emergencias Sanitarias el 4 de noviembre de 2013; informe “clínico-anestésico” suscrito por un Médico Adjunto del Servicio de Anestesiología y Reanimación del Hospital “X” el 25 de octubre de 2013; informe de un Médico de Urgencias-SAMU en el Hospital “X”, de 28 de octubre de 2013; informes elaborados por dos Médicos de Guardia del Servicio de Urgencias del Hospital “X” los días 23 y 24 de octubre de 2013; informes emitidos por una Enfermera de Urgencias UME VI con fechas 28 de octubre y 28 de noviembre de 2013; informe del Médico de Guardia de Medicina Interna del Hospital “X”, sin fecha; informes de Enfermería quirúrgica del Hospital “X”, de 29 de octubre de 2013; informe de la Jefa del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital “X”, de 24 de octubre de 2013; informe de un Médico Adjunto del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital “X”, sin fecha;

informe de una Matrona del mismo Servicio de 4 de noviembre de 2013; informe firmado por una Médica Adjunta del Servicio de Urgencias del Hospital "X" el 24 de octubre de 2013. e) Carpeta con datos de "Laboratorio". f) "Informe del SAMU sobre el traslado" al Hospital "Y". g) Historia clínica de "Obstetricia". h) Transcripción en papel de los "datos historia Selene" correspondiente a los días 20 y 21 de octubre de 2013.

**6.** Con fecha 19 de enero de 2015, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él, tras sintetizar los hechos acontecidos, afirma que "la corioamnionitis clínica es la inflamación aguda de las membranas placentarias (amnios y corion) de origen infeccioso que se acompaña de la infección del contenido amniótico, esto es, feto, cordón y líquido amniótico. Es causa importante de morbilidad materna y fetal, incluyendo el parto prematuro y la sepsis neonatal. Clásicamente el diagnóstico de corioamnionitis es clínico, debe descartarse en toda embarazada que presenta fiebre sin foco aparente. Existe una repercusión materna y se basa en la asociación de los criterios clásicos de: fiebre materna  $> 37,8$  °C y dos o más de los siguientes criterios clínicos menores: taquicardia materna ( $> 100$  latidos/minuto), taquicardia fetal ( $> 160$  latidos/minuto), leucocitosis materna ( $> 15.000$  leucocitos/mm<sup>3</sup>), irritabilidad uterina (definida como dolor a la palpación abdominal y/o dinámica uterina) y leucorrea vaginal maloliente. Ante esta sospecha clínica de corioamnionitis, y cuando no se cumplen los criterios clásicos para establecer el diagnóstico, recurriremos a las siguientes pruebas complementarias:/ 1. Hemograma y PCR. En la corioamnionitis generalmente existe leucocitosis con desviación a la izquierda. La PCR suele estar elevada./ 2. Amniocentesis: Si técnicamente es factible, en los casos de sospecha clínica de infección el diagnóstico se confirmará con el estudio bioquímico y microbiológico de líquido amniótico./ 3. NST: Puede aparecer un patrón no reactivo con taquicardia fetal  $> 160$  lpm y dinámica uterina irritativa que no responde a tacolíticos./ 4. Perfil biofísico: suele estar alterado. Valorar: ausencia de movimientos respiratorios, ausencia de movimientos fetales,

ausencia de tono./ 5. Hemocultivos si la temperatura materna es  $\geq 38$  °C./ Ante el diagnóstico de corioamnionitis clínica o bien con sospecha y confirmación por las pruebas complementarias, en general, se finalizará la gestación bajo cobertura antibiótica de amplio espectro (ampicilina 2gr/6 h + gentamicina 80 mg/8 h iv + azitromicina 1 g vo monodosis). Sin embargo, si no existe repercusión materna (no fiebre y buen estado general) puede considerarse la edad gestacional y el potencial germen para indicar una actitud más expectante. En caso de actitud expectante no se indicará tocolisis. El diagnóstico de corioamnionitis no es una indicación de cesárea urgente, sino que si se prevé una buena evolución del parto este puede proseguir siempre que sea bajo cobertura antibiótica y sometiendo al feto a vigilancia continuada. Acorde a la literatura, parece razonable que el lapso de tiempo hasta el parto no sea superior a 12 horas. Evitar la fiebre intraparto. Ante el pico febril  $\geq 38$  °C administrar antipiréticos endovenosos; evitar la hipertermia en la madre y el feto. Tras el alumbramiento se realizarán cultivos de la placenta (cara materna y fetal) y se enviará la placenta en formol a Anatomía Patológica para estudio histológico posterior./ El síndrome del embolismo de líquido amniótico, también llamado síndrome anafilactoide del embarazo, es una situación catastrófica y una de las complicaciones más devastadoras y con mayor mortalidad que puede presentarse durante la gestación y el parto. Su presentación es rara, se estima una incidencia entre 1 - 12 casos/100.000 partos. Su presentación, por lo general fulminante, provoca cifras de mortalidad materna entre el 61% - 86%, según las series (50% en la primera hora); el porcentaje de daño neurológico en las supervivientes supera el 80%. La mortalidad neonatal es aproximadamente del 20 - 30%, si bien se ha descrito un daño neurológico permanente en el 50% de los supervivientes. Aunque se han descrito algunos factores asociados, no se consideran su causa directa, y este síndrome se considera como impredecible e inevitable. Una vez que el líquido amniótico alcanza la circulación materna puede precipitar shock cardiogénico (vasoconstricción, hipertensión pulmonar aguda y fallo de ventrículo derecho, isquemia de ventrículo izquierdo por hipoxia), fallo respiratorio

(broncoespasmo, edema pulmonar cardiogénico y no cardiogénico y, posteriormente, síndrome de distrés respiratorio por aumento de la permeabilidad capilar pulmonar) y una respuesta inflamatoria y anafilactoide (activación del sistema de coagulación). Los hallazgos clínicos incluyen el inicio abrupto y fulminante de: hipotensión (debido al shock cardiogénico), disritmias cardíacas (actividad eléctrica sin pulso, fibrilación ventricular, bradicardia, asistolia), hipoxemia, coagulopatía (sangrado prolongado en la zona quirúrgica, hematomas), coma o crisis tónico-clónicas. El diagnóstico inicial es esencialmente clínico y se basa en una constelación de los hallazgos descritos más que en síntomas o signos aislados. El diagnóstico diferencial incluye causas obstétricas (eclampsia, rotura uterina, atonía uterina y cardiomiopatía periparto), anestésicas (toxicidad anestésica local y espinal) y no obstétricas (embolismo pulmonar, infarto de miocardio, shock séptico, anafilaxis, aspiración masiva). El diagnóstico de confirmación es anatomopatológico. Algunas pruebas pueden ayudar en la fase aguda: identificación de células escamosas, neutrófilos o restos fetales en sangre extraída del extremo distal del catéter en arteria pulmonar, anticuerpos monoclonales TKH-2. La ecocardiografía transesofágica puede ser de utilidad en fases iniciales y orientar el tratamiento mostrando una contractilidad normal del ventrículo izquierdo y una sobrecarga de presiones en el derecho y arteria pulmonar. El tratamiento es sintomático, dirigido al mantenimiento de la oxigenación, reestablecer la estabilidad hemodinámica y corregir la coagulopatía. Si el feto está suficientemente maduro se realizará una cesárea lo más rápidamente posible. Pueden ser necesarios fármacos vasoactivos y ventilación mecánica. Los avances terapéuticos han sido escasos, utilizados solo en casos aislados. El síndrome de embolismo de líquido amniótico es una de las complicaciones más temibles del embarazo, una situación catastrófica que no puede ser prevista por ninguna prueba diagnóstica y cuya mortalidad continúa siendo muy elevada. Incluso aquellos casos que sobreviven presentan graves secuelas debidas fundamentalmente a la hipoxia cerebral. El desenlace en los neonatos es también pobre, aunque puede mejorarse mediante una cesárea precoz. La asfixia fetal intraútero se debe a

una variedad de condiciones maternas, obstétricas y neonatales que pueden ocurrir antes, durante o después del parto. Puede afectar a todos los órganos, siendo la encefalopatía la complicación más seria, ya que la secuela neurológica puede ser permanente. Cuando la asfixia letal se debe a un embolismo de líquido amniótico y aún no se ha producido el parto la evolución fetal es variable, aunque mala en general”.

A continuación la Inspectora señala que se trata de una “embarazada a término de 39 años de edad, fue atendida en el (Hospital `X´) el 20-10-13 por fiebre, con sospecha inicial de una corioamnionitis que se trató con antibiótico tras comprobar la ausencia de alergias medicamentosas. Se decidió su ingreso e inducción al parto, informando a la paciente y a su esposo. Presentó un cuadro brusco de convulsión tónica y PCR y se le practicó una cesárea de forma inmediata. El feto nació muerto y no respondió a maniobras de PCR. La paciente presentó inestabilidad hemodinámica, broncoespasmo, PCR repetidas, infarto agudo de miocardio y coagulopatía severa. Se sospechó un embolismo de líquido amniótico. La terapia de soporte consiguió una relativa estabilización que permitió, al menos, su traslado urgente al Servicio de UCI del (Hospital `Y´), al considerar que las posibilidades terapéuticas en el (Hospital `X´) estaban agotadas. A su llegada al (Hospital `Y´) presentó una nueva PCR de la que no se recuperó. Se le practicó la autopsia judicial tras denuncia de los facultativos de UCI del (Hospital `Y´). Se demostró un embolismo de líquido amniótico como causa fundamental de la muerte”.

En cuanto a la “asistencia sanitaria prestada a (perjudicada) y a su hijo” en el Hospital “X”, indica que “fue atendida por la práctica totalidad de la plantilla de guardia del día 20-10-13, otros profesionales que prolongaron voluntariamente sus turnos de trabajo o que acudieron desde su domicilio. La actuación médica se hizo conforme a protocolos médicos actualizados adecuados a las necesidades de la paciente y de acuerdo con la organización asistencial del centro. Todos los profesionales implicados refirieron que el trabajo asistencial se desarrolló de forma coordinada, pese a los momentos de urgencia y tensión vividos”, y precisa que “se agotaron los recursos materiales

indicados para la situación clínica de la paciente y disponibles en el (Hospital `X´) debido a las limitaciones por el nivel asistencial del centro”.

Respecto al “traslado de la paciente” desde el Hospital “X” al Hospital “Y” entiende que, “dada la sospecha diagnóstica de embolismo de líquido amniótico, se asumió que la situación (...) era de extrema gravedad, que su pronóstico era muy grave y que se habían agotado los recursos disponibles en su centro, por lo que la única oportunidad para intentar mejorar sus escasas posibilidades de supervivencia era su traslado a un hospital de referencia, como así se hizo”. Aclara que “con los primeros hallazgos clínicos dicho traslado se consensuó con el Servicio de Cardiología-Hemodinámica del (Hospital `Y´) para realizar un cateterismo cardíaco. Las complicaciones posteriores hicieron necesario que el traslado se hiciera a un Servicio de UCI, lo que fue asumido por los responsables de dicho Servicio. En el transcurso evolutivo, y ante la inestabilidad de la paciente, indicaron que se les informara previamente antes de proceder a dicho traslado. Esta información no se llegó a producir, de forma involuntaria por parte de los responsables del (Hospital `X´), dadas las circunstancias de urgencia, participación de diferentes facultativos y encontrarse el médico de la UVI-móvil fuera del centro”. Manifiesta que “varios facultativos del (Hospital `X´) refirieron que, una vez estabilizada la paciente, se produjo una demora para el traslado de aproximadamente 30 min, al encontrarse la UVI móvil atendiendo otra llamada de `primerísima prioridad´, según informe del Jefe del SAMU de Asturias. Durante este tiempo la paciente continuó recibiendo tratamiento por los facultativos del (Hospital `X´). No es posible predecir la repercusión de esta demora en el desenlace final (...) dada la extrema gravedad del cuadro clínico y su mal pronóstico”. Añade que “no se produjeron incidentes durante el traslado y no se puede afirmar que este contribuyera al fatal desenlace. Durante el mismo se continuó el tratamiento pautado en el (Hospital `X´) y la paciente mantuvo una relativa estabilidad hemodinámica hasta su llegada al (Hospital `Y´)”.

En relación con la “asistencia sanitaria prestada a la paciente” en el Hospital “Y”, reseña que “a su llegada al centro, antes de su ingreso en la UVI,

la paciente sufrió una nueva PCR y fue atendida por personal del (Hospital `X´) y de la UCI del (Hospital `Y´). Las maniobras de RCP no fueron eficaces. La asistencia prestada fue correcta e independiente del desenlace final”.

Sobre la “información clínica”, sostiene que “la paciente y su esposo fueron informados de que ante la sospecha de una corioamnionitis se le iba a realizar la inducción al parto, y (de) una posible anestesia epidural. La paciente firmó los documentos de consentimiento informado para ambos procedimientos, si bien posteriormente y de forma verbal revocó el de anestesia epidural (...). Cuando se produjo el fallecimiento del neonato se informó a su padre, quien autorizó la necropsia de aquel (...). La información posterior al esposo y a los padres no se realizó en el (Hospital `X´) con la puntualidad deseable dada la extrema gravedad de la paciente. De forma previa al traslado al (Hospital `Y´), fue realizada por las dos ginecólogas que atendieron a la paciente y la pediatra del centro. El contenido de la misma fue amplio e incluyó aspectos clínicos, ginecológicos, cardiológicos, y pronósticos (posibilidad de fallecimiento en el traslado). A su llegada al (Hospital `Y´) les informó el (...) facultativo de la UCI. Tras su fallecimiento lo hizo acompañado por (...) la facultativa de UCI. Ambos reconocieron que no se les había informado de forma completa de la situación clínico-analítica de la paciente y que esta no había llegado a ingresar en su Servicio. Cabe suponer que la información facilitada a los familiares en estas circunstancias debió ser parcial e incompleta. Por las circunstancias y complejidad del caso dirigieron un informe al Juzgado de Guardia, decidiendo no cumplimentar el certificado de defunción (...). La información entre los facultativos de ambos centros implicados se realizó de forma telefónica y por escrito”.

Concluye que “la atención prestada a (la perjudicada) en el (Hospital del `X´) se ajustó a la situación clínica del paciente y se agotaron -para su tratamiento- todos los recursos disponibles en el centro, por lo que se consideró indicado su ingreso en un Servicio de UCI, y así fue asumido inicialmente por los facultativos del (Hospital `Y´), su hospital de referencia. El traslado del (Hospital `X´) al (Hospital `Y´) se demoró aproximadamente 30

minutos por problemas organizativos del SAMU (la ambulancia tuvo que asistir otra urgencia de forma simultánea). Sin embargo, no es posible afirmar que este retraso guardara relación con el desenlace final, ya que no hubo interrupción en el proceso asistencial durante el momento previo al traslado ni durante el mismo. La asistencia prestada en el (Hospital `Y´) se limitó a realizar maniobras de RCPA para las que no se obtuvo respuesta”. Entiende que “el desenlace final -fallecimiento de la paciente y su hijo- no guardó relación con la asistencia prestada, que fue la adecuada en las diferentes fases del proceso asistencial y se ajustó a la *lex artis*. Como se ha descrito, la patología responsable del cuadro clínico es de presentación imprevisible, cursa de manera catastrófica y se asocia con una mortalidad muy elevada, con frecuencia inevitable e independiente de los recursos terapéuticos invertidos en su abordaje”.

Con base en ello, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias propone la desestimación de la reclamación.

**7.** Mediante escritos de 27 de enero de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario remite una copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente completo a la correduría de seguros.

**8.** Durante la instrucción del procedimiento se incorpora al expediente el informe emitido, a instancias de la compañía aseguradora de la Administración, por un especialista en Ginecología y Obstetricia el 13 de abril de 2015. En él, tras relatar los antecedentes del caso, el facultativo distingue las patologías en presencia: corioamnionitis clínica y síndrome de embolia de líquido amniótico o síndrome anafilactoide. Con abundante cita de doctrina científica indica, respecto a la corioamnionitis clínica, que, siguiendo el protocolo de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, “en caso de que se cumplan los criterios (...), que incluyen la presencia de fiebre materna (> 37,8 °C) y dos o más de los siguientes (...): irritabilidad uterina, leucorrea maloliente, taquicardia

materna (> 100 latidos/minuto), taquicardia fetal (> 160 latidos/minuto) o leucocitosis (> 15.000 cel/mm<sup>3</sup>) estaría indicada la finalización de la gestación (vía vaginal o abdominal, según los casos) bajo cobertura antibiótica de amplio espectro y tratamiento antitérmico./ Un lapso de tiempo hasta el parto de menos de 12 horas con cobertura antibiótica no se correlaciona con peores resultados neonatales o maternos. Por lo tanto, en estas condiciones la vía vaginal para el parto puede ser una opción válida./ El uso de corticoides en pacientes con sospecha clínica de corioamnionitis no aumenta la morbilidad infecciosa fetal ni materna. Tampoco parece aumentar el riesgo de enterocolitis necrotizante, síndrome de dificultad respiratoria o muerte neonatal, y, en cambio, parece mejorar el pronóstico neurológico. Si el parto no va a ser inminente deben administrarse. Sin embargo, la administración de corticoides no debe demorar la indicación de finalización de la gestación./ La finalización de la gestación debe realizarse bajo cobertura antibiótica de amplio espectro. Existen diferentes pautas antibióticas, todas ellas igualmente eficaces. Un ejemplo podría ser ampicilina 2 g/6 h iv + gentamicina 80 mg/8 h iv. En caso de cesárea debe añadirse clindamicina 900 mg/8 h iv. Se recomienda mantener los antibióticos hasta que la paciente lleve 48 horas afebril. Pasado ese tiempo pueden suspenderse”.

En lo que se refiere al síndrome de embolia de líquido amniótico o síndrome anafilactoide, señala que “nos encontramos ante uno de los cuadros más graves que se pueden producir durante el parto y el puerperio inmediato. Es un cuadro poco frecuente, extremadamente raro, pero imprevisible y sin posibilidad de prevención./ Al penetrar el líquido amniótico en la circulación materna, generalmente a través del útero, la inserción placentaria (...), las venas del cuello uterino, etc., se puede originar un shock cardiogénico seguido de un fracaso respiratorio y muy probablemente una respuesta inflamatoria o anafilactoide./ Los mecanismos por los que se genera el fracaso cardíaco se producen casi repentinamente, entre 15 y 30 minutos en el mejor de los casos. Hoy día se está investigando en animales cuáles son los mecanismos fisiopatogénicos que producen el cuadro de fracaso cardíaco para poderlo tratar

con resultados satisfactorios./ Como consecuencia del fallo cardíaco y de forma simultánea se produce el fracaso respiratorio agudo, agravando si cabe todavía más la situación de fallo cardiogénico./ Según los experimentos en animales, se piensa que el cuadro de fallo respiratorio se desencadena, además de por el fracaso respiratorio, por una respuesta inflamatoria inespecífica en las vías aéreas y vasos pulmonares que agravaría los síntomas de la alteración respiratoria en sí./ El paso de líquido amniótico a la sangre materna puede originarse hasta varias horas antes de aparecer los síntomas del cuadro de fracaso agudo generalizado, dando tiempo a desarrollarse la respuesta inflamatoria de forma silente hasta que la gravedad del cuadro desencadena la cascada de síntomas y signos imparable y extremadamente graves./ La posibilidad de restablecer la salud materna una vez establecido el cuadro o síndrome de embolia de líquido amniótico o síndrome anafilactoide es prácticamente nula. Una vez desencadenado el proceso de respuesta inflamatoria de tipo anafilactoide, añadido al fracaso cardíaco y al fracaso pulmonar con obstrucción de los vasos pulmonares sobre todo, el proceso se hace imparable y en un altísimo porcentaje de casos provoca la muerte de la parturienta a pesar de los esfuerzos que pudieran hacerse por reanimarla./ Es difícil aceptarlo, pero debemos comprender que estamos ante un cuadro de extrema gravedad completamente refractario al tratamiento habitual de las unidades de cuidados obstétricos, e incluso de cuidados intensivos, que una vez desencadenado, especialmente en los casos graves, es prácticamente imparable, ya que los mecanismos que se desencadenan en el proceso son autónomos respecto al inicio de la patología./ Insistimos en que toda la bibliografía hace hincapié en que se trata de un cuadro imprevisible y sin posibilidades de prevención, extremadamente grave y cuyo tratamiento es intentar mantener a la madre dentro de un equilibrio de alteraciones graves desencadenadas sin posibilidad de actuar sobre el origen de la causa./ Es decir, no existe un tratamiento específico para el cuadro clínico. El objetivo de la terapéutica es corregir la hipoxemia y la hipotensión para evitar las consecuencias directas de la isquemia secundaria, en la madre y el feto./ La

mortalidad materna en estos cuadros está señalada como de entre el 10 y el 90 por cien dependiendo de la gravedad del cuadro inicial. De las pacientes que sobreviven el 80% presentarán alteraciones neurológicas graves. Para los fetos tiene también una mortalidad muy elevada, y de los supervivientes más del 50% presentan daños neurológicos graves./ Los datos que intentan relacionar la presencia de factores de riesgo para el embolismo de líquido amniótico son inconsistentes y contradictorios. En el momento actual no se ha podido identificar ningún factor de riesgo que pueda justificar un cambio en las actitudes habituales obstétricas para reducir el riesgo de esta patología. El tratamiento materno es primariamente de soporte, mientras que la inmediata terminación del parto de la madre que ha sufrido una parada cardiorrespiratoria es vital para el futuro del feto”.

En relación con la presente reclamación, el facultativo informa que “el caso que estudiamos (...) es un caso paradigmático del llamado síndrome de embolia de líquido amniótico (...) o síndrome anafilactoide./ Se inicia de forma muy rápida, en pocos minutos la paciente (...) pasa de estar casi normal con molestias inespecíficas de aparente origen en las contracciones uterinas a convulsionar por hipoxia cerebral y a entrar en shock cardiogénico simulando un cuadro de infarto agudo masivo, con parada cardiorrespiratoria que en pocos minutos, a pesar de los intentos de RCP (reanimación cardiopulmonar), conduce a una alteración muy grave de todos los órganos y sistemas con desenlace fatal./ Fallece en primer lugar el feto por el cuadro de anoxia-isquemia aguda sin posibilidad de recuperación a pesar de haberse realizado una cesárea de extremada urgencia al constatar la gravedad de la situación materna. Los fetos solo pueden estar en anoxia completa un máximo de seis o siete minutos, por encima de los cuales el daño cerebral fundamentalmente se hace irreversible./ Los médicos intentaron a la desesperada sacar el niño a pesar de la situación de extrema gravedad de la madre, que requería cuidados complejos por parte de los anestesiistas y de todo el personal disponible. Realizaron una cesárea en muy pocos minutos pero no pudieron evitar el

periodo fatídico de la anoxia que padeció el feto de forma irreversible. Como acabamos de señalar, especialmente en el cerebro”.

Expone que la perjudicada “acude al ambulatorio de ..... hacia las 16 h del día 20-10-13 por un cuadro de fiebre estando en la 41 semana de gestación. Se trataba de una gestación conseguida mediante fecundación ‘in vitro’ que había evolucionado durante todo el embarazo con absoluta normalidad./ En el centro de salud, al comprobar que estaba a término de su embarazo, la envían al (Hospital ‘X’) para que fuera atendida adecuadamente. En el (Hospital ‘X’) se diagnostica en un corto plazo de tiempo mediante la exploración y los análisis una corioamnionitis aguda y se procede correctamente, de acuerdo a la bibliografía actual y a las guías clínicas al uso. Se inicia tratamiento antibiótico de amplio espectro (inician tratamiento con ampicilina y gentamicina) y se indica la terminación del parto mediante la inducción mecánica del mismo. Ambas (...) decisiones absolutamente correctas y acordes a la *lex artis*. No está indicada la terminación del parto mediante cesárea en los casos de corioamnionitis por el mero hecho de haberla diagnosticado. Está indicada la terminación del parto, y si surge alguna indicación complementaria que indique la cesárea, mediante esta intervención./ La corioamnionitis es un proceso infeccioso que se produce por el paso de gérmenes al interior de la bolsa del líquido amniótico de forma casual y que generalmente no da síntomas precoces, sino de forma tardía. Una vez diagnosticada de forma correcta, como se hizo en este caso por los síntomas clínicos y analíticos, se debe proceder a la terminación del parto de la forma recomendada en todas las guías clínicas, y especialmente en la guía clínica de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia./ En todo momento desde su ingreso se procedió de acuerdo a la más estricta *lex artis*. Hacia las 21 h 30 se desencadena el cuadro de shock. En primer lugar un shock cardiogénico, y casi simultáneamente el cuadro convulsivo y respiratorio. La paciente refirió que se sentía mal e inmediatamente entró prácticamente en coma. La reanimación materna y la realización simultánea de la cesárea no consiguieron, dada la gravedad del cuadro, evitar la muerte del feto a pesar de haber actuado con

absoluta corrección. Según los relatos de todo el personal sanitario, todo el personal disponible del hospital durante la guardia de aquel día se volcó en el tratamiento y cuidados de la paciente. No se pudo hacer más de lo que se hizo./ Hacia las 23 h de la noche, al constatar la ineficacia de los tratamientos aplicados y confirmar que no había más posibilidades terapéuticas en el hospital, deciden, con muy buena voluntad y sobre todo con muy buen criterio desde el punto de vista sanitario, trasladar a la paciente al hospital regional terciario correspondiente a su región. En esos momentos todavía nadie tenía la convicción de un diagnóstico claro y únicamente disponían de los datos clínicos generados durante la situación de emergencia, que inicialmente hacían parecer la situación a un fallo cardíaco por infarto agudo de miocardio masivo. Posteriormente se añadió al cuadro el componente vascular de coagulación intravascular diseminada, que es una de las manifestaciones graves del cuadro general de embolia de líquido amniótico./ La decisión del traslado de la paciente de un hospital comarcal al hospital regional, una vez agotadas las posibilidades terapéuticas en el primero, es absolutamente correcta y acorde a la *lex artis*./ Las expresiones de uno de los médicos de la UCI del hospital regional terciario a la llegada de la paciente son desafortunadas. En cualquier caso, no alteraron ni modificaron en lo más mínimo la evolución fatídica del gravísimo cuadro de embolia de líquido amniótico que sufrió (...). Únicamente enturbiaron la buenísima actuación de todo el personal médico sanitario hasta ese momento./ Conviene destacar también en este análisis los estudios periciales emitidos por los forenses encargados del caso. Son de gran nivel científico y contribuyen a esclarecer todo el proceso de forma clara y concluyente”.

**9.** También a instancia de la entidad aseguradora, el 9 de abril de 2015 emite informe un gabinete jurídico privado. En él se concluye que “la actuación del equipo médico del Servicio de Salud del Principado de Asturias ha sido conforme a la *lex artis*, ya que se pusieron todos los medios posibles, con la máxima urgencia, en cuanto apareció el cuadro brusco de convulsión tónica y PCR./ No existe nexo de causalidad entre el fallecimiento de (la) madre y feto

con la asistencia prestada por los facultativos” del Servicio de Salud del Principado de Asturias, “ya que los mismos se produjeron por la embolia pulmonar de líquido amniótico sufrido por la madre, la cual tiene un pronóstico pésimo aunque se trate correctamente”.

**10.** El día 22 de junio de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario comunica al representante de los reclamantes la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

El 7 de julio de 2015 comparece en las dependencias administrativas el letrado, y se le hace entrega de una fotocopia de la documentación incorporada al expediente hasta ese momento -307 folios-, según se hace constar en la diligencia extendida al efecto.

Con fecha 9 de julio de 2015, los interesados presentan en el Registro General de la Delegación del Gobierno en Cantabria un escrito de alegaciones en el que, a la vista de la documentación obrante en el expediente y el historial médico, así como de un informe pericial que adjuntan, se reafirman en todos los términos de su reclamación inicial. Así, insisten en que “es muy probable que con la práctica de una cesárea inmediata se hubiera salvado la vida del recién nacido mortinato”, en que la perjudicada “salió del Hospital ‘X’ en estado muy grave y su traslado en estas circunstancias puede haber resultado improcedente”, en que “no hubo acuerdo entre el Hospital ‘X’ y el Hospital ‘Y’ (...) en cuanto al traslado hospitalario” y en que “se ha producido una falta de coordinación entre centros sanitarios y en cuanto a protocolos de actuación médica”, concluyendo que “la asistencia sanitaria en el parto (...) puede haber resultado, presuntamente, imprudente y evidenciadora de una mala praxis médica, dado el resultado de la muerte de su hijo”. Manifiestan que “todas estas conclusiones tienen como premisa fundamental la afirmación del doctor experto en la materia de que se trataba de una ‘paciente de alto riesgo obstétrico’. Sin embargo, por lo que se deduce de las actuaciones hasta ahora recopiladas, cabe deducir que hasta el final la intervención médica fue como si se tratara de una paciente normal, con rutina en todas las actuaciones”. A esta

enumeración de reproches añaden la vulneración de “la propia dignidad de la paciente y el deber de información a sus familiares”, así como la “descoordinación, errores y falta de medios demostrada por el Hospital `X`”.

Acompañan el escrito de alegaciones de un informe pericial suscrito el 7 de octubre de 2014 por un Catedrático de Obstetricia y Ginecología de la Universidad Autónoma de Barcelona, en la Unidad Docente del Hospital Vall d´Hebron. En él se abordan las cuestiones relativas al embarazo, al embarazo a término-parto, a la embolia de líquido amniótico y al traslado de la paciente. Por lo que se refiere al embarazo, señala que “se trataba de un embarazo único deseado tras implante de 2 embriones en fase D3 (...) el 18-enero-2013 con óvulos propios: se vitrifica un embrión en D6. La evolución de esta fase es normal. Los controles posteriores son normales propios de gestación única normal”.

Respecto al embarazo a término-parto, indica que “el control de la gestación hasta ese momento ha sido normal, realizando todos los controles recomendados por la (...) Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia)./ El primer contacto de la gestante con el hospital es el 20 de octubre de 2013 (...); a las 16:40 horas en el Centro de Salud ..... (...), donde acude y se señala: gestante a término, ingreso mañana para inducción al parto”, constanding “como enfermedad actual (...) `desde ayer con fiebre, ahora 38º (fiebre de 48 horas), no otros síntomas, salvo molestias en zona genitourinaria´. Se deriva a Urgencias del Hospital `X´ (...) en transporte propio, según consta./ La primera valoración hospitalaria la encontramos en un registro cardiotocográfico que consta a las 18:05 (aunque el ingreso es posterior). En este registro se observan caídas de la frecuencia cardíaca fetal (...) que interpreto como dips umbilicales severos, según la clasificación de Caldeyro-Barcia (1976-1977), lo que indica que se produce hipoxia (falta de oxígeno) en algunas contracciones porque se observa la `existencia de bradicardia residual´, persistencia de la bradicardia al terminar la contracción. El concepto de corioamnionitis es el mismo de infección amniótica, se puede producir cuando se rompe la bolsa amniótica y por ascenso de los microbios de la vagina se puede producir una

infección que afecta al feto y al útero, pudiendo producir un grave cuadro de sepsis materna de pronóstico grave. Esta patología es totalmente independiente de la embolia de líquido amniótico. En este caso de gestación a término, 41 6/7 semanas con infección amniótica de 48 horas, con fiebre y leucocitosis y aumento de la PCR, debe interrumpirse la gestación inmediatamente. Puede terminarse por vía vaginal, pero en estas circunstancias considero que es indicación inmediata la cesárea. La gravedad del cuadro viene determinada por el último patrón que se registra a las 21:30 h y es un registro cardiotocográfico que precede a la muerte fetal./ La primera notificación que consta en la historia es el ingreso a las 20:08 h, en el que se indica un hemograma, antitérmicos y una analítica realizada a las 20:18 h. La fiebre no se modifica con los antitérmicos./ En la analítica destaca una infección severa: 28.550 leucos con 85% de neutrófilos y una PCR de 93,39 (rango 0-5). Queda constancia de que se inicia tratamiento antibiótico (en una hoja de farmacia consta ampicilina y gentamicina). Se explica a la paciente el cuadro clínico y se inicia inducción del parto (en la hoja de registro cardiotocográfico he podido precisar que se induce con oxitocina iv)".

Sostiene que se trata de una "paciente de alto riesgo obstétrico + gestación a término de 41 6/7 semanas + fiebre de 48 horas (actualmente 38 °C) y líquido amniótico disminuido + dips variables severos, siendo, según nuestra impresión, una indicación clara de que debería haberse practicado a la paciente una cesárea inmediata antes de que se produjera el cuadro materno./ Lo cual nos permite afirmar que con esta conducta, la cesárea inmediata de la paciente, es muy probable que (...) hubiera podido lograr la supervivencia del feto. Las maniobras de reanimación persistieron durante 35 minutos. En la necropsia se demuestra que la muerte es producida por una hipoxia grave. Existe además una neumonía producida por la aspiración de líquido amniótico que reviste muy poca importancia; por tanto, la causa de la muerte fetal es la hipoxia (falta de oxígeno fetal durante el parto)".

Sobre la embolia de líquido amniótico, manifiesta que "el cuadro materno parece corresponder a una embolia de líquido amniótico que es un cuadro

impredictible con una alta mortalidad materna y fetal. La prevalencia mundial varía entre el 2 y el 8 x 100.000 partos, y es un cuadro imposible de predecir. Existen una serie de factores de riesgo, siendo la edad materna superior a 35 años el único que se da "en esta paciente. Parece que se inicia en el momento (en) que después de una exploración la paciente pierde la conciencia con rigidez corporal, e inmediatamente se procede a realizar una cesárea extrayendo un neonato sin signos de vitalidad, a pesar de las maniobras de reanimación. Después de la cesárea se produce una coagulopatía (hemorragia difusa), se efectúa la maniobra de Lynch y se administra el adecuado tratamiento médico, aporte de sustancias vasopresoras y factores de coagulación. Este cuadro tan agudo hay que diferenciarlo de otros, como la embolia pulmonar, que no acostumbra a asociarse con coagulopatía, y el infarto de miocardio, por las alteraciones electrolíticas que aparecen./ La evolución de la paciente en este caso fue totalmente anormal porque debe atribuirse a un cuadro agudo que sería la embolia de líquido amniótico. La paciente inicia un cuadro de rigidez y falta de respuesta a estímulos, así como cianosis. Se realiza la cesárea urgente y se observa al terminar una resistencia elevada a la entrada de aire./ Posteriormente analizaremos la conducta más adecuada de los consensos sobre el tema./ Asimismo se produce parada cardíaca que requiere reanimación y en el ECG se observa elevación de ST en II, III y aVF. A partir de ese momento nos informan de una troponina T que impide valorar la coagulación con la aparición de la coagulopatía que es tratada médica y quirúrgicamente./ La embolia de líquido amniótico es la responsable de este cuadro catastrófico e imprevisible, como lo demuestra el hecho de que en la necropsia materna se (muestra) a nivel pulmonar la existencia de escamas córneas fetales que destacan más con las tinciones de azul de alcian".

En cuanto al traslado de la paciente, subraya que esta "había presentado varias crisis con requerimiento de reanimación cardiopulmonar. Eso *per se* sería contraindicación de movilización", pero, por otra parte, en el artículo que refiere se indica que "las pacientes con un cuadro de embolismo de líquido amniótico que tienen una elevada mortalidad pueden mejorar en una Unidad de Cuidados

Intensivos. En este mismo estudio multidisciplinario sobre el tema se describen los pasos a establecer en casos de sospecha de embolismo de líquido amniótico:/ Intubación. Ventilación invasiva./ Monitorización./ Sustancias vasopresoras./ Aparte de otras medidas como cánula arterial, ecocardiografía transesofageal./ En el momento en que la paciente ingresa se detecta patología: infección intraamniótica y alteraciones de la (frecuencia cardíaca fetal) (dips variables), pero nada hace prever que se vaya a producir un cuadro de embolismo de líquido amniótico. Las revisiones multicéntricas de este cuadro recomiendan que las pacientes sean atendidas en una UCI, no por falta de material, sino porque se recomiendan unos requerimientos de los que el personal de estas unidades tiene gran experiencia. Se deduce de la historia clínica que el Hospital `X` (...) carece de Unidad de Cuidados Intensivos, y el pensar en la derivación antes de que se inicie el cuadro no tiene sentido. La organización de la asistencia y las derivaciones tienen unas características distintas según la región y/o comunidad autónoma que yo desconozco en este caso./ La necesidad de derivación de una paciente a lo largo del parto desde un centro autorizado para la asistencia al parto es excepcional. Siempre existe la posibilidad de una patología excepcional que precise que la mujer sea derivada. Y esto es lo que sucede en este caso con una incidencia tan baja de 2 - 8 x 100.000 partos. Evidentemente, surge la duda de si trasladar a una paciente que presenta continuos episodios de parada cardíaca que requieren reanimación cardiopulmonar./ La cuestión planteada no es el (...) traslado en sí, sino el traslado de una paciente en esas condiciones./ Las grandes revisiones del tema nos marcan las pautas de tratamiento” -reseñando bibliografía al respecto-, “que, como hemos visto anteriormente, solo pueden ser realizadas en un centro de referencia. Así, aparte de las recomendaciones básicas de oxigenación, fármacos vasopresores, control de coagulación, medidas de reanimación etc.”, el autor que cita “ha descrito otras medidas basadas en la evidencia que pueden aplicarse: embolización uterina, bypass cardiopulmonar para el tratamiento de la constricción pulmonar catastrófica, prostaciclina inhalada y oxigenación extracorporeal membranosa./ La realidad es que la

paciente fue trasladada en una ambulancia medicalizada desde el Hospital `X` hasta el Hospital `Y` (...), donde se complementa el tratamiento y se procede a estudio continuo de las constantes y ECG. Ahora bien (...), salió del Hospital `X` en estado muy grave y dicho traslado hospitalario puede haber resultado improcedente en este caso./ La deficiencia más importante en este caso es la falta de acuerdo entre el personal de ambos hospitales en cuanto a la necesidad o no de trasladar a una paciente con gravedad. Sin embargo, este problema es solo atribuible a la organización sanitaria de la zona, que debe tener protocolizado este problema. Es muy difícil saber cuál podría haber sido la evolución materna porque probablemente, aunque hubiera sobrevivido, hubieran quedado secuelas neurológicas. En las Unidades (de Cuidados) Intensivos puede mejorar la supervivencia, pero se requiere personal especializado en estos temas. Por otra parte, creemos que una Unidad de Cuidados Intensivos en un hospital alejado es necesaria, pero es un problema de organización sanitaria”.

Concluye que se trata de “una paciente que después de una FIV queda gestante y es controlada en el ambulatorio local con toda normalidad. Se le realizan todos los controles adecuados. Se decide inducción a la 42 semana./ Sucediendo que 48 horas antes la paciente acude al Centro de Salud ..... (...) porque refiere tener fiebre de 48 horas de evolución. El cuadro clínico parece de infección amniótica y se decide inducir./ La realización de la cesárea inmediata después de valoración es el punto fundamental, ya que probablemente hubiera ayudado a obtener la supervivencia del feto./ Durante la inducción la paciente presenta un cuadro de pérdida de conciencia con convulsiones que requiere reanimación, se realiza cesárea inmediata extrayendo un feto muerto. La paciente después de la cesárea presenta una coagulopatía que se soluciona con la técnica de Lynch./ A pesar de ello (...) va presentando paros cardíacos, por lo que después de reanimarla se decide enviarla desde el Hospital `X` al Hospital `Y` (...), donde fallece después de reanimación en la entrada de la UVI: este aspecto de coordinación entre médicos, hospitales o sanidad es un tema fundamental en esta historia”.

**11.** Mediante oficio de 16 de julio de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas traslada las alegaciones presentadas a la correduría de seguros.

**12.** El día 21 de agosto de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella analiza el informe pericial aportado por los interesados en la fase de alegaciones y los concretos reproches que en él se hacen a la asistencia sanitaria prestada a la perjudicada.

Por lo que se refiere al informe pericial, precisa, en relación con el embarazo, que “se trataba de una gestación única, tras FIV, sometida a controles periódicos posteriores que fueron normales y adecuados”.

Sobre el embarazo a término-parto, aclara que “la paciente acudió al Servicio de Urgencias del Hospital ‘X’ (...) por fiebre de 48 h de evolución y fue diagnosticada de corioamnionitis, por lo que se inició antibiótico pertinente y se decidió inducción al parto”, según los protocolos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Añade que “tras la administración de antitérmicos la temperatura materna se modifica (37,3 °C), hecho que consta en el registro cardiotocográfico. La sospecha de corioamnionitis no es, en ningún caso, indicación de finalización del parto por cesárea. Con respecto al registro cardiotocográfico, los términos empleados en el informe recibido (...), no se ajustan a las definiciones recogidas en las guías de práctica obstétrica actual. Se trata de un registro con frecuencia cardíaca fetal basal en rango de normalidad, con presencia de aceleraciones, con buena variabilidad en todo momento y con presencia de deceleraciones variables atípicas durante las cuales se conserva la variabilidad. Se objetiva igualmente la presencia de dinámica leve e irregular. El registro en ningún momento cumple criterios para la indicación de cesárea urgente, considerando que en todo caso dicha indicación vendría determinada por la situación clínica global de la paciente”. Entiende que “la gravedad del cuadro viene determinada por la embolia de

líquido amniótico que la paciente sufre a las 21:30 h, que provoca una hipoxia materna y fetal agudas (manifestada esta última como una bradicardia súbita en el registro cardiotocográfico), y que fue definida como causa final del fallecimiento de ambos./ Se puede concluir que se estableció la sospecha de una corioamnionitis en gestación a término (41 + 6/7), siendo esta indicación de tratamiento antibiótico y de finalizar la gestación mediante inducción del parto, por tratarse de una gestación a término, no existiendo indicación de cesárea urgente previa al embolismo de líquido amniótico”.

En cuanto al embolismo de líquido amniótico, afirma que “es un cuadro imposible de predecir. Su presentación, por lo general fulminante, provoca cifras de mortalidad materna entre el 61% - 86%, según las series (50% en la primera hora); el porcentaje de daño neurológico en las supervivientes supera el 80%. La mortalidad neonatal es aproximadamente del 20 - 30%, si bien se ha descrito un daño neurológico permanente en el 50% de los supervivientes. El tratamiento es sintomático, dirigido al mantenimiento de la oxigenación, reestablecer la estabilidad hemodinámica y corregir la coagulopatía. Si el feto está suficientemente maduro se realizará una cesárea lo más rápidamente posible. Pueden ser necesarios fármacos vasoactivos y ventilación mecánica. El síndrome de embolismo de líquido amniótico es una de las complicaciones más temibles del embarazo, una situación catastrófica que no puede ser prevista por ninguna prueba diagnóstica y cuya mortalidad continúa siendo muy elevada. Incluso aquellos casos que sobreviven presentan graves secuelas debidas fundamentalmente a la hipoxia cerebral. El desenlace en los neonatos es también pobre, aunque puede mejorarse mediante una cesárea precoz”.

Finalmente, respecto al traslado de la paciente, señala que, “dada la sospecha diagnóstica de embolismo de líquido amniótico, se asumió que la situación de la paciente era de extrema gravedad, que su pronóstico era muy grave y que se habían agotado los recursos disponibles en el (Hospital `X´), por lo que la única oportunidad para intentar mejorar sus escasas posibilidades de supervivencia era su traslado a un hospital de referencia, como así se hizo una vez conseguida la estabilidad hemodinámica./ Con los primeros hallazgos

clínicos (parada cardíaca y trazado de SCASEST) dicho traslado se consensuó con el Servicio de Cardiología-Hemodinámica del Hospital `Y` (...) para realizar un cateterismo cardíaco. Las complicaciones posteriores y la sospecha diagnóstica de (embolia de líquido amniótico) hicieron necesario que fuera trasladada a un Servicio de UCI, lo que fue asumido por los facultativos de dicho Servicio en el (Hospital `Y`). En el transcurso evolutivo, y ante la inestabilidad de la paciente, indicaron que se les informara previamente antes de proceder a dicho traslado. Esta información no se llegó a producir, de forma involuntaria por parte de los responsables del (Hospital `X`), dadas las circunstancias de urgencia, participación de diferentes facultativos y encontrarse el médico de la UVI móvil fuera del centro. Tras el fallecimiento de la paciente y (...) disponer de toda la información clínica, los facultativos de la UCI del Hospital `Y` reconocieron que el traslado de la paciente debería hacerse a su Servicio. No se produjeron incidentes durante el traslado y no se puede afirmar que este contribuyera al fatal desenlace”.

Concluye que “la atención sanitaria prestada (...) en el (Hospital `X`) se basó en la situación clínica de la paciente y la sospecha diagnóstica inicial de corioamnionitis y posterior de embolismo de líquido amniótico. La práctica médica se ajustó a la *lex artis ad hoc*. Se agotaron -para su tratamiento- todos los recursos disponibles en el centro, por lo que se consideró indicado su ingreso en un servicio de UCI, y así fue asumido inicialmente por los facultativos del (Hospital `Y`), su hospital de referencia. A su llegada al (Hospital `Y`) se realizaron maniobras de RCPA que resultaron infructuosas./ El desenlace final -fallecimiento de la paciente y su hijo- no guardó relación con la asistencia prestada, que fue la adecuada en las diferentes fases del proceso asistencial y se ajustó a la *lex artis*. Como se ha descrito, la patología responsable del cuadro clínico es de presentación imprevisible, cursa de manera catastrófica y se asocia con una mortalidad muy elevada, con frecuencia inevitable e independiente de los recursos terapéuticos invertidos en su abordaje”.

En cuanto a los concretos reproches que se formulan en el escrito de alegaciones, razona, en relación con la afirmación de que “es muy probable que con la práctica de una cesárea inmediata se hubiera salvado la vida del recién nacido mortinato”, que la *lex artis ad hoc* “no recomienda que se finalice el embarazo de forma urgente mediante una cesárea ante un diagnóstico de corioamnionitis. El registro de monitorización fetal en ningún momento cumplió criterios para la indicación de cesárea urgente y permitió la inducción al parto bajo cobertura antibiótica correctamente pautada./ Solo en el trazado inmediato al inicio abrupto de la embolia de líquido amniótico (21:30 h) se aprecia una bradicardia súbita en el registro cardiotocográfico, lo que llevó a la práctica de una cesárea emergente. La cesárea se practicó, por tanto, al advertirse pérdida de bienestar fetal. Los trazados de monitorización fetal no indicaron que hubiera debido practicarse antes”.

Respecto a la aseveración de que “el traslado de la paciente, en estado muy grave, puede haber sido improcedente”, pone de manifiesto que “el traslado (...) a un centro de referencia para su ingreso en una UCI era la única oportunidad de supervivencia de la paciente, dadas las circunstancias y la sospecha clínica. Este se realizó cuando se consiguió estabilizar hemodinámicamente a la paciente, que sufrió varias paradas cardíacas consecutivas, infarto agudo de miocardio y coagulopatía severa. Los facultativos de la UCI del (Hospital `Y´) aceptaron dicho traslado, aunque indicaron que se les informara inmediatamente antes de proceder al traslado cuando aún desconocían todas las circunstancias clínicas del caso”.

Sobre la “falta de acuerdo entre el Hospital `X´ y el Hospital `Y´ en cuanto al traslado hospitalario”, subraya que “la revisión de los informes médicos recabados permite evidenciar que (...) el volumen de los facultativos implicados en el (Hospital `X´) y las circunstancias clínicas y de urgencia y extrema gravedad del caso propiciaron una `aparente´ falta de acuerdo con los facultativos del (Hospital `Y´). Inicialmente se produjo una parada cardíaca y se diagnosticó un SCASEST, por lo que se acordó el traslado de la paciente a la Unidad de Hemodinámica del (Hospital `Y´) para la realización de un

cateterismo cardíaco. Dada la evolución clínica y la sospecha diagnóstica de (embolia de líquido amniótico) se informó al S. de Hemodinámica del (Hospital `Y´), que a su vez informó a la UCI. Se decidió entonces su traslado inmediato al (Hospital `Y´) para continuar el tratamiento, que pudiera ser complementado con otros recursos terapéuticos no disponibles en el (Hospital `X´). Al médico del SAMU se le indicó desde el (Hospital `Y´) que debía dirigirse al Servicio de Urgencias (...), donde sería valorada por Hemodinámica, UCI y Ginecología. Finalmente, los facultativos de UCI del (Hospital `Y´) reconocieron que el traslado debía haberse hecho a su Servicio dada la situación de extrema gravedad de la paciente y la sospecha diagnóstica de embolia de líquido amniótico, como única oportunidad de ofrecerle un tratamiento eficaz”.

En cuanto a la “falta de coordinación entre centros sanitarios y protocolos de actuación médica”, reseña que “los protocolos médicos se aplicaron de forma rigurosa y adecuada al cuadro clínico. No hubo falta de coordinación entre centros sanitarios. Hubo contacto telefónico permanente. La toma de decisiones médicas se fue adaptando a la evolución clínica de la paciente y a la sucesión de complicaciones, y no interfirió en el desenlace final”.

En relación con la afirmación de que la “asistencia sanitaria en el parto puede haber resultado imprudente y evidencia mala praxis”, destaca que la *lex artis ad hoc* no recomienda que se finalice el embarazo de forma urgente mediante una cesárea ante un diagnóstico de corioamnionitis. Se ha aportado un extracto de un artículo científico actualizado que incluye protocolos clínicos del H. Clínico de Barcelona al respecto. También se adjunta informe de las ginecólogas que atendieron a la paciente en el parto”.

Sobre la consideración de que se trata de una “paciente de alto riesgo obstétrico”, manifiesta que tenía 39 años de edad, se encontraba en la 41 semana de gestación. Se trataba de una gestación conseguida mediante fecundación `in vitro´ que había evolucionado durante todo el embarazo con absoluta normalidad y a la que se le realizaron todos los controles adecuados”.

Respecto a la aseveración de que “los extractos de los informes médicos corroboran la sucesión de errores manifiestos vulnerando la praxis médica, la

dignidad de la paciente y el deber de información a sus familiares”, sostiene que “la atención prestada se ajustó en todo momento a una praxis médica correcta. No se puede afirmar que la dignidad de la paciente, del recién nacido mortinato y de los familiares fuera vulnerada en ningún momento./ El proceso de información clínica fue continuado y afectó a los diferentes hechos que fueron aconteciendo. La paciente y su esposo fueron informados de que ante la sospecha de una corioamnionitis se le iba a realizar la inducción al parto, y una posible anestesia epidural. La paciente firmó los documentos de consentimiento informado para ambos procedimientos, si bien posteriormente y de forma verbal revocó el de la anestesia epidural. Cuando se produjo el fallecimiento del neonato se informó a su padre, quien autorizó la necropsia de aquel. La información posterior al esposo y a los padres de la paciente se vio interferida por la situación de extrema gravedad de la paciente, pero, de forma previa al traslado al (Hospital `Y´), fue realizada por las dos ginecólogas que atendieron a la paciente y la pediatra del centro. El contenido de la misma fue amplio e incluyó aspectos clínicos, ginecológicos, cardiológicos, y pronósticos (posibilidad de fallecimiento en el traslado). A su llegada al (Hospital `Y´) fueron informados por un facultativo de la UCI, y tras su fallecimiento por los dos facultativos de UCI./ La información entre los facultativos de ambos centros implicados se realizó de forma telefónica en varias ocasiones, y por escrito en el traslado”.

En cuanto a la “descoordinación. Errores y falta de medios demostrada en el Hospital `X´”, afirma que “todos los facultativos y resto de personal sanitario del (Hospital `X´) que atendieron a la paciente lo hicieron de forma coordinada, asumiendo en todo momento sus funciones y aquellas otras que fueran necesarias dadas las circunstancias de extrema gravedad vividas. Toda la plantilla de facultativos que estaba de guardia el día de los hechos participó en la atención de la paciente y el recién nacido mortinato. La jefa del Servicio de Ginecología también acudió al centro y atendió a la paciente durante la cesárea, aun no estando de guardia./ La coordinación con el (Hospital `Y´) se hizo vía telefónica y se facilitó toda la información disponible hasta el momento

del traslado/. La decisión final del traslado al (Hospital `Y´) se hizo una vez estabilizada hemodinámicamente la paciente y toda vez que los recursos terapéuticos disponibles se habían agotado. La paciente debía ser ingresada en una UCI -no disponible en el (Hospital `X´)- y ello había sido asumido por los facultativos implicados de ambos centros. La única oportunidad de supervivencia de la paciente, dada la sospecha diagnóstica, su situación clínica y una vez alcanzada una relativa estabilidad hemodinámica, era su traslado urgente” al Hospital “X”.

**13.** Mediante escrito de 10 de septiembre de 2015, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento seguido.

**14.** El Pleno del Consejo Consultivo, en la reunión celebrada el día 29 de octubre de 2015 y a propuesta del ponente, de conformidad con lo establecido en el artículo 37.3 de su Reglamento de Organización y Funcionamiento, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a la vista de las discordancias observadas entre el informe pericial aportado por los reclamantes y la propuesta de resolución sometida a su consideración en cuanto a la interpretación que cabría dar a los registros cardiotocográficos y demás pruebas analíticas obrantes en la historia clínica remitida, acordó que se ampliara el expediente, para mejor proveer, con un informe que diera respuesta a la cuestión de “si los resultados que arrojan los registros cardiotocográficos y las pruebas analíticas que figuran en el expediente remitido, y que fueron realizados a la gestante en los momentos posteriores a su ingreso en el Hospital `X´ alrededor de las 18 horas del día 20 de octubre de 2013, debieron ser interpretados en el sentido de indicación de la necesidad de proceder a la realización de una cesárea inmediata, o, en otro caso, en qué momento posterior los registros indicaron la urgencia de la intervención”.

El acuerdo se remite a la autoridad consultante el 4 de noviembre de 2015, que acusa recibo del mismo el día 6 de noviembre de 2015.

**15.** El día 12 de febrero de 2016, se recibe en este Consejo un escrito del Secretario General Técnico de la Consejería de Presidencia y Participación Ciudadana al que se adjunta el informe pericial elaborado, con fecha 26 de enero de 2016, por el Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Central de Asturias y Catedrático de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Oviedo.

En él expone, en relación con el "registro cardiotográfico desde las 18:30 h hasta 5 minutos antes de su terminación", que "la morfología del registro permite confirmar una línea de base situada habitualmente entre 120 y 160 latidos, con una variabilidad moderada y con presencia de deceleraciones variables que aparecen de modo intermitente y en algunos momentos del mismo de un modo recurrente. Estas características permiten catalogar dicha monitorización intraparto como trazado tipo II de la clasificación del 'American College of Obstetricians and Gynecologists' (en adelante ACOG). En cuanto a la fiabilidad de la monitorización fetal, esta presenta una alta tasa de falsos positivos, es decir falsa detección de hipoxia fetal sin que esta exista y el feto se encuentre totalmente normal (...). De hecho, la mayoría de las anomalías de los trazados no se asocian con acidosis fetal. Ello ha hecho que se haya introducido el ambiguo término de 'riesgo de pérdida de bienestar fetal' que se utiliza en la actualidad como diagnóstico en los casos de una monitorización patológica./ Referente a la interpretación de los trazados cardiotocográficos, es subjetiva y no muy reproducible. Es decir, no se trata de una ciencia exacta. Diversos estudios han consistentemente puesto de manifiesto una gran variabilidad inter e intraobservador (...), existiendo en ocasiones una gran incertidumbre en la evaluación de las gráficas. En algunos casos son patognomónicas no ofreciendo duda alguna, y siempre la interpretación es muchos más sencilla a 'posteriori' cuando se conocen los resultados perinatales./ En cuanto a la clasificación y nomenclatura de los registros cardiotocográficos, existe una gran disparidad y falta de normativa internacional. La subjetividad y los falsos positivos explican la gran diversidad

de clasificaciones de sus alteraciones introducidas en la literatura médica. Actualmente no existe un consenso universal sobre la nomenclatura, ni sobre la clasificación de los registros cardiotocográficos./ A este respecto, el (ACOG) ha introducido y aprobado una clasificación que tiene posiblemente la más amplia utilización clínica, no solo en Estados Unidos, sino en el resto de los países y que es la que se usa en el (Hospital Universitario Central de Asturias). De tal manera, se clasifican los registros en tres variedades. El trazado tipo I es tranquilizante e indica una mínima probabilidad de acidemia. Un trazado con estas características presenta:/ línea de base entre 110 y 160 latidos por minuto/ ausencia de deceleraciones tardías o variables/ variabilidad de la línea de base entre 6 y 25 latidos/ puede presentar deceleraciones precoces/ las aceleraciones pueden estar presentes o ausentes./ El trazado tipo III es claramente anormal y se asocia a un aumento de la probabilidad de acidemia. Estos trazados presentan variabilidad ausente de la línea de base asociado a alguna de las siguientes características:/ deceleraciones tardías recurrentes/ deceleraciones variables recurrentes/ bradicardia./ En la terminología de esta clasificación se denominan deceleraciones recurrentes aquellas que aparecen en más del 50% de las contracciones./ El trazado tipo II incluye aquellos que no se pueden clasificar en la categoría I (normal) ni en la III (anormal), recibiendo la denominación de `categoría indeterminada` (...). Estas gráficas son de frecuente aparición en la monitorización continua intraparto y en algunas publicaciones llegan a alcanzar el 84% de los trazados (...). El potencial de presentación de acidosis es muy variable y si estos trazados se mantienen estables durante prolongados periodos de tiempo pueden representar un pronóstico incierto”.

Señala que “ante la existencia de un trazado tipo II, también denominado `indeterminado` o `atípico`, y para poder evaluar con exactitud la situación fetal hubiera sido necesario el estudio de una micromuestra de sangre fetal para determinar el pH fetal./ El (Hospital Universitario Central de Asturias) es un centro al que se refiere la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (...), quien establece en su `Guía práctica de asistencia-monitorización fetal

intraparto' (...) una serie de consideraciones de gran utilidad en estos casos. Consta que `en la mayor parte de los centros la vigilancia fetal intraparto se realiza mediante el estudio de la frecuencia cardíaca fetal (...), que es un método continuo, no invasivo y con un alto valor predictivo negativo. Cuando esta prueba es patológica se descartan los falsos positivos (que pueden alcanzar el 50 - 70%) mediante la determinación del pH en cuero cabelludo fetal, que se considera el indicador más fiable y el parámetro que mejor sustenta la indicación de una finalización inmediata del parto debido al riesgo de pérdida de bienestar fetal (...)' . Así mismo, establece que `el método más preciso de evaluar el estado del feto es conocer la situación de su equilibrio ácido base y la monitorización bioquímica está considerada como «prueba de oro» para el diagnóstico de la acidosis fetal' . `El microanálisis de sangre fetal tiene una clara finalidad, disminuir el porcentaje de diagnósticos falsos positivos inherentes a otros procedimientos de monitorización' . Considera indicaciones absolutas para realizar una microtoma de sangre en el cuero cabelludo fetal, siempre que sea técnicamente posible, entre otras: patrón dudoso, patológico a de mal pronóstico de la frecuencia cardíaca fetal en la monitorización electrónica fetal./ La microtoma de unas gotas de sangre fetal se realiza habitualmente con un kit y se utiliza un aparato situado en la zona de partos -para una adecuada medición y rapidez en la toma de decisiones-, medidor del equilibrio acidobase. A través de un amnioscopio se expone el scalp fetal y tras una micropunción con una lanceta de 2 mm se obtiene una gota de sangre que se recoge en tubos *ad hoc* heparinizados”.

Considera que “la conducta a seguir -expectante o terminación inmediata- en estos registros depende del valor del pH./ De acuerdo con las directrices de la (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia) en su Guía práctica de asistencia-monitorización fetal intraparto (...) se establecen los siguientes criterios (...): Si el pH es mayor de 7,25 no es necesario repetir la microtoma, ni tomar ninguna decisión a menos que se presenten otras indicaciones o persistan alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal. Si el registro sigue siendo patológico o dudoso se debe repetir la determinación a los

15 minutos (...). Si el pH está entre 7,20 – 7,24 fuera del periodo expulsivo se debe repetir la determinación en unos 15 minutos. En el caso de persistir estas cifras se extraerá el feto en un tiempo mínimo de una hora. Si se produce un descenso por debajo de 7,20 se debe proceder a la finalización del parto (...). Si el pH es menor de 7,20 se recomienda la extracción fetal por la vía más rápida y segura según las condiciones obstétricas”.

Respecto al “registro cardiográfico en los últimos 5 minutos antes de su terminación”, pone de relieve que “el feto, y coincidiendo con la crisis materna, presenta una bradicardia mantenida de unos 60 latidos, con ausencia de variabilidad de la línea de base -gráfica tipo III (...)- que indica la necesidad de extracción inmediata, que es lo que se realizó mediante la práctica de una cesárea urgente”.

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 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), en relación con lo establecido en el artículo 31.1.a), los reclamantes, en tanto que pareja de hecho de la mujer fallecida y padre del mortinato, por un lado, y padre y madre

de la fallecida y abuelos del mortinato, por otro, se encuentran activamente legitimados para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron, pudiendo actuar por medio de representante con poder bastante al efecto, a tenor de lo establecido en el artículo 32 de la Ley citada.

No obstante, observamos que los vínculos familiares y de afinidad existentes entre los dos fallecidos y los reclamantes solamente puede ser deducida, y ello de manera parcial, de las certificaciones literales de defunción obrantes en el expediente, que incorporan, en cuanto a la identidad de los progenitores, únicamente sus nombres, sin apellidos. Así las cosas, habida cuenta de que la Administración no ha cuestionado en ningún momento su condición de interesados, ni ha entendido precisa la mejora de la acreditación formal de los vínculos alegados, en aplicación del principio de eficacia, reconocido en el artículo 103.1 de la Constitución, y recogido en el artículo 3 de la LRJPAC, procede analizar el fondo de la cuestión controvertida, no sin antes advertir de que si en el pronunciamiento se apreciara la concurrencia de los requisitos que permiten declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración no cabría una estimación de la reclamación sin que esta, por el procedimiento legal oportuno, verifique dicha legitimación mediante la acreditación formal de la plena identidad de los reclamantes y de su relación con los fallecidos.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

**TERCERA.-** En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 142.5 de la LRJPAC dispone que "En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse 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 octubre de 2014, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae

causa -el fallecimiento de los perjudicados- los días 20 y 21 de octubre de 2013, respectivamente. Por tanto, si tenemos presente que, de conformidad con lo establecido en el párrafo 2 del artículo 48 de la LRJPAC, si “el plazo se fija en meses o años, éstos se computarán a partir del día siguiente”, debemos concluir que, iniciado como más pronto el cómputo del plazo ahora examinado el día 21 de octubre de 2013, la reclamación presentada el 20 de octubre de 2014 lo ha sido dentro del plazo de un año legalmente determinado.

**CUARTA.-** El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC y, en su desarrollo, en el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Procedimiento de tramitación al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe de los servicios afectados -aunque con las peculiaridades que exponemos a continuación-, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Ahora bien, este Consejo Consultivo, tras haberse completado el expediente para mejor proveer, entiende que aún no es posible un pronunciamiento sobre el fondo de la consulta solicitada.

En efecto, los reclamantes interesan una indemnización por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de dos familiares -una madre y su hijo mortinato- que atribuyen a la asistencia que se les prestó por el servicio público sanitario.

Consta acreditado en el expediente el fallecimiento de los parientes de los interesados, por lo que resulta evidente que estos han sufrido un daño moral.

Los reclamantes imputan al servicio público sanitario los dos fallecimientos, y sirviéndose del informe pericial elaborado a instancia de dos de ellos el día 7 de octubre de 2014 por un Catedrático de Obstetricia y Ginecología de la Universidad Autónoma de Barcelona, en la Unidad Docente del Hospital Vall d'Hebron, diferencian la pretendida violación de la *lex artis* médica en la asistencia prestada a la madre en el momento del parto de la que condujo primeramente a la muerte del feto y a las pocas horas al óbito de la madre. Este planteamiento, que disocia el proceso asistencial de ambos fallecimientos no ha sido cuestionado por parte de la Administración sanitaria frente a la que se reclama.

Así las cosas, y comenzando por el estudio de la muerte del feto, que precedió en unas horas a la de la madre, el reproche que de manera explícita formulan aquellos ya en el escrito que da inicio al procedimiento no es otro que el de haber demorado la práctica de una cesárea, al afirmar que "la realización en la paciente de la cesárea inmediata después de valoración (cuestión de extraordinaria importancia) probablemente habría ayudado a obtener la supervivencia del feto".

En el trámite de audiencia profundizan en esta argumentación y aportan el mencionado informe pericial. En él, partiendo de los resultados de un registro cardiotocográfico realizado a la gestante a las 18:05 horas, en el momento de su llegada al Hospital "X", se observan "caídas de la frecuencia cardíaca fetal (...) que interpreto como dips umbilicales severos (...), lo que indica que se produce hipoxia (falta de oxígeno) en algunas contracciones porque se observa la `existencia de bradicardia residual`, persistencia de la bradicardia al terminar la contracción". Ello le lleva a afirmar que debería haberse interrumpido "la gestación inmediatamente" y que con una "cesárea inmediata de la paciente es muy probable que se hubiera podido lograr la supervivencia del feto".

La Administración no comparte las conclusiones del perito de los interesados, y en la propuesta de resolución sometida a nuestra consideración se indica, respecto a estos mismos registros cardiotocográficos, que “los términos empleados en el informe recibido (pericial de las alegaciones) no se ajustan a las definiciones recogidas en las guías de práctica obstétrica actual. Se trata de un registro con frecuencia cardíaca fetal basal en rango de normalidad, con presencia de aceleraciones, con buena variabilidad en todo momento y con presencia de deceleraciones variables atípicas durante las cuales se conserva la variabilidad. Se objetiva igualmente la presencia de dinámica leve e irregular. El registro en ningún momento cumple criterios para la indicación de cesárea urgente”.

Ante dicha discrepancia este Consejo acordó requerir una ampliación de la documentación obrante en el expediente mediante la incorporación al mismo de un informe de un perito experto en la materia en el que se analizara y diera respuesta a la cuestión que se le planteaba.

El perito informante sostiene que los registros cardiotocográficos obrantes en el expediente en el periodo que media “desde las 18:30 h hasta 5 minutos antes de su terminación” permiten “catalogar dicha monitorización intraparto como trazado tipo II de la clasificación” ACOG; constatación de la que parece derivarse -siguiendo las recomendaciones de la SEGO- la necesidad de que “para poder evaluar con exactitud la situación fetal hubiera sido necesario el estudio de una micromuestra de sangre fetal para determinar el pH fetal”.

Dada la importancia que se le otorga a la determinación del pH de la sangre fetal en este informe pericial, que lo califica expresamente como “prueba de oro” para el diagnóstico de la acidosis fetal”, el Consejo Consultivo estima que procede retrotraer el procedimiento a efectos de que por parte del órgano instructor, previo examen de las pruebas analíticas ya obrantes en el expediente, así como, en su caso, de aquellos informes que juzgue necesario recabar de los Servicios que prestaron la asistencia sanitaria -teniendo presente que los muchos que obran en el expediente son fruto de la “información previa

reservada” realizada antes de formularse la reclamación-, se determine si en el presente supuesto se procedió o no a la toma de “micromuestras de sangre fetal para determinar el pH fetal”, valorando a la luz de la *lex artis* la incidencia de dicha circunstancia en la muerte del feto, formulándose a continuación una nueva propuesta de resolución. De forma conexa, deberá ponderar si la práctica de una cesárea precoz a la realizada habría podido incidir en la aparición y evolución del cuadro de “tromboembolismo de líquido amniótico” al que se atribuye la causa fundamental del fallecimiento de la madre.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no es posible un pronunciamiento sobre el fondo de la consulta solicitada; debiendo retrotraerse el procedimiento en los términos que hemos dejado expuestos.”

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

Gijón, a .....

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.