

Dictamen Núm. 241/2023

V O C A L E S :

Sesma Sánchez, Begoña,
Presidenta
González Cachero, María Isabel
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
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 16 de noviembre de 2023, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 11 de julio de 2023 -registrada de entrada el día 17 de ese mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños derivados de la deficiente asistencia prestada durante el parto, que provocó la muerte del recién nacido.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 20 de mayo de 2022 un letrado, en nombre y representación de los interesados, presenta en la Oficina de Registro Virtual una reclamación de responsabilidad patrimonial -dirigida al Servicio de Salud del Principado de Asturias- por los daños derivados de la atención prestada por parte del servicio público sanitario con ocasión de un parto, durante el cual falleció el hijo y hermano de los reclamantes. Precisan que los progenitores actúan en su nombre propio y en el de dos hijos menores de edad, mientras que el quinto

reclamante es hermano de padre del difunto recién nacido, según se infiere de la documentación aportada a efectos de acreditar el parentesco.

Exponen que la madre del neonato ingresó en el Hospital el día 30 de mayo de 2021 “para inducción del parto por presentación inestable y feto grande”, parto que evolucionó bien “hasta la dilatación completa”, a pesar de que durante la fase expulsiva “la monitorización fetal mostró signos de pérdida de bienestar fetal por lo que se realizó cesárea urgente, observando rotura uterina con feto en cavidad abdominal que no respondió a las maniobras de reanimación”, figurando anotado en la historia clínica *exitus* intraparto.

Tras reseñar que el hospital se ha negado a facilitar cierta documentación solicitada, expresan que de la disponible “parece desprenderse que el motivo del fallecimiento del niño fue (...) un retraso en la extracción fetal tras objetivarse signos de rotura uterina”.

Solicitan una indemnización ascendente a trescientos mil euros (300.000 €).

Adjuntan poderes notariales conferidos por los reclamantes mayores de edad en favor del letrado actuante, copia de libros de familia y documentación médica relativa al proceso asistencial.

2. Mediante oficio de 5 de diciembre de 2022, la Gerente del Área Sanitaria VII remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia de la historia clínica relativa al proceso de referencia, así como el informe emitido por el Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del hospital en el que se produjo el alumbramiento.

En este último, además de formular diversas consideraciones médicas y razonar su aplicación al caso, se da respuesta detallada al reproche relativo a la “ocultación de documentación”, objeto de rechazo categórico.

3. El día 18 de enero de 2023, una especialista en Obstetricia y Ginecología y otro en Cirugía General y del Aparato Digestivo elaboran un informe a instancia de la compañía aseguradora. En él se realizan diversas consideraciones médicas

generales en relación con la rotura uterina, el desprendimiento de placenta y el control del bienestar fetal intraparto, analizando a continuación en detalle su aplicación al supuesto planteado.

Concluyen, por lo que razonan, que no existe negligencia o mala praxis en la asistencia prestada durante el parto.

4. Mediante oficio notificado al representante de los interesados el 10 de abril de 2023, la Jefa de la Sección de Apoyo del Servicio instructor le confiere trámite de audiencia.

El día 25 de ese mismo mes, el letrado actuante solicita la ampliación del plazo para efectuar alegaciones “en 2 meses”, a la vista del “volumen de documentos obrante en el expediente administrativo así como del informe pericial aportado” y “a fin de poder contratar a un perito médico que estudie la documentación y aportar su informe pericial”.

Concedida una ampliación de 8 días, con fecha 26 de mayo de 2023 el representante de los reclamantes presenta un escrito al que adjunta “informe médico-pericial” suscrito por un especialista en Ginecología y Obstetricia el 13 de mayo de 2023.

En él se efectúa un análisis de la asistencia prestada y se formulan diversas conclusiones en las que se cuestionan distintos aspectos de aquélla.

5. Con fecha 12 de junio de 2023, el Inspector de Prestaciones Sanitarias actuante formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella se reproducen las consideraciones expuestas en el informe del Servicio de Ginecología, señalándose que se fundan en “la literatura científica”, y se concluye la corrección puntual de las distintas decisiones terapéuticas adoptadas durante el parto, enfatizando por último que “la rotura uterina intraparto en un útero sin cicatriz previa es un evento extremadamente raro” que lleva aparejada la muerte fetal, aunque no en este caso la de la parturienta, tratándose de un episodio de “gravedad extrema” también para la gestante.

6. En este estado de tramitación, mediante escrito de 11 de julio de 2023, 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. 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), están los interesados 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 5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC).

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

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la 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 mayo de 2022, situándose el *dies a quo* en la fecha del parto durante el cual fallece el recién nacido, que tuvo lugar el día 31 de mayo de 2021, por lo que 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 recogidas 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 aprecia 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 21.1 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 “Sólo 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 aquéllos, 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 un procedimiento de responsabilidad patrimonial por los daños derivados del fallecimiento de un recién nacido, ocurrido durante el parto.

Del examen del expediente resulta acreditado el óbito, producido en un hospital público, por lo que cabe presumir que aquel ha causado a los interesados un daño moral cierto. Se advierte no obstante que uno de los reclamantes tiene un parentesco de tercer grado colateral con el fallecido, sin que pueda presumirse en este caso un daño moral indemnizable a falta de otras pruebas directas o indiciarias.

Ahora bien, la mera constatación de un perjuicio efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica *per se* la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si el mismo se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio sanitario y si ha de reputarse antijurídico.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo (por todos, Dictamen Núm. 80/2020), el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente 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, o la falta de curación, 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 favorables en relación con la salud del paciente.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por los reclamantes y cuya efectividad ha sido acreditada es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar 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 -ciencia o arte médica- 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 -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

También ha subrayado este Consejo (por todos, Dictamen Núm. 81/2019) 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.

Asimismo, y puesto que se reprocha, aunque de forma un tanto difusa, un retraso diagnóstico (pues el informe pericial de parte considera que existían indicios de la producción de la rotura uterina, complicación directamente relacionada con el fallecimiento del feto intraparto), hemos de recordar que el servicio público sanitario no tiene la obligación de determinar la naturaleza de la enfermedad antes de la manifestación de sus signos clínicos típicos, ciñéndose el deber médico a la aplicación de los medios precisos en función de los síntomas mostrados por los pacientes. En otras palabras, como venimos señalando de forma constante (entre otros, Dictámenes Núm. 213/2019 y 66/2021), la *lex artis* médica no impone el empleo de más técnicas diagnósticas que las indicadas en función de los síntomas y signos clínicos apreciados en cada paciente, ni mucho menos ampara la realización prospectiva o indiscriminada de pruebas a falta de cualquier sospecha clínica.

Debemos subrayar, asimismo, que el hecho de que sea la clínica la que determina el alcance de la obligación de medios conlleva que quien persiga una indemnización por mala praxis en la fase de diagnóstico deba acreditar que los síntomas o signos existentes al tiempo de recibir la asistencia que reputa deficiente eran sugestivos de la patología finalmente evidenciada -al menos en un grado de probabilidad suficientemente significativo, ya que existen patologías de diversa entidad y prevalencia que cursan una clínica similar-, y que tal sospecha diagnóstica imponía la aplicación de técnicas y medios distintos de los empleados. Tal y como recuerda la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 20 de septiembre de 2023 - ECLI:ES:TSJAS:2023:2000- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 2.ª), "la jurisprudencia ha precisado (...) que no cabe `efectuar un análisis retrospectivo una vez que se sabe lo que realmente aconteció', ya que no deben valorarse los antecedentes a la vista de las consecuencias, sino que lo suyo es cotejar los síntomas que presentaba la paciente con lo establecido o aconsejado según los protocolos y estándares de asistencia".

Los reclamantes sostienen inicialmente que "de la escasa documentación facilitada parece desprenderse que el motivo del fallecimiento del niño fue (...) un retraso en la extracción fetal tras objetivarse signos de rotura uterina", y advierten que "la ausencia de documentación" impide "concretar con exactitud la mala praxis", si bien observan la existencia de "signos evidentes de rotura uterina que fueron infravalorados, demorando la extracción fetal, lo que provocó la hipoxia intraparto con posterior fallecimiento del feto".

Con ocasión del trámite de audiencia aportan el informe pericial suscrito por un especialista en Ginecología y Obstetricia, y respecto al mismo conviene precisar que, si bien el escrito que lo acompaña no lo aclara, consideramos que los interesados asumen y sustentan su argumentación por cuanto en él se formulan varias conclusiones relacionadas con la afirmación efectuada en la reclamación. Así, en él se expresa que "este cuadro clínico en el contexto de la situación sugiere una rotura uterina y precisa de la extracción fetal urgente en un plazo inferior a 18 minutos según la Guía Clínica de la SEGO", añadiendo

que, “no obstante lo cual, se mantiene la monitorización fetal que permanece siendo sugestiva de hipoxia fetal, no siendo extraído el feto hasta las 20 horas 40 minutos”, lo que le lleva a apreciar “una demora en la confirmación del control del estado fetal (y en caso de imposibilidad extracción fetal mediante cesárea) ya que el RCT presenta signos de patología desde las 18 horas 17 minutos”.

Frente a ello, el informe emitido a instancia de la compañía aseguradora de la Administración formulado por dos especialistas, una de ellas también en Obstetricia y Ginecología, considera de forma razonada la ausencia de infracción de *lex artis*, resumiendo en sus conclusiones, que atañen tanto a la rotura uterina como al control del parto, que “no hay signos de pérdida de bienestar fetal hasta el último tramo, en que existe una variabilidad silente mantenida que no remonta” a pesar de la “estimulación de la calota fetal por lo que se indica la cesárea correctamente”, señalando también que “una rotura uterina se produce bruscamente”, no siendo “compatible con el hecho de que presentara alteraciones durante horas antes, sino en pocos minutos”.

Sin perjuicio del análisis que efectuaremos a fin de despejar las divergencias expuestas, debemos recordar que, tal como hemos señalado en ocasiones precedentes a propósito de la confrontación de las pruebas periciales (por todos, Dictamen Núm. 216/2021), “la jurisprudencia viene razonando de forma constante que la fuerza probatoria de los informes periciales reside en gran medida en su fundamentación y coherencia interna, en la mayor especialización de quien los formula y en la independencia o lejanía del perito respecto a los intereses de las partes pues, ‘naturalmente, en la ponderación no es suficiente la mera constatación del criterio cuantitativo’, debiendo acudir a ‘un criterio valorativo’ que conduce a postergar la pericial que omite el análisis ‘de todo el conjunto de datos que contextualizaban la situación’ del paciente (Sentencia del Tribunal Supremo de 4 de abril de 2019 - ECLI:ES:TS:2019:1135-, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 5.ª). Por ello no cabe atribuir mayor fuerza de convicción a lo reseñado por las periciales construidas *ex post facto* que a lo dictaminado por los técnicos que se

detienen en las circunstancias concurrentes al tiempo del diagnóstico”; de ahí que, junto a las dos periciales que constan en el expediente, debamos atender a las consideraciones médicas hechas sobre el caso por el Servicio de Ginecología que dirigió la atención del parto y el previo seguimiento del embarazo, así como a las anotaciones del curso clínico que dan cuenta, con sumo detalle, tanto de la evolución del parto y de la situación en la que en cada momento se encontraba la gestante y el feto, como de las decisiones adoptadas por el equipo médico y las razones clínicas que las sustentaban. En este caso, la familia no solicitó la práctica de la necropsia (documento 7 de la historia clínica).

En el supuesto que nos ocupa, el informe pericial de parte se elabora con posterioridad a los incorporados a instancia de la Administración y, pese a rebatir alguno de los aspectos señalados en el emitido a petición de la entidad aseguradora, guarda silencio sobre otros que resultan cruciales. Es de interés destacar que concurre tanto en el perito de parte como en una de las informantes a instancia de la compañía aseguradora de la Administración la condición de especialistas en Obstetricia y Ginecología, si bien el perito de parte no refiere específicamente experiencia profesional alguna. Al respecto, resulta de máxima utilidad recurrir al criterio expresado en la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 14 de octubre de 2022 - ECLI:ES:TSJAS:2022:2870- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 2.ª), pronunciamiento en el cual advierte el Tribunal que ante informes periciales “discrepantes, la especialidad y experiencia del perito en este tipo de patologías, la extensión y claridad expositiva, las referencias científicas y bibliográficas, y de forma relevante la coherencia con otros elementos probatorios que aparecen en la historia clínica” de la paciente resultan elementos de juicio necesarios para alcanzar convicción y “otorgar mayor credibilidad y relevancia” a una de las dos periciales, atendiendo a la existencia de afirmaciones contradictorias con el “propio contenido de las pruebas objetivas de la historia clínica” y a la mayor o menor “consistencia científica” en las apreciaciones.

En el caso examinado dos cuestiones llaman la atención en relación con el informe pericial de parte: en primer lugar, su error en cuanto a la edad de la gestante, cuya fecha de nacimiento señala de forma errónea (16 de junio de 1972 -con indicación de que la edad es de "48 años"-), siendo la real -que figura no sólo en la historia clínica sino también en la copia del libro de familia aportada, el día 12 de febrero de 1981- de 40 años de edad en el momento de los hechos -y 39 años al comienzo de la gestación-. Error que presenta mayor trascendencia dada la referencia a la edad materna como condicionante de complicaciones médicas en el parto, y que se suma a una total ausencia de confrontación de pareceres con el informe emitido por el Servicio de Ginecología responsable, pese a la contundencia de las afirmaciones de este último, en el que se funda la propuesta de resolución, al negar la existencia de mala praxis.

Tal y como hemos reseñado, el informe pericial de parte formula varias conclusiones que se basan, a su vez, en un razonamiento previo que procede analizar, partiendo en todo caso de la coincidencia entre los diversos especialistas sobre la gravedad de la complicación producida -rotura uterina-, episodio al que nos referiremos en primer lugar siguiendo el orden expositivo establecido en los propios informes periciales.

Así, en relación con la misma, el perito de parte concluye que "la paciente presentaba factores de riesgo de una rotura uterina en el momento del parto, por lo que había que estar alerta para detectar precozmente cualquier signo sugestivo de la misma". En concreto, mostraba los siguientes factores de riesgo: "edad materna avanzada (precisando que "tenía 48 años"); macrosomía fetal, a la que orientaban los estudios ecográficos del tercer trimestre; "cirugía uterina previa", pues "tenía antecedentes de 3 legrados uterinos", y "utilización de útero-tónicos", en referencia a la inducción del parto con oxitocina.

Sin embargo, las conclusiones del perito de parte se ven afectadas por el manejo de premisas incorrectas. Así, tal y como hemos señalado, la gestante no tenía 48 años, sino 40, y sin perjuicio de que pueda considerarse también

una edad avanzada a efectos obstétricos, lo cierto es que los otros peritos no lo mencionan, tomando en consideración que era su cuarto embarazo a término; tampoco estiman los legrados como “cirugía uterina previa”, en la que sí estarían incluidas intervenciones como la “cesárea”, la “miomectomía” o la “metroplastia”, que originan una “cicatriz previa” que, según el informe del Servicio responsable, no presentaba la paciente. A ello debemos añadir que el perito de parte formula su hipótesis a partir de una aplicación combinada de los factores que identifica (folio 167), sin explicitar las razones médicas que le hacen considerar que se estaba en presencia de un parto de riesgo, o cuando menos con riesgo de que pudiera producirse una rotura uterina, lo que resulta imprescindible teniendo en cuenta la gravedad de la afirmación y la circunstancia de que durante los controles médicos de la gestación (documento 33 de la historia clínica) no se advirtió nunca ningún factor de riesgo; del mismo modo, tampoco se hace ninguna especificación singular en el plan de parto (documento 10 de la historia clínica). Respecto a la concreta afirmación del perito acerca de que los estudios ecográficos del tercer trimestre podrían apuntar a una macrosomía fetal, nada se refleja en el curso clínico, en el que, al contrario, consta que la gestación se desarrollaba dentro de parámetros normales, y el único incidente registrado es que el feto se encontraba en situación transversa, que fue corregida con éxito a través de la “versión cefálica externa” realizada por la ginecóloga.

En relación con el procedimiento de inducción al parto, el informe aportado por los reclamantes hace una consideración general sobre su improcedencia, señalando que “de haber respetado las recomendaciones de la SEGO y no se hubiera procedido a la inducción del parto se hubiera obtenido un feto sano dado que (...) cuando se inició la inducción del parto el feto se encontraba en una situación de bienestar fetal y adecuadamente oxigenado”. Pues bien, dicha aseveración no resulta consistente puesto que el propio informe indica (folio 169) que dada la “buena evolución” en la dilatación “no se aprecia indicación de persistir en la administración de oxitocina a partir de las 15 horas 52 minutos, ya que (...) es un factor que favorece la rotura uterina”, lo

que resulta contradictorio con la objeción general al procedimiento de inducción. Así, el reproche parece dirigirse a la dosificación de la oxitocina, cuestión que es abordada con detalle en el informe aportado por la compañía aseguradora (folio 109), que expone con toda claridad que “la velocidad de perfusión máxima recomendada según ficha técnica es de 20mUI/min (120 ml/h) y, en los casos en los que exista poca respuesta uterina, el colegio británico de obstetras (...) recomienda dosis más altas, que no deben exceder las 32mUI/min (192 ml/h). En este caso no se superaron las 10mU (60ml/hora)”. Y señala que “a las 16:54 h se anota que se disminuye oxitocina de 10 mUI por minuto (60 ml/h) a 8 mUI (48 ml/h) por dinámica de 1 contracción cada 2 minutos”. De ello cabe concluir que el manejo de la oxitocina se hizo en términos convencionales, muy por debajo del máximo admitido por los protocolos médicos y acompasándose a las circunstancias del parto, lo que demuestra el hecho, subrayado en la pericial citada, de que “en ningún momento del trazado existe una taquisistolia, entendiéndose como tal aquella que supone una frecuencia excesiva de contracciones”; dato clave que no valora el perito de parte.

Sin perjuicio de lo anterior, resulta también reseñable la omisión de las medidas concretas que estimaba necesarias para la detección precoz que entiende debió producirse; en cambio, los otros especialistas sí especifican que “el diagnóstico se realiza habitualmente por laparotomía al observar la disrupción de la pared uterina. Generalmente se decide la práctica de laparotomía ante la sospecha clínica, sobre todo si aparecen en una mujer con historia de cirugía uterina previa”; situación que, como se ha indicado, no presentaba la paciente. En todo caso, resulta singularmente incompatible el razonamiento del perito sobre el carácter sugestivo de la amenaza de rotura uterina (que relaciona no con la dinámica de contracciones que afecta al propio órgano, como señalan los otros peritos, sino con el registro cardiográfico del feto) y la calificación como “accidente obstétrico imprevisible de inicio súbito y brusco que causa una hipoxia severa”, cuyo diagnóstico sólo puede alcanzarse,

en este caso y durante el parto, “cuando se realiza una visión directa del útero en la cesárea”.

Sobre la naturaleza imprevisible e inadvertida del incidente que desencadena el desgraciado resultado, es de interés la consideración que hace la pericial aportada por la compañía aseguradora sobre el desprendimiento de placenta, que a su vez es consecuencia de la rotura uterina, que se produce súbitamente y que supone un serio compromiso para el feto al implicar la interrupción del aporte sanguíneo. Como explican los especialistas, concurren en este parto dos “de las complicaciones obstétricas más severas y con mayor mortalidad fetal en un mismo caso” (precisan que la mortalidad fetal de la rotura uterina alcanza tasas del 35 %, y la del desprendimiento de placenta individualmente considerado un 10 %), episodio de extrema gravedad al que no se refiere en ningún momento la pericial aportada por los reclamantes.

En segundo lugar, y en cuanto al control del estado del feto durante el parto, advertimos nuevamente ciertas contradicciones que comprometen las conclusiones que alcanza el perito de parte, quien, pese a emitir su informe con posterioridad al de los otros especialistas dando respuesta expresa a determinados extremos, no refuta los parámetros de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia que aquéllos refieren (folio 116) y las explicaciones que ofrecen en relación con los datos del registro de frecuencia cardíaca fetal.

El perito de parte señala que “entre las 17 horas 43 minutos y las 17 horas 49 minutos (...) aparece una deceleración prolongada de duración superior a los 3 minutos que, habida cuenta del contexto de la situación, precisaba confirmación del estado fetal por sospecha de hipoxia (...) mediante un estudio de la muestra de sangre (...) obtenida por micropunción de la calota fetal”. Pues bien, al margen de que los otros especialistas señalen (folio 114) que en ese momento “no hay signos de trazado patológico puesto que se mantiene una buena variabilidad y la presencia de ascensos transitorios además de las deceleraciones precoces coincidentes con las contracciones”, y que anotaciones posteriores en el curso clínico del parto (documento 36 de la historia clínica) consignent que este se sigue desarrollando con normalidad

(18:18 horas), lo cierto es que la exigencia de una valoración adicional se condiciona en la pericial de parte a un “contexto de la situación” que no se detalla pero que cabe identificar con los factores de riesgo de rotura uterina, según expresa en el razonamiento precedente (folio 187), toda vez que, a propósito de los datos del registro a partir de las 18:17 minutos, reitera que “la confirmación del control del estado fetal” debió “haber sido valorada en el contexto de la situación, la terminación del parto dados los factores de riesgo de rotura uterina y las características del registro cardiotocográfico compatibles con una amenaza de rotura uterina inicialmente y rotura uterina consumada con posterioridad”. Por las razones expuestas, no cabe partir de la existencia de factores de riesgo con carácter previo a la rotura uterina, y *sensu contrario* ha de interpretarse que en un parto de normal desarrollo en ausencia de signos patológicos no resultaba exigible el estudio puntualmente demandado, y aquellos no se dieron, como objetivan las notas del curso clínico, hasta que se constata “el ritmo silente mantenido que no mejora con estímulo de calota fetal” a través del registro interno colocado para evitar la superposición con el registro materno, momento en el que se decide la cesárea de urgencia.

En resumen, el detalle en la explicación proporcionada, su mayor precisión y consistencia llevan a compartir las conclusiones del informe pericial de los especialistas de la compañía aseguradora que afirman que “no hay signos de pérdida de bienestar fetal hasta el último tramo, en que existe una variabilidad silente mantenida que no remonta a pesar de estimulación de la calota fetal, por lo que se indica la cesárea correctamente”, y que “una rotura uterina se produce bruscamente, no es compatible con el hecho de que presentara alteraciones durante horas antes, sino en pocos minutos”, provocando la “hipoxia aguda severa” del feto, subrayando que “la cesárea se realizó en tan sólo 17 minutos desde la indicación, tiempo totalmente acorde a los protocolos clínicos”. Dichas conclusiones además guardan coherencia con las notas de progreso (documento 36 de la historia clínica), en las que los diferentes profesionales que asistieron al parto señalan como único incidente anormal el que se produce a raíz del cuadro de hipotensión y mareo con

vómitos que sufrió la madre sobre las 19:30, que fue objeto de un estrecho seguimiento por los Servicios de Anestesiología y Ginecología y que condujo a tomar la determinación de practicar una cesárea urgente en el momento en que tras la colocación de un registro interno se detectaron, por primera vez, signos de un posible sufrimiento fetal; así, se refleja que en ese momento el feto tenía “una basal de 140 lat. (...) pero con ritmo silente mantenido que no mejora con estímulo de calota fetal. Se mantuvo en adinamia y el ritmo silente por lo que se decide cesárea urgente por sospecha de pérdida de bienestar fetal”.

Lo expuesto permite alcanzar una convicción razonada sobre la corrección de la atención prestada, que se ajustó a los signos y síntomas que presentó la afectada en cada momento, sin que pueda reputarse probado el retraso diagnóstico de la rotura uterina, causante a su vez del fatal desenlace.

En definitiva, las imputaciones que realizan los reclamantes encuentran su sustento en el informe pericial de parte, cuyas apreciaciones se rebaten puntual y razonadamente por el especialista que informa a instancia de la compañía aseguradora, en cuya pericial advertimos un mayor apego a las concretas circunstancias del caso y al conjunto de elementos concurrentes al tiempo del diagnóstico, lo que debe prevalecer sobre las consideraciones vertidas *post facto* y que adolecen de cierta abstracción o no toman en cuenta todas las circunstancias que particularmente concurren en el parto. Del análisis del expediente en su conjunto no se deduce que la asistencia dispensada haya sido deficiente, ni se aísla ninguna actuación de los profesionales sanitarios contraria al buen quehacer médico. En consecuencia, hemos de concluir con la propuesta de resolución que los daños reclamados son consecuencia de una desfavorable evolución caracterizada por la brusquedad, la aparición de la grave complicación obstétrica sufrida, que lleva aparejadas una cifras de mortalidad intraparto del feto ciertamente notorias, entre 24 y 40 % según el informe emitido por el Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del centro en el que fue atendida la parturienta, que destaca a su vez que la rápida actuación permitió evitar consecuencias dañosas aún peores para la propia madre.

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.