



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 105/2007

(Sección 2ª)

La Laguna, a 13 de marzo de 2007.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización, formulada por R.H.R., en nombre y representación de M.Á.C.C. y A.M.H.R., por daños ocasionados como consecuencia de: No aplicación de la técnica quirúrgica adecuada (EXP. 325/2005 IDS)*.*

FUNDAMENTOS

I

El objeto del presente Dictamen, solicitado por la Sra. Consejera de Sanidad, es una propuesta de resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial de un Organismo Autónomo de la Administración autonómica. De la naturaleza de esta Propuesta se deriva la legitimación del órgano solicitante, la competencia del Consejo y la preceptividad del Dictamen según los arts. 12.3 y 11.1.D).e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación este último precepto con el art. 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial (RPRP) aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

II

1. En el presente expediente se cumple el requisito de legitimación activa de los reclamantes, quienes actúan por medio de representante, al pretender el resarcimiento de un daño cuyo origen imputan a la asistencia sanitaria que fue prestada durante un parto por un Centro del Servicio Canario de Salud. La representación conferida consta debidamente acreditada en el expediente.

* PONENTE: Sr. Reyes Reyes.

Se cumple igualmente la legitimación pasiva de la Administración autonómica, actuando mediante el mencionado Servicio, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

La reclamación fue presentada el 5 de junio de 2002 en relación con la asistencia sanitaria prestada el 19 de diciembre de 2001, por lo que no puede ser calificada de extemporánea al no haber transcurrido el plazo de un año que al efecto prevé el art. 142.5 de la Ley 30/1992 (LPAC).

El órgano competente para instruir y proponer la Resolución que ponga fin al procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 15.a) del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de Salud.

La resolución de la reclamación es competencia del Director del citado Servicio Canario de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, añadido por la Ley 4/2001, de 6 de julio, de Medidas Tributarias, Financieras, de Organización y Relativas al Personal de la Administración Pública de Canarias.

Por lo que se refiere a la tramitación del procedimiento, se han observado los trámites legal y reglamentariamente previstos, con la excepción del plazo para resolver. No obstante, ello no impide la resolución del procedimiento, a tenor de lo establecido en los arts. 42.1 y 43.4.b) LPAC.

2. El 9 de enero de 2006, este Consejo solicitó en relación con este expediente determinada información complementaria necesaria para dictaminar debidamente. Esta documentación ha sido remitida con fecha de entrada en este Consejo de 1 de marzo de 2007, constando el informe médico solicitado, así como el otorgamiento de un nuevo trámite de audiencia a los interesados, que no formularon alegaciones en el plazo concedido al efecto, y una nueva Propuesta de Resolución en la que se ha valorado la nueva documentación aportada.

III

1. El procedimiento se inicia el 11 de junio de 2002, fecha en que tuvo entrada en la Secretaría General del Servicio Canario de Salud el escrito presentado por R.H.R., quien actúa en nombre y representación de los padres del menor, A.M.H.R. y M.Á.C.C., en el que reclama el resarcimiento de los daños producidos como

consecuencia de la asistencia sanitaria prestada a la reclamante con ocasión de un parto.

Según relata en su solicitud, la reclamante acudió el 19 de diciembre de 2001 al Hospital Ntra. Sra. de Guadalupe de San Sebastián de La Gomera con un cuadro clínico de gestación a término y pródromos de parto. El historial previo del embarazo no presentaba ninguna anomalía en lo concerniente a las pruebas y controles que se realizan durante los nueve meses de gestación.

En el momento del parto se detectó una distocia que prolongó el periodo expulsivo y tras fracasar con la ventosa, se realizó una cesárea urgente. Como resultado de la evolución del parto el recién nacido presentó insuficiencia respiratoria grave que aconsejó su traslado al Hospital Ntra. Sra. de La Candelaria de Santa Cruz de Tenerife, donde al día siguiente se le comunicó que, como consecuencia de la falta de oxígeno sufrida durante el parto, el niño presentaba un cuadro clínico compatible con muerte cerebral, produciéndose su fallecimiento en este último Centro hospitalario el 4 de febrero de 2002.

2. De acuerdo con los datos obrantes en la Historia Clínica, la paciente fue efectivamente ingresada el 19 de diciembre de 2001 en el Hospital Ntra. Sra. de Guadalupe de la isla de La Gomera por gestación a término y pródromos de parto. Su embarazo había sido controlado en consulta externa de este mismo Centro hospitalario con un curso normal.

Por lo que se refiere a la evolución del parto, consta que a las 8 horas se procede a su monitorización, que se continúa a lo largo del trabajo de parto. A las 16,30 horas se administra a la paciente anestesia epidural y a las 19,30 horas, ante la prolongación del parto por periodo expulsivo prolongado, se le aplica una ventosa por un periodo aproximado de 3,0 - 4,5 minutos, con falta de progresión de parto, por lo que a las 20'15 se practica cesárea que se realiza sin incidencias, extrayéndose un recién nacido con signos de depresión severa (según test de Apgar). Ante esta circunstancia, por el anestesista y el pediatra presentes en el quirófano se inician maniobras de reanimación. Se aspiran secreciones endotraqueales y se intuba realizándose ventilación asistida. El recién nacido responde con respiración espontánea, encontrándose su frecuencia cardiaca dentro de lo normal: 160 latidos por minuto y una saturación de oxígeno en sangre del 100%. Debido a la evidente mejora se procede a la extubación y continúa con constantes vitales normales, persistiendo una hipotonía moderada y baja respuesta a estímulos externos.

Ante la eventualidad de una vigilancia intensiva del recién nacido y careciendo el hospital de intensivistas neonatales, se decide su evacuación vía helicóptero al hospital de referencia Ntra. Sra. de La Candelaria. El paciente es trasladado en ambulancia de urgencias acompañado de personal facultativo al helicóptero medicalizado. No obstante, se produjo una avería en el citado helicóptero antes del despegue que obligó a retornar con el paciente al hospital Ntra. Sra. de Guadalupe, manteniéndose estable durante este tiempo. Tras efectuar el traslado a aquel centro hospitalario, ingresa directamente en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, donde se procede a su intubación traqueal y conexión a ventilación mecánica. A las pocas horas de su ingreso presenta un examen físico en el que destaca hipotonía generalizada, pupilas mióticas con mínima reactividad a la luz, movimientos clónicos en extremidades superiores e inferiores, tendencia a pulgares incluidos y edemas pretibiales. El EEG a máxima amplitud no muestra signos de actividad eléctrica cerebral y la ecografía cerebral apoya el diagnóstico de edema cerebral. Además presenta oliguria con creatina sérica elevada. El paciente evoluciona desfavorablemente en los términos descritos en el informe del Servicio de Pediatría del Hospital Ntra. Sra. de La Candelaria hasta que el 4 de febrero de 2002 se produjo su fallecimiento.

Del informe de la necropsia realizada al recién nacido cabe reseñar el apartado diagnóstico: encefalopatía hipóxico-isquémica multiquística. Meningitis crónica. Pulmón con signos de daño alveolar difuso.

IV

1.¹

2. La Propuesta de Resolución culminatoria del presente expediente desestima la reclamación presentada por considerar, con fundamento en los diversos informes médicos emitidos, que no puede apreciarse la existencia de nexo causal entre la asistencia sanitaria prestada a la paciente y el resultado producido dado que la actuación médica se ajustó en todo momento a la *lex artis*, prestando tanto a la paciente como al recién nacido la asistencia que en cada momento requería y produciéndose el fallecimiento de aquél como consecuencia de la propia evolución de su enfermedad.

¹ Texto suprimido al ser mera descripción de hechos y/o trámites.

V

1. La determinación de la procedencia de la responsabilidad patrimonial de la Administración requiere la producción de un daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas que ha de revestir además el carácter de antijurídico, en el sentido de que el particular no tenga obligación de soportarlo. Este daño ha debido ser causado además por el funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, debiendo concurrir la necesaria relación de causalidad entre la actuación administrativa y el resultado lesivo producido.

En el expediente consta acreditado a través de la documentación integrante en la historia clínica y de los informes médicos emitidos el estado en que nació el hijo de los reclamantes y su evolución posterior hasta su fallecimiento, por lo que resulta apreciable la realidad de un daño.

Ahora bien, para que proceda la declaración de responsabilidad de la Administración es necesario que concurra una relación de causa a efecto entre la actuación sanitaria y el resultado lesivo producido. Debe tenerse presente que, como se ha afirmado reiteradamente en anteriores Dictámenes de este Consejo (entre ellos, 67/1996, 58/1998 y 130/2002), el funcionamiento del servicio público de la sanidad se dirige a proporcionar unos medios para prevenir o curar la enfermedad, pero sin garantizar sus resultados, porque la Medicina no ha alcanzado el grado de perfección que permita la curación de todas las enfermedades y la evitación de la irreversibilidad de los estados patológicos ligados al devenir de la vida humana.

La obligación de los Servicios de Salud es una obligación de actuar, sin que incluya la de responder en términos absolutos por las consecuencias de la actuación sanitaria; porque, hoy por hoy, no se puede garantizar la recuperación de la salud, sino tan solo que se emplean todas las medidas conocidas para intentarlo. El funcionamiento de dicho servicio consiste en el cumplimiento de una obligación de medios, no de resultados.

Por tanto, no basta que en el funcionamiento de dicho servicio no se hayan obtenido unos resultados satisfactorios para los usuarios, sino que esos resultados sean la concreción de un riesgo específico creado por el funcionamiento del servicio y que, además, sean antijurídicos en el sentido de que no exista un deber jurídico para aquéllos de soportarlo.

En el presente caso, como ya se ha indicado, todos los informes médicos obrantes en el expediente resultan coincidentes en afirmar que la actuación obstétrica fue la adecuada teniendo en cuenta las circunstancias del parto, en el que la complicación de expulsivo prolongado surgida no podía haber sido detectada con antelación, sin que se apreciara en la historia ningún dato previo al parto ni durante el mismo que lo pudiera prever.

En concreto, se pone de relieve que en la dirección del parto se estudiaron todos los indicadores necesarios para detectar sospecha de anomalía en la oxigenación fetal (observación del líquido amniótico, monitorización cardio-tocográfica, etc.), sin que se apreciaran signos de sufrimiento fetal en ningún momento y señala además que se utilizaron todos los medios y pruebas diagnósticas que se juzgaron precisos en cada momento, con aplicación de la técnica y maniobras obstétricas más convenientes a la complicación surgida.

De acuerdo con estos informes y como se asume en la Propuesta de Resolución, no fueron las técnicas empleadas durante el parto las causantes de las lesiones sufridas por el recién nacido, estableciéndose la posibilidad de que puedan tener otra causa, que sin embargo no se ha podido determinar ni siquiera teniendo en cuenta los resultados de la necropsia practicada, que se limita a señalar como causas del fallecimiento la hipoxia isquémica multiquística, meningitis crónica y pulmón con signos de daños alveolar difuso, pero sin concretar el origen de estas patologías.

2. En el presente caso, como ha quedado señalado y de acuerdo con los informes médicos, no se ha objetivado ninguna causa de la lesión sufrida por el menor en el parto y se descarta que fuera debida a la propia actuación sanitaria, que se ha considerado adecuada a la vista de las circunstancias concurrentes.

No obstante y a pesar de ello resulta relevante que se trataba de un parto distócico por expulsivo prolongado, que se intentó la extracción del feto mediante *vacuum extractor* (ventosa) en una maniobra que duró entre 3,0 - 4,5 minutos y ante la falta de progresión del parto se practica 45 minutos después una cesárea que se realiza sin incidencias, si bien se extrae un recién nacido con signos de depresión severa (según test de Apgar, valorado en 4-6) que motivaron que ante tal circunstancia se hubieron de realizar por el anestesista y el pediatra presentes en el quirófano maniobras de reanimación, consistentes en la aspiración de las secreciones endotraqueales y la intubación, realizándose ventilación asistida.

El recién nacido fue inmediatamente trasladado a la cuna de reanimación y, según la valoración pediátrica, presentaba hipotonía total sin ningún tipo de

respuesta a estímulos externos, ausencia de llanto, no respuesta a la sonda buco-gástrica, cianosis central y periférica moderada, ausencia total de movimientos respiratorios y un Apgar valorado en 2-3, por lo que se procedió a su reanimación.

En relación con las técnicas obstétricas practicadas, el facultativo procedió en primer lugar a la aplicación de la ventosa, cuando el feto se encontraba en segundo plano de Hodge y ante la ausencia de progresión del parto no fue hasta 45 minutos después cuando realizó la cesárea. En el expediente se ha estimado por el Jefe del Servicio de Tocoginecología que la aplicación del *vacuum extractor* en el segundo plano de Hodge cuando el feto, como fue en este caso, no ha manifestado ninguna pérdida de bienestar fetal puede realizarse como intento de extracción, lo que al parecer ocurrió, dado el poco tiempo que duró el intento de extracción y que el tiempo transcurrido entre el intento de extracción del feto vía vaginal y la realización de la cesárea no se considera excesivo mientras siga habiendo un control del bienestar fetal durante dicho tiempo.

No obstante, como señala la Sentencia de 15 de marzo de 2006, del Juzgado de Primera Instancia de Valencia, la decisión entre la utilización de ventosas o fórceps y la cesárea debe realizarse teniendo en cuenta la ubicación en dicho momento del feto y ello en relación a los denominados planos de Hodge, establecidos en los protocolos ginecológicos, de tal forma que el hecho de que la cabeza del bebé hubiese sobrepasado la zona pélvica es el límite entre el plano dos y el tres. En el caso de que el bebé se encuentre en el plano II, lo adecuado es la realización de una cesárea, en tanto que si la cabeza ha sobrepasado la zona pélvica nos encontraremos en el plano III y en su consecuencia lo procedente es sacar al niño mediante un procedimiento de tracción.

En el presente caso, se intentó en primer lugar la extracción mediante ventosa cuando el feto se encontraba en plano II de Hodge, momento en que por el contrario, de acuerdo con los citados protocolos, lo procedente hubiera sido la práctica de la cesárea, que sin embargo no se llevó a cabo hasta cuarenta y cinco minutos después de este infructuoso intento.

Ello, unido al hecho de que no se ha objetivado otra causa posible de la hipoxia sufrida por el recién nacido, permiten sostener que en el presente caso se ha objetivado la concreción de un riesgo generado por el propio Servicio, al no optar por la técnica prevista en los protocolos ginecológicos (la cesárea) desde el momento en

que se apreció la complicación del parto por expulsivo prolongado, dado que el feto se encontraba en segundo plano de Hodge.

Además, por lo que al test de Apgar respecta, si bien fue valorado inicialmente en 4-6, momentos después lo fue en 2-3, diferente valoración que no se ha justificado en el expediente, pero que no permiten establecer de manera concluyente que no se haya producido la hipoxia como consecuencia del parto.

Todo ello permite apreciar la responsabilidad de la Administración por el funcionamiento de los servicios sanitarios, pues si bien no se constituye en una obligación de resultados, garantizando en todo momento la curación de las enfermedades, sí se trata de una obligación de utilización de todos aquellos medios terapéuticos precisos según la patología presentada, lo que no ha acontecido en el presente caso, al no haberse practicado la técnica prevista en los protocolos médicos para la situación generada por el parto distócico.

3. Por lo que respecta a la valoración del daño, los reclamantes cuantificaron la indemnización en el escrito de alegaciones al evacuar el trámite de audiencia (folios 168 a 172), solicitando a la Administración que fije el resarcimiento a los padres del fallecido en la cantidad de 60.000 euros. No obstante, ésta habrá de fijarse atendiendo de forma ponderada y analógica el sistema de valoración para los daños causados en accidentes de circulación, tal como ha admitido la Jurisprudencia, cantidad que ha de ser actualizada en los términos del art. 141.3 LPAC.

C O N C L U S I Ó N

No se considera ajustada a Derecho la Propuesta de Resolución. Se aprecia existencia de relación de causalidad entre el daño producido y el funcionamiento del servicio sanitario, por lo que procede estimar la reclamación e indemnizar a los padres del recién nacido fallecido en la cantidad resultante de la aplicación de los baremos por muerte en accidente de circulación, importe que debe ser actualizado en aplicación de lo dispuesto en el art. 141.3 LRJAP-PAC (Fundamento V.3).