



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 3 6 / 2 0 1 3

(Sección 1ª)

La Laguna, a 7 de febrero de 2013.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad en relación con la *Propuesta de Acuerdo indemnizatorio del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por M.A.H., en nombre y representación de Z.Z. y K.Z., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 7/2013 IDS)\*.*

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

### I

El objeto del presente Dictamen, solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad, es una Propuesta de Acuerdo Indemnizatorio de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica. La solicitud de Dictamen, de 21 de diciembre de 2012, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo el 10 de enero de 2013. De la naturaleza de esta propuesta se deriva la competencia del órgano solicitante, la competencia del Consejo y la preceptividad del Dictamen según los artículos 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 los arts. 8 y 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

### II

1. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo, y, por ende, del derecho a reclamar de Z.Z. y K.Z., que en este caso lo hacen mediante la representación acreditada de M.A.H., al pretender el resarcimiento por el

---

\* **PONENTE:** Sr. Lorenzo Tejera.

fallecimiento de su hijo recién nacido Y.Z.Z. como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud.

2. En cuanto a la competencia para tramitar y resolver el procedimiento, corresponde a la Administración autonómica, actuando mediante el mencionado Servicio, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

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

4. La resolución de la reclamación es competencia del Director del citado Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 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.

5. Se cumple, por otra parte, el requisito de no extemporaneidad de la reclamación, pues el escrito de reclamación se presentó por correos el 5 de octubre de 2011, respecto de un daño producido el 7 de octubre de 2010.

### III

1. En el escrito de reclamación, en cuanto a los hechos objeto de la misma, se señala lo siguiente:

*“Teniendo como objetivo plasmar la exactitud de los hechos acaecidos, procedemos literalmente a transcribir el resumen de la historia clínica realizado a las 9:00 horas del día 6 de octubre de 2010, elaborado por la Dra. L.L.S. y obrante en el historial clínico de la paciente. Así se expresa: tras el resultado adverso del recién nacido, procedemos a revisar historia clínica. A las 01:45 horas del día 06/10/2010, la matrona responsable del paritorio 10 (H.B.) procedió a explorar a la gestante a su cargo Z.Z. observando dilatación cervical de 7 centímetros y bolsa rota. Hasta ese momento el control de la frecuencia cardíaca se estaba llevando a cabo mediante monitorización externa de ambos fetos. Tras la rotura de la bolsa, la matrona no consideró que la paciente fuera tributaria de monitorización interna de*

*la frecuencia cardíaca fetal del primer feto, continuando ambos fetos con monitorización externa de la frecuencia cardíaca. Analizando el registro cardiotocográfico a posteriori, se aprecia a las 01:48 horas del día 06/10/2010 bradicardia fetal del primer gemelo, hecho que no se comunicó al tocólogo de guardia. Ello coincide con la cesión del control de la gestante a su cargo a otra matrona (D.G.), según refiere esta última en la historia clínica.*

*La matrona sustituta comenzó a localizar el foco de frecuencia cardíaca fetal con captor externo, siendo éste irregular e impreciso, hecho que tampoco se comunicó al tocólogo de guardia que en este momento está controlando el área de partos. A las 02:20 horas del día 06/10/2010, la Dra. F.R. (médico residente de cuarto año), en su ronda de control periódico, entra en el paritorio comunicándole la matrona de pico febril en la gestante, apreciando un registro inadecuado de la frecuencia cardíaca fetal del primer gemelo. En este momento la Dra. R. indica a la matrona realizar monitorización interna de la frecuencia cardíaca fetal. A las 02:25 hora del día 06/10/2010 la Dra. L. diagnosticó bradicardia fetal mantenida que no cede tras cambios posturales en el contexto de dinámica materna espontánea, por lo que indicó cesárea urgente de realización inmediata. A las 02:27 horas del día 06/10/2010 se realizó cesárea extrayéndose recién nacido a las 02:30 horas del día 06/10/2010 que se entregó al Servicio de Neonatología.*

*No podía resultar más explícito el referido resumen realizado, ya que pone de manifiesto el acontecer de los hechos y cómo los responsables de la vigilancia de la paciente no han obrado diligentemente ocasionando un desenlace que podía haberse evitado teniendo la diligencia debida. El fatal desenlace se constata el día 7 de octubre cuando se fecha el fallecimiento del primer gemelo. Se aporta certificado médico de defunción”.*

Se solicita indemnización que se cuantifica de manera alzada en 210.000 euros, más los intereses legales correspondientes.

## IV

1. En este procedimiento, el plazo de resolución está vencido, sin que se justifique la demora, lo que, sin perjuicio de los efectos y responsabilidades que ello comporte, no exime a la Administración de resolver expresamente (arts. 42.1 y 7 y 141.3 de la Ley 30/92).

2. Constan en este procedimiento las siguientes actuaciones:

- El 19 de octubre de 2011 se identifica el procedimiento y se insta a los interesados a mejorar su solicitud mediante la aportación de determinada documentación. Tras recibir notificación de ello los interesados el 3 de noviembre de 2011, vendrán a aportar lo solicitado el 14 de noviembre de 2011 por correo.

- Por Resolución de 16 de noviembre de 2011 de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación recibiendo los reclamantes la pertinente notificación el 24 de noviembre de 2011. Asimismo se acuerda la remisión del expediente a la Dirección Gerencia del Complejo Hospitalario Insular Materno Infantil, y la suspensión del procedimiento hasta la emisión del informe del Servicio de Inspección y Prestaciones.

- Por escrito de 21 de noviembre de 2011 se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones, lo que se reitera el 1 de marzo de 2012. Tal informe se emite el 9 de abril de 2012, tras haberse recabado la documentación oportuna: historia clínica de la madre obrante en el Hospital Universitario Materno Infantil e informe del Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del citado Hospital, de fecha 2 de diciembre de 2011.

En el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones se concluye la existencia de responsabilidad patrimonial y se valora el daño producido en 74.305,87 euros, cantidad en la que se propone indemnizar a los reclamantes.

- El 9 de mayo de 2012 se dicta informe-propuesta por la Dirección Gerencia del Complejo Hospitalario Insular Materno Infantil, de suspensión del procedimiento, acordando continuar por los trámites del procedimiento abreviado, de conformidad con el art. 8 el RD 429/2003, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial.

- Así pues, el 15 de mayo de 2012 se dicta propuesta por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud sobre acuerdo indemnizatorio, lo que se notifica a los interesados en la misma fecha (acuse recibo 28 de mayo de 2012).

- El 2 de octubre de 2012 los reclamantes aceptan la indemnización propuesta.

- Sin que conste la fecha, se dicta por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud Propuesta de Acuerdo Indemnizatorio de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, que es estimada conforme a Derecho por Servicio Jurídico, en su informe de 12 de diciembre de 2012.

## V

1. En cuanto al fondo del asunto, la Propuesta de Acuerdo Indemnizatorio señala en su Fundamento de Derecho III que, a la vista de los informes emitidos concurren los requisitos necesarios para la exigencia de responsabilidad patrimonial a la Administración. En este sentido, en el Antecedentes de Hecho Tercero viene a incorporar parte del informe del Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Complejo Hospitalario Insular-Materno Infantil en cuanto se señala:

*“1) La causa de la muerte del primer niño es un prolapso de cordón no diagnosticado.*

*2) El diagnóstico del prolapso habría sido posible si se hubiera examinado el registro cardiotocográfico tras la rotura de la bolsa y/o se hubieran seguido las normas asistenciales en el paritorio del HUMIC”.*

A lo que la Propuesta de Resolución añade la valoración del daño contenida en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, que fue aceptada por la parte reclamante.

2. Entendemos, a la luz de la información obrante en el expediente, que la Propuesta de Resolución es conforme a Derecho, al concurrir los presupuestos de la responsabilidad patrimonial de la Administración. En este sentido, en el supuesto que nos ocupa, resulta de especial relevancia la rotundidad con la que se expresan los informes del Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Complejo Hospitalario Insular-Materno Infantil y del Servicio de Inspección y Prestaciones, que, por su trascendencia, transcribimos.

Señala el informe del Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Complejo Hospitalario Insular-Materno Infantil, tras hacer un resumen de la historia clínica de la paciente:

*“Hechos importantes en relación con la asistencia.*

*1. La causa de la muerte del primer niño es un prolapso de cordón no diagnosticado.*

*2. El diagnóstico del prolapso de cordón habría sido posible si se hubiera examinado el registro cardiotocográfico tras la rotura de la bolsa y/o se hubieran seguido las normas asistenciales en el paritorio del HUMIC. Tras la rotura de la bolsa, en una paciente con siete centímetros de dilatación y presentación por*

*encima del plano se debería haber realizado una exploración vaginal, más, si como es norma en el Paritorio se hubiera realizado monitorización interna del primer gemelo. Por otro lado, la caída de la frecuencia cardíaca fetal tras la rotura de la bolsa está claramente registrada en el cardiotocógrafo, no habiendo ninguna explicación para que no haya sido tomada en cuenta; excepto que la matrona responsable, H.B., abandona el paritorio en el intervalo entre la rotura de la bolsa y la aparición de la bradicardia (cuatro minutos) sin estar presente la segunda matrona.*

*3. La matrona responsable, H.B., no realizó las acciones descritas en el punto 2, y al decidir, en el momento crucial de la producción del prolapso de cordón, ausentarse del Paritorio, trasladando de forma no reglada la responsabilidad a la matrona D.G.V., dio lugar a la sucesión de hechos que terminó con la muerte fetal. Se imposibilitó el diagnóstico inmediato del prolapso de cordón ya que a esta última no se le podría ocurrir que le trasladaran la responsabilidad de una parturienta con prolapso de cordón.*

*(...)*

#### *Conclusión final*

*La muerte fetal se podría haber evitado si se hubieran seguido las pautas asistenciales del Paritorio y hubiera primado la asistencia sobre otras circunstancias personales de la matrona o el abandono de su puesto de trabajo se hubiera realizado de forma reglada, estando siempre en el paritorio una matrona sin intervalo de ausencia de la misma, tal como es preceptivo en un parto de alto riesgo”.*

Por su parte, en sus conclusiones, recoge el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones:

*“1. El presente cuadro asistencial fue objeto de Información Reservada. (...).*

*3. Del resultado de dicha Información Reservada se determinó la incoación de procedimientos disciplinarios, aún por finalizar.*

*4. Se establece la 01:43 horas del día 6 de octubre de 2010, ante la rotura de la bolsa amniótica como el momento desencadenante de los hechos.*

*En el protocolo asistencial del Hospital Universitario Materno-Infantil está indicado tras la rotura de bolsa efectuar un tacto para verificar condiciones del cérvix y proceder a monitorización interna: no se cumplió dicho protocolo.*

*Se debe tener en consideración que el flujo de líquido amniótico que sale a través del cérvix puede empujar y desplazar el cordón a través del cuello uterino ocasionando una de las posibles distocias del parto: el prolapso de cordón. Es una emergencia obstétrica que se refleja en un descenso brusco de la frecuencia cardíaca fetal y que se puede constatar mediante el tacto de las manos del evaluador. De ahí la importancia de seguir las indicaciones del protocolo establecido.*

*5. Se contraviene el protocolo asistencial e infringe normas reglamentarias en diversos aspectos: no se notifica al tocólogo la rotura de bolsa. En cuanto al tacto, y admitiendo además que se realizara, no se efectúa monitorización interna.*

*De haber practicado monitorización interna, se habría prolongado el tiempo de dicho tacto y permitido valorar la posibilidad de desplazamiento del cordón. Por otra parte habría dotado de mayor precisión al control fetal y por tanto observar el descenso brusco de la FCF del primer feto que se produjo a la 01:47h.*

*No se valoró el trazado del registro de monitorización en soporte papel a fin de comprobar la situación en los minutos previos y que reflejaba evidentes anomalías con un descenso brusco de la FCF a la 01:47h. y que obligaba a avisar inmediatamente al tocólogo.*

*Ignorada la situación previa, visto el monitor, si la pérdida de foco no era debida a cambios de la posición ni a mala colocación del captor externo se debió notificar entonces tal circunstancia al tocólogo y tomar medidas como tacto y monitorización interna a fin de aclarar las circunstancias que se estaban presentando.*

*No se dio importancia a la verdadera situación de urgencia para el feto. No se adoptaron medidas, no se avisa al Tocólogo hasta que a las 02:20h. acude por su cuenta.*

*6. Sin perjuicio de las actuaciones disciplinarias, se concluye que la asistencia no fue correcta.*

*Queda acreditada la existencia de relación de causalidad entre la asistencia prestada en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Complejo Hospitalario Materno Insular y el daño reclamado consistente en el exitus del primer feto de embarazo gemelar”.*

En aquel informe se evalúa la cuantía indemnizatoria señalando:

*“Por parte de los reclamantes la cifran en 210.000 euros sin argumentar los conceptos para su petición.*

*En la valoración que hace este Servicio utilizaremos las tablas actualizadas correspondientes a 2012, ya que con efectos de 1 de enero de cada año se actualizan las cuantías indemnizatorias automáticamente actualizadas en el porcentaje del índice general de precios al consumo correspondiente al año natural inmediatamente anterior, que se hacen públicas por Resolución de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (Resolución de 24 de Enero de 2012, de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, por la que se publican las cuantías de indemnizaciones por muerte, lesiones permanentes e incapacidad temporal que resultarán de aplicar durante 2012 el sistema para valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación.*

*Tabla I: Indemnizaciones básicas por muerte (incluidos daños morales).*

*Grupo IV: Víctima sin cónyuge ni hijos y con ascendientes. Padres: sin convivencia con la víctima: 74.305,87 euros”.*

Como resulta indubitado de los informes referidos, no puede más que concluirse que hay responsabilidad por parte de la Administración, pues concurren todos los elementos de ésta, siendo, por ende la Propuesta de Resolución conforme a Derecho.

Habiéndose generando un daño a los reclamantes, que es la muerte de uno de sus gemelos recién nacido, y demostrada su relación causal con la actuación sanitaria por infracción de la *lex artis*, ha de indemnizarse a los reclamantes según la valoración realizada por el Servicio de Inspección y Prestaciones, que ha sido aceptada mediante acuerdo indemnizatorio por los interesados. Todo ello sin perjuicio de la aplicación del art. 145.2 de la Ley 30/1992.

## CONCLUSIÓN

La Propuesta de Acuerdo Indemnizatorio es conforme a Derecho.