



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 5 2 / 2 0 1 3

(Sección 2ª)

La Laguna, a 1 de marzo de 2013.

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 M.R.S.J., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 26/2013 IDS)\*.*

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

### I

El objeto del presente Dictamen, solicitado por la Consejera de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de 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 de la solicitud, 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 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

Los hechos en lo que se basa la presente reclamación presentada por M.R.S.J., según se relata en la solicitud presentada, son los siguientes:

*“Mi embarazo se produjo sobre el 27 de noviembre de 2000 y la fecha prevista para el parto era el 3 de septiembre de 2001, según consta en la cartilla de maternidad.*

---

\* PONENTE: Sr. Bosch Benítez.

*El embarazo fue seguido en todo momento por la ginecóloga M.L. y el Doctor C., habiendo transcurrido éste con total normalidad, sin ninguna complicación. Me hice todas las pruebas (análisis y ecografías) que correspondían según el tiempo de embarazo, las cuales adjunto con este documento.*

*El día 22 de julio de julio de 2001 se presentó el parto con la rotura de la bolsa amniótica, a las treinta y tres semanas de gestación. La hora de llegada al Hospital Materno Infantil fue a las dos treinta de la mañana, aproximadamente, de lo que quedó constancia en ingresos del centro, no correspondiéndose con la hora que aparece en el informe médico (once y cuarto).*

*Una vez observada en urgencias me subieron a la sexta planta, sin ningún tipo de seguimiento médico en la habitación, hasta que me bajaron a paritorio a las once y cuarto. Allí me monitorizaron y observaron que a mi hija se le bajaron «las pulsaciones» al provocarme el parto mediante goteo para dilatar. Al ver que la niña estaba sufriendo decidieron pincharle la cabeza sin éxito, al parecer porque mi hija no estaba bien colocada.*

*Pasadas dos horas, un personal de quirófano, no sé si anestesista o cirujano, vino muy enfadado preguntando por qué no se me había llevado a quirófano siendo una cesárea de urgencia.*

*A la una y veinte nació mi hija Saray y la suben a neonatos, permaneciendo allí unos quince días por prematura, sin que se manifestase ninguna complicación, sino para ser controlada por el doctor R.*

*Cuando se le da el alta, todo se desarrolla con normalidad hasta cumplir la niña cuatro meses; entonces tiene la primera crisis (ataque epiléptico), quedando inconsciente durante un minuto, por lo que acudo a urgencias, llevada por el 112 «varias veces» y me dicen que lo que tiene la niña es «atragantamiento por flema». Se le da el alta inmediatamente y después de seguir llevándola e insistiendo con esos ataques reconocen que no son atragantamientos, sino que son ataques epilépticos, dándole esa misma mañana quince ataques seguidos (ver informe). Queda ingresada para hacerle una serie de pruebas como escáner, electro y una resonancia donde le detectan que a la mitad de su cerebro le faltó oxígeno al nacer, por sufrimiento fetal, según palabras textuales de la Dra. Mártir, a lo que añadió «lo mismo que le pasó a usted le podía haber pasado a otra». La resonancia no está en mi poder, por lo que sigue en el Hospital Materno Infantil.*

*A raíz de ahí se le hicieron muchísimas pruebas (ver informe), donde se reflejaban resultados normales, como una Biopsia muscular, para descartar cualquier otra enfermedad o síndrome, estando ingresada unos catorce meses.*

*Al cabo de unos meses le hicieron una resonancia que no salió bien, porque era necesario anestesiarse a la niña y el anestesista de la Clínica S.R. no se comprometió por el estado en que vio a la niña.*

*La siguen haciendo pruebas, incluyendo una biopsia de la piel, saliendo todas normales. En septiembre de 2002 a mi hija le dio una parada cardiorrespiratoria, por lo que se la ingresa en la U.V.I. bastante grave. Paradójicamente, la noche anterior estuvo durante la misma en urgencias, dándole el alta a las once de la mañana y a las seis de la tarde le dio la parada.*

*Una vez en la UVI, me comunica un doctor que tengo que autorizar la biopsia muscular para determinar su enfermedad, ya que no se movía ni mantenía la cabeza, la cual yo autorizo, ya que estaba anestesiada y entubada.*

*Una vez hecha la prueba, se me comunica que el resultado es normal.*

*Mi hija estuvo toda su vida ingresada en el Hospital Materno Infantil, permaneciendo en casa por espacio de pocos días, volviendo a ingresar reiteradamente debido a su delicado estado de salud (apenas se movía y nunca mantuvo su cabeza).*

*Después de la parada en septiembre, iba a peor, estando siempre con oxígeno y monitor y moviéndose menos cada vez.*

*Cuando ingresa en la UVI y le dan el alta los informes desaparecen y no me los entregan.*

*Mi hija murió el 13 de diciembre de 2002 por una parada cardiorrespiratoria en el mismo hospital.*

*El caso de mi hija fue negligencia médica, pues así lo confirman las pruebas y la persona responsable no tendría que volver a pisar un paritorio, por el bien de otros niños.*

*Yo me pregunto lo siguiente:*

*¿Por qué no se me da un informe diciéndome el resultado de la resonancia?*

*¿Por qué no se me da un informe de mi hija que manifieste que mi hija padeció sufrimiento fetal, en vez de síndrome sin afiliar?*

*¿Por qué se me niega el informe de la biopsia muscular?*

*Las pruebas realizadas a la niña, como son la Biopsia muscular, la Resonancia y una prueba del metabolismo, no las tengo en mi poder, conociendo los resultados por boca de los médicos correspondientes (neurólogos), por lo que las mismas siguen en el Hospital Materno Infantil”.*

### III

1. La reclamante, M.R.S.J., ostenta la condición de interesada en el presente procedimiento de responsabilidad patrimonial al pretender el resarcimiento de un daño cuyo origen imputa a la asistencia sanitaria que le fue prestada durante el parto de su hija por un Centro dependiente del Servicio Canario y como consecuencia de la cual estima se produjo el fallecimiento de la menor. Igual legitimación ostenta M.R.Q.S., padre de la menor, quien ratificó la reclamación presentada durante el trámite de subsanación de la solicitud presentada por su esposa.

Se cumple por otra parte 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 ha sido presentada el 8 de enero de 2003, dentro del plazo de un año que al efecto prevé el artículo 142.5 LRJAP-PAC para determinar la prescripción del derecho a reclamar, que ha de computarse a partir del momento en que se produjo el fallecimiento de la menor, acaecido el 13 de diciembre de 2002.

El órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin a este 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.

La resolución de la reclamación es competencia del Director del citado Servicio Canario de 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.

2. Sobre este mismo asunto ha emitido este Consejo su Dictamen 482/2009, de 24 de septiembre, en el que se concluyó en la no conformidad a Derecho de la Propuesta de Resolución entonces dictaminada, estimando la procedencia de retrotraer las actuaciones a fin de que se recabaran nuevos informes.

Una vez practicadas estas actuaciones, se ha recabado nuevamente el Dictamen de este Consejo.

Consta en la nueva documentación remitida el informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología, así como del Servicio de Neurología Pediátrica ambos del Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias. Se otorgó asimismo trámite de audiencia a los interesados, que no presentaron alegaciones durante el plazo concedido al efecto, y se ha elaborado una nueva Propuesta de Resolución.

3. No puede dejar de resaltarse, en todo caso, la excesiva demora que se ha producido en la tramitación de estas actuaciones, más de tres años desde la emisión de su Dictamen por este Consejo, que se une a la habida en la tramitación del procedimiento desde la presentación de la reclamación el 8 de enero de 2003. A este respecto ya observamos en nuestro anterior Dictamen sobre este asunto que el procedimiento estuvo paralizado, sin causa alguna que lo justificara, desde octubre de 2003, en que se concedió el trámite de audiencia a los interesados, hasta junio de 2009 en que se elaboró la Propuesta de Resolución culminatoria del procedimiento. La demora producida sin embargo no impide la resolución de éste, pesando sobre la Administración la obligación de resolver expresamente, sin perjuicio de los efectos administrativos que esta indebida y extraordinaria demora debiera comportar y, en su caso, los económicos que conllevará [arts. 42.1 y 7; 43.1 y 4.b); 141.3; y 142.1 LRJAP-PAC].

## IV

1. En cuanto al fondo del asunto, resultan del expediente los siguientes antecedentes relevantes, tal como han sido señalados en el Informe del Servicio de Inspección con base en la historia clínica de la paciente:

*"1.b.- La reclamante ingresa, en fecha 22 de julio de 2001 (FPP-fecha prevista de parto-: 3/09/01), a las 7:50 horas, 33.2 semanas de gestación, por rotura prematura de bolsa, líquido amniótico claro. Gestación de control privado con tan solo 3 visitas a la Tocóloga. La FCF era normal y la dinámica prodrómica. Parámetros fetales: Altura uterina, corresponde. Situación, longitudinal. Presentación: cefálica.*

*TNE reactivo con 1 desaceleración variable que se sigue de un registro normal. Dadas las condiciones cervicales desfavorables se decide subir a la planta en espera para inducción del parto.*

*A las 10:45 horas estaba preparada y baja para inducción del parto. A las 11:45 horas ingresa en la sala de dilatación para inducción del parto, se realiza monitorización continua.*

*A las 13:00 horas FCF patológica sin posibilidad de determinación PH por lo que se decide cesárea. Se practica cesárea (aproximadamente 13:10 horas), por intolerancia fetal al trabajo del parto, FCF patológica, PH 7.32, teniendo lugar el nacimiento a las 13:20 horas. La menor, feto de aspecto prematuro, presentó Test Apgar 7/8, se traslada a Neonatología por bajo peso y prematuridad.*

*Durante su ingreso en críticos presentó movimientos mioclónicos en una ocasión y distress respiratorio.*

*2.b.- La menor sufre frecuentes episodios respiratorios y convulsiones que condicionaron varios ingresos.*

*Ingresa en fecha 22 de diciembre de 2001 por cuadro de fiebre, rinorrea y flemas. Durante el ingreso presentó cuadro de distress respiratorio con picos febriles diarios.*

*Acude al Servicio de Urgencias en fecha 8 de enero de 2002 con cuadro de bronquiolitis.*

*En IRM cráneo de fecha 17 de enero de 2002 se objetiva un discreto adelgazamiento del cuerpo calloso probablemente con discreto grado de disgenesia. Aumento difuso de la sustancia blanca cerebral probablemente condicionado por inmadurez de la mielina en relación con la edad cronológica de la paciente.*

*Bajo los diagnósticos, Prematuridad. Retraso psicomotor. S. consultivo generalizado idiomático. PCI hipotónica. S. genético a estudio. S. hiperexcitabilidad neonatal. Probable encefalopatía hipóxico-isquémica, se efectúa interconsulta al Servicio de Rehabilitación a los 9 meses.*

*Recibe tratamiento rehabilitador incluyendo fisioterapia respiratoria por bronquitis aguda.*

*Requiere ingreso por cuadro de pielonefritis aguda.*

*En fecha 23 de febrero de 2002 refiere 15 convulsiones en dos meses, crisis tónicas con mirada fija y trismos, con pérdida de conocimiento, posteriormente*

*hipotónica con cianosis facial de 30" de duración. Se decide ingreso para estudio. Cuadro neurológico estable. Diagnósticos: encefalopatía, epilepsia y síndrome hipotónico en el contexto de S. dismórfico. Dolicocefalia. Episodios febriles durante el ingreso y cuadro de origen respiratorio.*

*Se realiza Electromiograma no objetivándose patología neuromuscular en los territorios explorados.*

*Figuran entre los diagnósticos: retraso psicomotor, S. convulsivo generalizado idiomático, PCI hipotónica y S. genético en estudio, prematuridad, probable encefalopatía hipóxico-isquémica y S. de hiperexcitabilidad neonatal, bronquitis aguda.*

*En fecha 18 de abril de 2002 acude al Servicio de Urgencias con cuadro febril. Ingresada. Presentó abundantes secreciones bronquiales, tiraje subcostal, mioclonias esporádicas y edemas en miembros y párpados. Hipoactividad e hipotonía. Infección urinaria de repetición. RGE sin paso a pulmón.*

*Se establece el juicio diagnóstico de S. febril, bronquitis aguda. Se realiza interconsulta al Servicio de Neurología: Sostén cefálico parcial. Extremidades en semiflexión con manos cerradas. Distribución anormal de grasa. Dolicocefalia con hipertelorismo, epicanthus, nariz pequeña, incisivos centrales prominentes. Hipotonía axial y de MI con retracción m. isquiotibiales y Aquileos. Hipertonía MMSS. Tropicismo macrosómica-obesa. Tetraparesia flácida moderada «actualmente en libro abierto» (...).*

*Valorada por el Servicio de Cardiología no se objetiva patología. Se solicita interconsulta al Servicio de Nefrología: Pielonefritis aguda. Reflujo gastroesofágico.*

*En EEG de fecha 27 de mayo de 2002: trazado compatible con sufrimiento cerebral difuso.*

*Ingresada durante el periodo 30 de junio a 9 de julio de 2002 por cuadro de fiebre elevada. Diagnósticos: Enfermedad neumocócica invasiva. Anemia por extracción. S. genético pendiente de filiar.*

*Ingresada durante el periodo 19-29 de agosto de 2002 por cuadro de fiebre alta de 20 días de evolución acompañado de tos productiva y rechazo de las tomas. Se mantiene tratamiento anticomunal, antibiótico y sintomático. Diagnósticos: S. convulsivo generalizado idiomático, S. genético en estudio, retraso psicomotor, prematuridad, encefalopatía hipóxico-isquémica?, S. febril de origen central?*

*Ingresa en fecha 4 de septiembre de 2002, procedente de UMI donde había permanecido por parda respiratoria que precisó intubación endotraqueal y maniobras de reanimación cardiopulmonar. S. genético pendiente de filiar. Encefalopatía. Ectasia piélica. Neumonía. Insuficiencia respiratoria grave.*

*Ante la situación de retraso psicomotor, hipotonía y cuadro neurológico sin filiar se practicó biopsia muscular para descartar enfermedad mitocondrial.*

*Causa nuevo ingreso durante el periodo 7 de octubre a 5 de noviembre de 2002 por cuadro de insuficiencia respiratoria: fiebre y distress. Sometida a tratamiento de base más antibioterapia y diuréticos, además de aerosolterapia, mejora su distress respiratorio y la hipertensión detectada en el ingreso.*

*En fecha 19 de noviembre de 2002 ingresa en el Servicio de Pediatría. Acude con cuadro de dificultad respiratoria de 5 días de evolución. Hiperreactividad bronquial. En Rx de tórax: Hiperinsuflación pulmonar de hemotórax izquierdo. Atelectasia basal derecha retrocardíaca. Causa alta en fecha 26 de noviembre de 2002. Diagnósticos: Broncoespasmos. Hiperreactividad bronquial. S. genético no filiado. S. convulsivo generalizado. Ectasia piélica.*

*Ingresa en fecha 13 de diciembre por presentar cuadro de dificultad respiratoria acompañado a neumonía basal derecha, rechazo del alimento y fiebre superior a 40° C. Rx de tórax: condensación parenquimatosa con pérdida de volumen en pulmón derecho en relación con neumonía/atelectasia por tapón mucoso (neumonía en hemotórax derecho). Empeoramiento grave progresivo y rápido, manifestando parada cardiorrespiratoria sin respuesta clínica a las maniobras de reanimación. Exitus.*

*Diagnósticos emitidos: Retraso psicomotor. S. convulsivo generalizado idiopático. S. genético no filiado. RGE. ITU. Ectasia pielo-calicial. HTA. Pirexia de origen central. Enfermedad neumocócica invasiva. Hiperreactividad bronquial. Bronquitis”.*

2. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación al considerar que no concurren en el presente caso los requisitos imprescindibles para que se genere la responsabilidad de la Administración por cuanto la asistencia prestada a la reclamante durante el parto se ajustó en todo momento a la *lex artis*.

Los informes médicos obrantes en el expediente - Servicios de Ginecología y de Inspección- resaltan la correcta asistencia sanitaria prestada a la reclamante durante el parto, así como los resultados de normalidad tanto del test de Apgar (7/8) como



del ph de arteria umbilical (7,32), que permiten sostener que no existe relación entre la asistencia sanitaria prestada durante el parto y el estado posterior de la menor.

En este sentido, informa el Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología que la reclamante ingresó el día 2 de julio de 2001 a las 05:57 horas, en la 34 semana gestacional, destacando en su historia el escaso control gestacional (únicamente tres visitas durante la gestación). En su ingreso refiere bolsa rota desde las 04:00 horas del mismo día 22. En la exploración se observa un feto en situación longitudinal, presentación cefálica, I plano, cuello con un test de Bishop de 1 (cuello escasamente permeable, en posterior y consistencia media). Se practicó un registro basal de la frecuencia cardiaca fetal que fue normal.

Dada la ausencia de factores de riesgo y la exploración clínica se ingresó en planta, con la pauta de, si en seis horas no se ponía espontáneamente de parto, realizar inducción. Ésta se inicia a las 11 horas del mismo día 22 bajo monitorización continua de la frecuencia cardiaca fetal y dinámica uterina. Dos horas más tarde se observan patrones desacelerativos de la frecuencia cardiaca fetal y, dado que la exploración cervical no permite realizar toma de sangre fetal para estudio de fases, se decide practicar cesárea por riesgo de pérdida de bienestar fetal. Se extrae un feto de sexo femenino, de 2000 gramos de peso, con un test de Apgar de 7/8 y un ph de arteria umbilical de 7.32.

Este informe, teniendo en cuenta los hechos descritos y el resto de la historia clínica, considera que procede concluir que la asistencia recibida por la reclamante ha sido completamente correcta, ya que se han realizado los controles adecuados, se realizó la cesárea inmediatamente que se demostró el riesgo de pérdida de bienestar fetal y además se extrajo un recién nacido con signos vitales normales así como el ph de sangre de arteria umbilical.

Finalmente, en contestación a las respuestas concretas planteadas por el Servicio de Inspección se manifiesta que, entre el diagnóstico de riesgo de pérdida de bienestar fetal y la realización de la cesárea, no transcurrió un tiempo superior a 10 minutos, sin que existieran signos previos que aconsejaran la práctica de la misma. Por lo que se refiere al recién nacido, fue extraído en perfectas condiciones de adaptación a la vida extrauterina y que debe tenerse en cuenta en su evolución posterior que tiene una edad gestacional de 34 semanas, recién nacido pretérmino, y

que pesó menos de lo adecuado para su edad gestacional, pudiendo todo ello estar relacionado con el escaso control prenatal.

En nuevo informe emitido por el mismo facultativo en atención al Dictamen de este Consejo al que antes se ha hecho referencia, se aclara que no existió en ningún momento hipoxia/acidosis, como así se demuestra por el valor completamente normal del ph de arteria umbilical y por el hecho de que la recién nacida se adaptó perfectamente a la vida extrauterina, sin manifestar ningún signo de hipoxia o acidosis perinatal. Añade que la indicación de la cesárea fue por riesgo de pérdida de bienestar fetal, es decir, se realiza ante la aparición de desaceleraciones variables en la frecuencia cardíaca fetal, que es un signo de alarma y no un signo de sufrimiento.

Estima finalmente que, para tener una encefalopatía hipóxica isquémica con origen en el parto, es necesario tener una hipoxia-acidosis en éste, lo cual no ocurrió, por lo que no se puede atribuir una posible secuela de encefalopatía isquémica secundaria al parto si no ha existido isquemia en el mismo. Concluye que no existe ninguna relación entre el estado posterior de la niña, que se inició a los cuatro meses de vida, y la atención recibida en el parto.

Por su parte, considera el Servicio de Inspección que la exploración y registro de frecuencia cardíaca fetal realizada al ingreso de la reclamante no condicionaban la realización de una cesárea en ese momento. Estima asimismo correcta la asistencia prestada desde que a las 11:00 horas se inició la inducción al parto, que se realizó bajo monitorización continua de la frecuencia cardíaca fetal y dinámica uterina, hasta que se le practicó la cesárea a las 13:10 horas, debido al riesgo de pérdida de bienestar fetal, al observar diez minutos antes patrones desacelerativos. Concluye por ello que una eventual hipoxia perinatal y sus posibles riesgos no guardan relación con la atención sanitaria recibida y que, con independencia de los 10 minutos de posible hipoxia, con el consiguiente riesgo neurológico, las manifestaciones clínicas debutadas por la menor se vieron condicionadas por su estado de prematuridad, bajo peso, hipoglucemia a las 8:00 horas de vida y síndrome genético no filiado a pesar de los variados estudios.

Finalmente, por la Unidad de Neurología se informa que:

- La paciente presentó un parto prematuro de 33,6 semanas, con bajo peso habiendo presentado patología hipóxica prenatal dado que se detectó una FCF patológica, por lo que se le efectuó una cesárea urgente. Al nacer precisó reanimación tipo III y a las 8:00 horas de vida se constata una hipoglucemia de 24, que fue tratada de inmediato.

Todas estas situaciones se consideran como de riesgo neurológico, por lo que pueden presentar patología neurológica con mayor probabilidad que los niños que no sufren estas situaciones.

Las secuelas derivadas de ello pueden ser retraso psicomotor, convulsiones, defectos motores y otras. La paciente presentó retraso psicomotor y convulsiones.

- En relación con la cuestión de si la situación clínica que obligó a los diversos ingresos hospitalarios de la menor (fiebre alta, broncopatía) es imputable a una situación de hipoxia perinatal o está relacionada con su prematuridad y síndrome genético no filiado, se manifiesta que el padecimiento de fiebre y procesos bronquiales de repetición en principio no se pueden imputar a las alteraciones neurológicas en sí, si bien los niños con lesiones cerebrales estables tiene con más frecuencia broncorrea que se puede complicar y producir neumonía y bronquitis y que se suelen acompañar de fiebre.

- Por lo que se refiere a las resonancias craneales practicadas a la menor en fechas de 17 de enero y 6 de junio de 2002, se indica que se detectó en ellas un retraso en la mielinización, que puede ser propio de la etapa madurativa normal del niño y de hecho se ve en niños normales, y disgenesia del cuerpo caloso, que es una alteración orgánica morfológica cerebral, que puede presentarse de forma aislada o asociada a otras malformaciones cerebrales y que en el 95% se acompaña de una deficiencia mental en mayor o menor grado.

- La etiología de los síndromes convulsivos del niño es muy variada, puede haber una causa orgánica, genética, metabólica, idiopática y criptogénica. En este caso, existen motivos suficientes para pensar que se relacionaban con su encefalopatía.

- Se observa finalmente que la paciente tenía riesgo de padecer una encefalopatía hipóxico-isquémica de causa perinatal. A los cinco meses inicia convulsiones y son evidentes los signos de afectación neurológica y tras un determinado tiempo se va detectando un fenotipo especial, con gran hipotonía y deterioro en sus funciones psicomotoras, por lo que se efectuó un estudio completo para descartar procesos metabólicos, degenerativos, enfermedades perioxosomales, síndromes genéticos, etc. Ello y la evolución presentada condicionaron los numerosos ingresos y el desenlace final.

Añade que, durante los meses en que fue tratada la paciente, se le estuvo informando con toda claridad a la familia, habiéndole transmitido las impresiones de

los facultativos en cuanto a que era evidente la presencia de una patología perinatal, que pudo condicionar la sintomatología de la paciente, pero que también se consideraba que era portadora de un síndrome genético, que no se pudo filiar a pesar de todos los estudios que se le efectuaron.

En el segundo informe emitido sobre este asunto, también a instancias de este Consejo, se reitera por el Servicio que los datos obtenidos de la historia clínica de la paciente desde su nacimiento confirman que tuvo patología prenatal y perinatal, que pudieran haber dejado alguna secuela neurológica, si bien se aclara que ello no quiere decir que se afirme que la causa de su patología es solamente debido a este acontecimiento. La menor, indica, era de riesgo neurológico para padecer encefalopatía hipóxico isquémica, si bien a los pocos meses de vida se evidenciaron signos de probable síndrome genético, por lo que se efectuaron estudios complejos, que no estaban indicados de haber considerado que su patología era solo de origen hipóxico-isquémico. El hecho de no haber podido confirmar por los estudios que era portadora de un síndrome genético determinado, no excluye su existencia, pues existe un determinado porcentaje de procesos neurológicos con signos y síntomas evidentes en los cuales los estudios no reflejan su causa, situación que pudiera ser la de este caso. Concluye que la patología perinatal que padeció (curva FCF patológica, necesidad de reanimación, hipoglucemia, bajo peso al nacer, a pesar de que su atención reflejada en la historia clínica fue adecuada) pudieron ser factores de riesgo para la presentación de la sintomatología, si bien no se pudo descartar que fuera portadora de un síndrome genético que no fue posible filiar a pesar el estudio completo que se realizó.

El Servicio de Neurología estima, pues, que las circunstancias del parto, unido a otros factores como la hipoglucemia y el bajo peso, implicaron para la recién nacida un riesgo neurológico, con resultado de encefalopatía hipóxico-isquémica, si bien a los pocos meses de vida se evidenciaron signos de probable síndrome genético, que no se pudo filiar. Considera, sin embargo y como se acaba de señalar, que la asistencia sanitaria prestada fue la adecuada.

3. Los informes señalados resultan, de este modo, coincidentes sobre este extremo, que es el que, en definitiva, determina la existencia o inexistencia de la responsabilidad patrimonial de la Administración. La asistencia prestada a la reclamante fue correcta, tal como refieren los señalados informes y consta en la historia clínica (folios 72 a 74 del expediente), efectuándose la inducción al parto bajo monitorización continua de la frecuencia cardíaca fetal y una cesárea de

urgencia desde que se apreció riesgo de pérdida de bienestar fetal, con resultados de normalidad en la recién nacida tanto del test de Apgar como del ph de arteria umbilical.

Por tanto, procede considerar que el estado de hipoxia perinatal y sus posibles efectos no fueron causados por la atención sanitaria recibida, ni pudieron evitarse por ella, de modo que las manifestaciones clínicas debutadas por la menor posteriormente se debieron, esencialmente, a su estado de prematuridad, bajo peso e hipoglucemia a las 8 horas de vida, incluso descartando un posible síndrome genético no filiado y, por tanto, no comprobado, y aun existiendo riesgo prenatal, que no pudo determinarse al no efectuarse, por decisión de la paciente, el adecuado control gestacional en el Centro actuante, siendo a mayor abundamiento normales o asintomáticos los datos de la gestación al ingreso.

La Propuesta de Resolución se estima en consecuencia conforme a Derecho.

## C O N C L U S I Ó N

Por lo expuesto, procede desestimar en su integridad la reclamación presentada.