



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 6 2 / 2 0 1 5

(Sección 2ª)

La Laguna, a 23 de febrero de 2015.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por A.G.H. y B.P.T., en su propio nombre y en nombre y representación de su hija menor N.G.P., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 34/2015 IDS)\**.

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

### I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por la Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud (SCS), organismo autónomo de la Administración autonómica.

2. Los reclamantes solicitan una indemnización que asciende a la cantidad de 90.000 euros - posteriormente elevada a 1.255.209 euros-. Estas cuantías determinan en todo caso la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación de la Consejera para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC), en relación con el art. 142.3, de carácter básico, de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC).

---

\* **PONENTE:** Sr. Bosch Benítez.

3. Los interesados presentan reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria por considerar que la asistencia recibida tanto por la madre como por la menor fue inadecuada y causante de los daños soportados.

Los reclamantes, en su escrito inicial, relatan lo sucedido del modo siguiente:

“El pasado 7 de julio de 2009, se solicitó mediante escritos presentados en el departamento de Atención al Cliente, del Hospital General de Fuerteventura, la Historia Clínica completa, tanto de nuestra hija N.G.P. (...) del Hospital General de Fuerteventura y del Hospital Materno Infantil. Así como la Historia Clínica de B.P.T., en este caso incluyendo todos los controles, y pruebas realizadas desde el embarazo, el momento del parto hasta la actualidad por el departamento de ginecología, así como de hematológica (...) . Así como (...) en la Dirección de Área de Salud de Fuerteventura del Servicio Canario de la Salud (...) .

(...) la situación actual de nuestra hija viene provocada como consecuencia de una negligencia por parte del Hospital General de Fuerteventura, ya que en el momento del parto (20 de septiembre de 2008), el cual fue provocado por facultativos de dicho Hospital, de forma aleatoria, pues de las 6 mujeres que había en paritorio ese día para registro, el facultativo decidió que mi mujer y otras serían las que se quedarían y las otras vendrían lunes. Así el parto fue provocado mediante la administración de oxitocina (desconocemos en qué cantidad y condiciones pues no se nos ha entregado informe alguno). Se dejó apartada a mi mujer en una habitación sin ningún tipo de control, pues en ningún momento se tuvo control ni siquiera de las contracciones, no se realizó ningún tipo de pruebas (entre ellas de coagulación) (...). Así, transcurridas apenas dos horas y media desde la administración de la oxitocina, y tras insistir varias veces que las contracciones de mi mujer eran ya cada 20 segundos, la matrona se dignó a ir a explorar a mi mujer, diciendo que aún no estaba lista pues aún no había dilatado lo suficiente. En ese momento y delante de ella rompió aguas, hubo que llevar a mi mujer a rastras al paritorio y entró en hipertensión. Queremos hacer constar que en el momento en que se complicó el parto no había en paritorio ningún ginecólogo y tras aparecer hubo que recurrir a una cesárea de urgencia. Toda esta situación provocó que mi hija la cual había tenido un embarazo normal y que venía perfectamente, naciera en bradicardia, con parada respiratoria, lo que produjo una encefalopatía hipóxico isquémica a consecuencia de la falta de oxígeno (...) . A consecuencia de este parto mal provocado, estuvo ingresada en pediatría en cuidados intensivos hasta el 14 de octubre de 2008, sufriendo durante este periodo convulsiones así como taquicardias y problemas respiratorios (...) a día de hoy y a

falta de ir viendo con el tiempo si no tiene más secuelas tiene una PCI y al menos, que sea perceptible, un retraso motor grave.

A esto hay que unirle que en el momento de la cesárea la vida de mi mujer, también estuvo en peligro por una mala realización de la misma, lo que se tradujo en un problema de coagulación, como se puede ver en el documento (...) del Servicio de Vigilancia Intensiva. El cual posteriormente se ha comprobado, no es por un problema congénito de ella, sino de una mala realización de la cesárea. Lo que le supuso que como consecuencia de la gran pérdida de sangre que tuvo, hubiese que realizarle una nueva operación tras el parto, tener que realizarle numerosas transfusiones y tener que llegar a oír de los facultativos que era probable que tuviesen que hacer una nueva operación de vida o muerte, porque no sabían qué ocurría. Como primera consecuencia, también tuvo que estar ingresada en la UVI y hospitalizada hasta un día antes del alta de mi hija y aún tienen secuelas. Eso sí estamos pendientes de que por parte del Hospital se haga el pertinente seguimiento de la evolución, siendo a día de hoy nulo (...) el control por el servicio de ginecología (...) ”.

4. En el procedimiento incoado los reclamantes ostentan la condición de interesados en cuanto titulares de un interés legítimo, puesto que alegan haber sufrido daños -madre e hija- como consecuencia del funcionamiento incorrecto de un servicio público, pudiendo por tanto iniciar el procedimiento.

Se cumple, por otra parte, la legitimación pasiva de la Administración autonómica, como titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

La reclamación fue presentada por los interesados el 17 de septiembre de 2009, en relación con los daños soportados, el 20 de septiembre de 2008, por la reclamante y su hija. No puede por ello ser calificada de extemporánea, al no haber transcurrido el plazo de un año que al efecto prevé el art. 142.5 LRJAP-LPAC.

El órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin a este procedimiento es la Secretaría General del SCS, 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 15.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del SCS.

La resolución de la reclamación es competencia del Director del citado SCS, 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.

## II

1. En la tramitación del procedimiento no se ha incurrido en irregularidades formales que impidan la emisión del dictamen solicitado. Aunque se incumplió el plazo de seis meses que para su resolución establece el art. 13.3 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP), aprobado en virtud de Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, la demora producida no impide, sin embargo, la resolución del procedimiento, pesando sobre la Administración la obligación de resolver expresamente, con los efectos administrativos y aun económicos que procedan [arts. 42.1, 43.4.b) y 141.3 LRJAP-PAC].

2. Consta en el expediente que la reclamación fue correctamente calificada y admitida a trámite mediante Resolución de 15 de noviembre de 2009 por la Secretaria General del SCS, tras la subsanación de la reclamación presentada por los interesados el 28 de octubre de 2009, aportando los siguientes documentos: copia del Documento Nacional de Identidad (DNI), del Libro de Familia y autorización para el acceso a los datos de su Historia Clínica (art. 6.2 RPAPRP).

3. Se han realizado, asimismo, los actos necesarios para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debe pronunciarse la Resolución (art. 7 RPAPRP), emitiéndose en particular los informes de los Servicios que atendieron a la paciente y a cuyo funcionamiento se imputa el daño, a fin de que, a la vista de la historia clínica y del informe elaborado por el Servicio cuyo funcionamiento hubiera ocasionado la presunta lesión indemnizable, se valore la existencia o no de relación de causalidad entre la asistencia sanitaria prestada y los daños y perjuicios por los que reclaman.

De esta forma, constan en el expediente: a) Informe del SIP validado por el Servicio de Normativa y Estudios el 3 de septiembre de 2013, al que se acompaña historia clínica de la reclamante y su hija que figura en el SCS, así como los informes siguientes; b) Informe emitido por el facultativo del Servicio de Neurología del CHUIMI; c) Informe del Jefe de Servicio de Ginecología del Hospital General de

Fuerteventura; d) Informe elaborado por el Jefe de Sección del Servicio de Pediatría del Hospital General de Fuerteventura; y e) Informe emitido por el Adjunto del Servicio de Ginecología del Hospital General de Fuerteventura.

4. Se practicaron las pruebas oportunas, admitiéndose las propuestas por los interesados. Finalmente, el órgano instructor del procedimiento concedió el preceptivo trámite de vista y audiencia del expediente, habiéndose presentado escrito de alegaciones, en el que se reitera la reclamación presentada, con un aumento del importe de la indemnización solicitada en la cantidad de 1.255.209 €.

5. El procedimiento concluye con la preceptiva PR emitida el 4 de diciembre de 2014, previamente informada con carácter favorable por el Servicio Jurídico el 27 de noviembre de 2014, según lo dispuesto en el art. 20.j) del Reglamento del Servicio Jurídico, aprobado por Decreto 19/1992, de 7 de febrero.

### III

1. En el expediente resulta acreditada la siguiente secuencia de hechos (que se desprenden del contenido de los informes emitidos por los servicios sanitarios implicados y que sintetiza el SIP en su informe):

“A) Paciente secundigesta a la edad de 35 años, cuya gestación fue controlada en el Centro de Salud de Puerto del Rosario y con realización de analíticas y ecografías en el Hospital General de Fuerteventura. Así, se le practicó la prueba de la amniocentesis sin incidencias y administración de gammaglobulina anti D, en el mes de marzo de 2008; cultivo de estreptococo con resultado negativo en agosto de 2008; cardiorocograma basal con 37+6 semanas, en agosto de 2008, el cual se repitió semanalmente siendo normales (informe del Jefe de Servicio de Ginecología).

El 18 de septiembre de 2008, acude por contracciones realizándole monitorización fetal con resultado normal, reflejando dinámica esporádica. Se envía a su domicilio por falso trabajo de parto (informe del Jefe de Servicio de Ginecología).

El día 20 de septiembre de 2008, con una gestación de 41+2 semanas, acude a control, informándole el profesional ginecólogo de su situación de gestación prolongada y de los pros y contras de una posible inducción. La paciente firmó el consentimiento informado de inducción al parto. En la exploración precisa cuello posterior, borrado 20%, permeable al dedo, cefálica, plano, bolsa íntegra.

Durante la intervención consta que la paciente estuvo bajo monitorización externa (comienzo del primer registro a las 09.10 horas con una duración de 40 minutos y del segundo a las 10:54 h. con una duración de 170 minutos), se le canalizó vía, se le extrajo preoperatorio y se tramitó su ingreso que se produjo a las 14.35 horas. La matrona realizó exploración a la paciente a las 15.30h., encontrando al tacto vaginal: cuello posterior, borrado 70%, blando y permeable a dos dedos. La presentación era cefálica con rotura de bolsa espontánea a las 16.00 horas, líquido amniótico claro y dilatación de 2cm. Tras la rotura de bolsa, la paciente presenta una hipertonía uterina acompañada de bradicardia fetal, por lo que se decide "cesárea urgente".

Una vez en quirófano con latidos fetales + de 60 se realiza incisión tipo Pfannenstiel, extrayendo a las 16.22 horas un feto femenino, deprimido, en cefálica, entregándolo a neonatología. Se extrae placenta completa, se limpia la cavidad uterina, comenzando un sangrado abundante. Se sutura útero. Ante el abundante sangrado, se decide apertura de las suturas no observándose ningún punto sangrante realizando nueva sutura. El útero era de buen tono y bien contraído. Se constató sangrado en napa de útero, peritoneo, músculos abdominales, aponeurosis celular subcutáneo y piel. Se colocó spongostan sobre histerorrafia, luego se realizó hemostasia de los músculos abdominales y se dejaron redones. Nuevamente se detectó sangrado abundante en napa, hematoma en la pared abdominal derecha. Se dejó redón en celular subcutáneo y se cerró la piel con grapas.

Finalizado el acto quirúrgico, se solicita: hematocrito, pruebas coagulación y pruebas cruzadas para transfundir. En la espera, se decide solicitar concentrados de hematíes, plasma.

La paciente pasó a reanimación, transfundiéndole plasma y concentrado de hematíes, se le administró antitrombina III y complejo protrombínico. Se solicitó interconsulta a Hematología, que acudió a valorar a la paciente.

A las 22.20 horas se reunieron los facultativos de UCI, anestesia y ginecólogo, debatiendo sobre la reintervención por sangrado y hematoma de pared abdominal. Se resolvió esperar y continuar con sangre y plasma. En la madrugada del día siguiente (0.55 horas del 21 de septiembre) es ingresada en el Servicio de Medicina Intensiva, pues a pesar de haberle administrado concentrado de hematíes (3) y PFC (4), mantiene inestabilidad hemodinámica y persistencia del sangrado sobre todo por el drenaje del redón izq. situado en aponeurosis. Exploración:

Paciente consciente, orientada y colaboradora, sin focalidad neurológica. Hemodinámicamente inestable con tendencia a la hipotensión arterial, taquicardia. Discretamente taquipneica, sin trabajo respiratorio. Buena ventilación bilateral. Soplo sistólico II/IV en punta.

Abdomen globuloso, blando, doloroso a la palpación con defensa voluntaria. Sangrado por herida quirúrgica.

Eco abdomen: hematoma a nivel de pared abdominal. Escaso líquido intraabdominal.

Se le administra complejo protrombínico y antitrombina III, se le transfunden concentrados de hematíes y plasma, y se pauta tratamiento. Se reduce de forma progresiva el sangrado y mejora hemodinámicamente, así como el estudio de la coagulación. Se inició la tolerancia digestiva.

Dada su situación, se decide su traslado al Servicio de Obstetricia y Ginecología.

Diagnóstico: Anemia aguda Coagulopatía de consumo. Postoperatorio cesárea.

El mismo día a las 12.40 horas, ingresa en la planta de Maternidad (Servicio de Obstetricia y Ginecología), donde permaneció hasta el día de su alta hospitalaria. Durante su estancia en dicha planta, destacaremos:

Desarrolló fiebre en varias ocasiones, para lo que recibió tratamiento.

Se tomaron muestras para cultivos (orina, drenaje de herida quirúrgica y de punta de los drenajes redones), resultando todos ellos negativos.

Se le realizaron controles analíticos.

TAC abdomen-pelvis (25 de septiembre): pequeño derrame pleural bilateral, imágenes compatibles con hematoma parietal derecho; útero agrandado puerperal con engrosamiento de la línea endometrial; cambios postquirúrgicos a nivel pélvico con tubo de drenaje, no se aprecia líquido libre intraabdominal ni colecciones organizadas; resto del estudio sin anomalías.

Ecografía de abdomen (8 de octubre): persiste hematoma e nivel de músculo recto abdominal derecho de aproximadamente 77 mm de longitud y 3 cm de grosor que se extiende hacia la musculatura izquierda. No se aprecia líquido libre intraabdominal.

Fue valorada por otros médicos especialistas:

- Medicina interna (21 y 22 de septiembre de 2008).

- Hematología (26, 29 de septiembre y 3 de octubre de 2008). En la última visita se le citó para el mes de enero de 2009 en consultas externas.

- Psiquiatría (8 de octubre de 2008). Diagnosticándole ansiedad. Se le indica psicoterapia de apoyo según evolución.

El día 13 de octubre de 2008 se da el alta asintomática para continuar controles en el propio hospital.

Conforme a los informes existentes continuó acudiendo a los controles, una a dos veces por semana, en paritorio del hospital (al menos en 10 ocasiones) presentaba disminución del hematoma de pared abdominal y poseía buen estado general. Luego se le citó para consultas externas del propio hospital, pero no acudió a ninguna de ellas.

B) A la recién nacida, con test de Apgar 2 - 3, se le practicó un grado IV de reanimación, ingresando a las 16.30 horas en el Servicio de Pediatría hospitalaria con los diagnósticos de:

RNT PAEG Riesgo encefalopatía hipóxico isquémica. S.F.A. Observación post-cesárea.

Permaneció en incubadora y se monitorizó durante 19 días de vida. A su ingreso hipotónica, hiporreactiva, reflejos del RN abolidos, Ortolani, Moro incompleto.

La hipotonía inicial con posterioridad pasó a hipertonia generalizada. Episodios de movimientos estereotipados de miembros superiores e inferiores que se interpreta como equivalentes a convulsivos, precisando tratamiento. Desarrolló temblores espontáneos y a estímulos amplios y clonus a estímulos. Evolucionó lentamente con ligera mejoría neurológica con mala succión, espasticidad leve-moderada, no convulsiones.

Intubada tras el nacimiento por asistolia y apnea. Inició respiración espontánea, retirando la intubación y ventilación mecánica a las 4-5 horas de su ingreso. Se trató la acidosis metabólica y se le administró oxigenoterapia 36-48 horas. Las gasometrías de control fueron normales.

No succión, por lo que se procedió a la alimentación por SNG y/o gravedad. Intento de tolerancia oral a los 2 días de vida, siendo al inicio irregular, consiguiendo la toma oral a los 14 días de vida.



Hipertermia a las 48 horas realizando extracciones para cultivos y tratando con antibioterapia por sospecha infección. Cultivos negativos. A los 9 días presentó una secreción conjuntival purulenta, tomando muestra para cultivo que resultó+ recibiendo tratamiento para ello.

Diuresis y meconio en las primeras 24 horas.

Se le realizaron:

- Controles analíticos.

- TAC craneal (26/scpliembnd2008): No se aprecian áreas de sangrado, lesiones ocupantes de espacio ni desviaciones de la línea media, así como tampoco signos de edema cerebral. Sistema ventricular de tamaño y morfología normal. Llama la atención áreas hipodensas bilaterales mal definidas y asimétricas en la sustancia blanca supraventricular, recomendando completar estudio con una RMN para descartar áreas de isquemia a este nivel.

- Screening auditivo, con buen resultado.

- ECO transfontanelar (13/octubre/2008). No se aprecia desviación de la línea media, áreas de sangrado, ni signos de edema cerebral. Sistema ventricular no dilatado. Estudio sin hallazgos significativos

En el informe de alta hospitalaria, la cual se produce el día 14 de octubre de 2008, figuran los diagnósticos de:

- Sufrimiento fetal agudo.

- Encefalopatía hipóxico-1squénica

- Convulsiones neonatales post-hipoxia.

- Cesárea por SPBF.

- Recién nacido a término de peso adecuado para la edad gestacional.

Continuó acudiendo a consulta de pediatría, desde donde se le solicitaron:

- Propuesta de traslado al Servicio de Neurofisiología del Hospital Materno Infantil para la realización de EEG, el cual fue realizado el 4 de diciembre de 2008 con resultado de estudio dentro de la normalidad.

- IRM cráneo realizada el 16 de enero de 2009, en la que se observa un cuerpo calloso hipoplástico con ligero aumento de tamaño de ambos ventrículos laterales.

No se aprecian zonas encefálicas isquémicas ni otros hallazgos de significado patológico.

- Interconsulta al Servicio de Rehabilitación, acudiendo a la primera el 16 de febrero de 2009 donde se le indica iniciar tratamiento. Comienza el mismo mes. Actualmente continúa acudiendo a consulta.

- Propuesta de traslado al Servicio de Neurología del Hospital Materno Infantil para su valoración. Siendo valorada con fecha 5 de mayo de 2009 y a la que ha acudido en varias ocasiones En el último informe realizado de fecha 30 de noviembre de 2009, figura en el diagnóstico: retraso psicomotor, PCI espástica y convulsiones neonatales en relación a hipoxia pre-perinatal.

Privadamente, con fecha 24 de noviembre de 2009, se realizó RMN Cráneo en el Hospital Quirón Madrid, figurando en el informe: Alteración de la señal en secuencias T1, T2 del margen lateral de ambos putámenes y tálamos que podría estar en el contexto de encefalopatía hipóxico-isquémica. Discreto adelgazamiento del cuerpo calloso”.

2. La PR desestima la reclamación presentada al considerar que no se ha acreditado la relación de causalidad entre la actividad sanitaria prestada a la madre y su hija durante el parto asistido y el daño producido, no habiéndose vulnerado los parámetros de la *lex artis*, al haberse adoptado todas las medidas necesarias según el protocolo de actuación.

## IV

1. Antes de entrar en el fondo del asunto planteado, resulta obligado recordar los requisitos necesarios y constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración, estos son: el daño o lesión patrimonial sufrido por los reclamantes, su antijuridicidad, su imputación a la Administración como consecuencia del funcionamiento de sus servicios, y la relación de causalidad entre la acción producida y el resultado dañoso ocasionado.

Aplicado ello al ámbito sanitario, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza del citado servicio público. El criterio de la actuación conforme a la denominada *lex artis* se configura en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios, determinando si éstos han dado cumplimiento a sus obligaciones como profesionales de dicho sector prestando, pues, la debida asistencia, sin que se pueda garantizar la curación del

enfermo en atención a los medios técnicos y científicos de los que se dispone en cada momento en el ámbito sanitario.

2. En el presente caso, la reclamación presentada por los interesados se fundamenta en la falta de información sobre la asistencia recibida; por el uso de la oxitocina; y, por ello mismo, a causa del deficiente funcionamiento del servicio sanitario en la asistencia prestada.

3. En cuanto a la asistencia recibida por las afectadas se ha de tener en cuenta que la madre sufría un retraso considerable, al presentar un embarazo a término de 41+2 semanas de gestación, y que la misma firmó un consentimiento informado para la inducción al parto; en dicho documento se contienen todas las posibles complicaciones que pudieran surgir en el momento de la práctica de la inducción, por lo que no podría considerarse como desconocido por los afectados el deficiente resultado obtenido de la intervención, ya que debido a las complicaciones surgidas - hipertensión uterina con bradicardia fetal- se indicó por el facultativo cesárea de carácter urgente. Así lo confirma, entre otros, el Jefe de Servicio de Obstetricia. En dicho informe, además, se señala que la embarazada fue correctamente sometida a los controles anteriores al parto, practicándosele, pues, las actuaciones protocolarias establecidas al efecto.

De acuerdo con el informe del SIP, "en la actualidad, la inducción electiva de la gestación en la semana 41 está validada tanto por ensayos clínicos, como por revisiones sistemáticas y meta-análisis. La inducción del parto a la 41 semana se asocia con una disminución ligera pero significativa de la mortalidad perinatal sin que aumente la tasa de cesáreas, por lo que se puede ofrecer a la mujer la inducción del parto en este intervalo de edad gestacional (extracto de los Protocolos Asistenciales en Ginecología-Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia)".

4. Las complicaciones sufridas por la embarazada también figuran en el informe de Enfermería (alta de la UCI), así como en el informe de alta del Servicio de Medicina Intensiva. En este último informe se señala que se realizó la exploración clínica oportuna.

A la vista de lo expuesto, se considera que la atención prestada a la madre cumplió el Protocolo de Control Final de Gestación, del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Fuerteventura. La paciente estuvo monitorizada durante el trabajo de parto, precisando que fue en la última monitorización en la

que aparece una hipertoniá uterina acompañada de bradicardia fetal, lo que determinó la cesárea urgente.

En consecuencia, tampoco son ciertas las afirmaciones de los reclamantes sobre la no realización de las pruebas o controles oportunos, por cuanto está acreditado en la documental obrante en el expediente que las mismas se realizaron de acuerdo con el protocolo de actuación. Igualmente se constata, en relación con los controles sanitarios, que los mismos fueron adoptados en todo momento (analíticas, RMN, transfusiones de plasma, etc.) en atención a las circunstancias.

Por otra parte, de la documentación que consta en el expediente no se infiere, contrariamente a lo alegado por los reclamantes, que a la paciente se le administrase oxitocina durante la inducción al parto. Además, resulta acreditado que [la paciente] sí estuvo monitorizada.

5. Con arreglo al informe del SIP, la asistencia recibida estuvo dentro de los límites normales, teniendo en cuenta los resultados de los controles que le fueron practicados. Idéntica conclusión se desprende del informe del Jefe de Servicio de Obstetricia, citado anteriormente, cuando indica:

" (...) que según consta en la historia clínica la paciente inicia monitorización fetal a las 9.10 que se mantiene unos 40 minutos, velocidad del papel minutos, velocidad del papel en este registro 1cm/minuto. Monitorización fetal normal. A las 10.54 inicia monitorización fetal interrumpida que dura 170 minutos, velocidad de papel en este registro de 2cm/minuto. Registro continuo pero donde existe un peque en zona marcada con stop por la máquina, debido a que se acabó el papel. La monitorización continúa inmediatamente con el cambio de papel de registro.

Esto supone que estuvo monitorizada desde las 9.10 horas hasta las 10.50 horas y luego desde las 10.54 horas hasta las 13.44 horas. La monitorización del (...) cardiaco fetal está en límites normales hasta la finalización de este tramo de registro. La paciente no estaba en trabajo de parto, por lo que se deja de monitorizar (...) "

Por lo tanto, la paciente presentó una rotura espontánea de bolsa, acompañada de hipertoniá uterina y bradicardia fetal. El SIP, en su informe, indica que una hipertoniá uterina "es una no relajación completa del músculo uterino entre dos contracciones. Se trata del trastorno hiperdimímico más grave, que si se deja evolucionar acabará en una rotura uterina. Se manifiesta clínicamente con dolor abdominal en hipogastrio, ausencia de relajación abdominal y bradicardia fetal mantenida. La hipertoniá es la causa más grave del sufrimiento fetal para el parto" .

6. Por lo que se refiere a la cesárea urgente que le fue practicada a la paciente, el mencionado informe del SIP se pronuncia en los siguientes términos: “El documento de cesárea abdominal elaborado por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, establece, entre otros, unas normas generales siendo una de ellas: en general se estima que el tiempo desde la indicación de una cesárea urgente hasta el nacimiento ha de ser inferior a 30 minutos, cumpliéndose en este caso teniendo en cuenta que, conforme a lo expuesto, se avisa al especialista a las 16.00 horas, acude al paritorio y decide la cesárea urgente (...), produciéndose la extracción fetal a las 16.22 horas”.

7. En definitiva, la actuación de los profesionales sanitarios se ajustó a la *lex artis*, puesto que la reclamante presentó una complicación grave en la dinámica del parto -hipertonía uterina- que intentaron resolver de forma urgente con la realización de una cesárea practicada en los tiempos recomendados por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Por lo que se considera que la misma fue la más oportuna en atención a la secuencia de los acontecimientos expuestos.

Los facultativos utilizaron todos los medios a disposición de la paciente, y como indica el informe del SIP:

“ (...) durante la intervención de cesárea se produjo un sangrado abundante, que produjo una coagulopatía de consumo, siendo necesaria la administración de concentrados de hematíes y plasma. El sangrado continuó en el postoperatorio.

La cesárea es una cirugía que no está exenta de complicaciones, siendo la hemorragia una de ellas, estando reflejada, probablemente, en su consentimiento informado, no pudiendo firmarse, en este caso, dada la urgencia para la extracción fetal por SPBF (sospecha de pérdida del bienestar fetal)

Desarrollada la complicación, se utilizaron medios para tratarla intra y pos/operatorios, su situación fue valorada por varios facultativos (UCI, anestesia y ginecología) que debatieron sobre la reintervención por el sangrado y hematoma de la pared abdominal, pero se decidió esperar y continuar con la sangre y plasma, por tanto, no se realizó una nueva operación, tal y como exponen en la reclamación.

La inestabilidad hemodinámica de la paciente llevó a su ingreso en el SMI donde permaneció menos de 12 horas. Durante su permanencia, se le administró tratamiento se le realizaron pruebas (analítica, eco-abdomen), mejorando

hemodinámicamente con reducción progresiva del sangrado. Debido a esta situación, se decidió que la paciente pasara a la planta de maternidad.

En la planta de maternidad (Servicio de Ginecología y Obstetricia) se le realizaron también pruebas (controles analíticos, cultivos, TAC abdomen-pelvis, ecografía de abdomen) y fue valorada por otros especialistas. A los 23 días desde su ingreso, causo alta asintomática, acudiendo posteriormente a la realización de estudio, por parte de Hematología, para descartar problemas de coagulación que no se han detectado (...) ”.

Por su parte, tanto el Jefe de Servicio de Ginecología como el facultativo que asistió a las afectadas han informado coincidiendo en que la situación fue tratada correctamente en atención, pues, a las citadas complicaciones corroboradas en la documental obrante en el expediente.

8. En definitiva, de la instrucción del expediente no se objetiva que el uso de oxitocina fuera la causa de los daños por los que se reclama, toda vez que el parto no llegó a inducirse al producirse una rotura espontánea de la bolsa, habiéndose actuado con rapidez una vez detectada la complicación padecida por la madre durante el intento de inducción al parto. Por lo demás, se pusieron a disposición de la paciente todos los medios necesarios para evitar el resultado no deseado que finalmente se produjo, sin que por ello pueda imputarse el resultado a la Administración sanitaria, al haberse acreditado el cumplimiento de la *lex artis*.

9. Se coincide, de este modo, con la PR en que no existe responsabilidad patrimonial del servicio público sanitario porque el resultado no fue derivado de una actuación médica incorrecta de los facultativos o de una omisión de medios, sino de las graves dolencias sufridas por la afectada, que, aun habiéndose tratado por los servicios sanitarios oportunamente, no se pudo evitar el resultado no deseado tanto en la madre como, particularmente, en la hija.

Dicho de otra manera, en fin, en el presente caso se ha actuado conforme a la *lex artis ad hoc*, sin que se haya llegado a acreditar la existencia del nexo causal entre el funcionamiento del servicio de salud y el daño alegado.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución analizada es conforme a Derecho.