



Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 2ª)

La Laguna, a 5 de febrero de 2016.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero 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 (...), en nombre y representación de (...) y (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 5/2016 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por el Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud, Organismo Autónomo de la Administración autonómica. La solicitud de dictamen, de 23 de diciembre de 2015, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo el 7 de enero de 2016. De la naturaleza de esta propuesta se deriva la competencia 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 (RPAPRP), aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

2. Son aplicables al análisis jurídico de la Propuesta de Resolución formulada la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC), el ya citado Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria

* Ponente: Sr. Belda Quintana.

de Canarias, y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

II

1. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo, y por ende del derecho a reclamar de (...) y (...), al haber sufrido en su esfera moral el daño por el que se reclama [art. 31.1.a) LRJAP-PAC], si bien en este caso actúan mediante la representación, acreditada, de (...) (art. 32.1 LRJAP-PAC).

2. En cuanto a la competencia para tramitar y resolver el presente 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 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 Servicio Canario de la 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 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.

5. Asimismo, se presentó la reclamación dentro del plazo para reclamar establecido en los arts. 142.5 LRJAP-PAC y 4.2 RPAPRP, pues aunque los interesados interpusieron aquel escrito el 7 de noviembre de 2013, por correo postal, y el hecho que motiva la reclamación se produjo el 6 de mayo de 2011, en el presente caso el cómputo del plazo quedó interrumpido por la sustanciación de un proceso penal iniciado tras denuncia de los interesados ante el Juzgado de Instrucción nº 2 (antiguo Mixto nº 7) de Arrecife, que concluyó con Auto de 13 de julio de 2012, de sobreseimiento provisional. Contra tal Auto se interpuso por los demandantes recurso de reforma y subsidiario de apelación, que fue desestimado por Auto de 31 de octubre de 2012, de la Sección Sexta de la Audiencia Provincial de Las Palmas, lo que se notificó a los interesados el 7 de noviembre de 2012.

Desde esta fecha empieza nuevamente a computarse el plazo para la presentación de la reclamación de responsabilidad patrimonial ante la Administración, lo que se infiere de la interpretación conjunta del inciso final del 142.4 LRJAP-PAC, que aunque se refiere a sentencias que anulen un acto administrativo, que no es el caso, es la referencia de la que podemos disponer para entender cuándo debe empezarse a contar al plazo de prescripción tras la sentencia o resolución judicial. En efecto, dice este artículo que “prescribirá al año de haberse dictado la sentencia definitiva”, y el art. 4.2 RPAPRP concreta “desde haberse dictado sentencia firme”. Ello solo lo sabrá el actor cuando se le notifique, pues es entonces cuando se produce la toma de razón de los datos de la sentencia, según se dispone por el art. 248.4 de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, lo que en este caso acontece el 7 de noviembre de 2012.

III

1. El objeto de la reclamación que nos ocupa viene dado por el fallecimiento del hijo de los reclamantes debido, según manifiestan, a la deficiente asistencia prestada a (...) durante el parto, en el Hospital Dr. José Molina Orosa de Lanzarote, el 5 de mayo de 2011. A tal conclusión llegan los interesados en su escrito de reclamación cuando, tras exponer los distintos resultados de las gráficas que muestran los registros de la monitorización de la paciente y del feto, terminan atribuyendo su fallecimiento a tres causas:

1) La valoración incorrecta de los controles cardiotocográficos, o su defectuosa realización.

2) La incidencia en el resultado final del dispositivo intrauterino “Propess”, que entienden que debió ser retirado.

3) La necesidad de realizar una cesárea.

Se solicita por ello una indemnización que cuantifican los interesados en 300.000 euros, más los intereses correspondientes, por los daños morales sufridos como consecuencia del que, consideran, un deficiente funcionamiento de la Administración sanitaria.

2. Constan en este procedimiento las siguientes actuaciones:

- Tras instar a los interesados a subsanar y mejorar su solicitud, se cumplimenta este trámite el 9 de diciembre de 2013.

- Por Resolución de 20 de diciembre de 2013, de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación de los interesados.

- El 20 de diciembre de 2013, se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones, lo que se reitera en dos ocasiones, viniendo a emitirse, tras recabar la documentación oportuna, el 30 de enero de 2015.

- El 13 de enero de 2014, los reclamantes aportan informe médico pericial, que se remite por el Servicio de Normativa y Estudios al Servicio de Inspección y Prestaciones, a los efectos oportunos, con fecha 14 de enero de 2014.

- Mediante escrito presentado el 29 de diciembre de 2014, los interesados instan el impulso del procedimiento.

- El 20 de febrero de 2015, se dicta acuerdo probatorio que se notifica a los reclamantes el 26 de febrero de 2015, en el que se declara la pertinencia de las pruebas propuestas por las partes, excepto la propuesta por los reclamantes consistente en su propia testifical, por ser innecesaria al constar sus posturas perfectamente determinadas en la reclamación inicial y en la documentación aportada.

- A efectos de practicar las testificales solicitadas por los reclamantes, el 20 de febrero de 2015 se solicita a la Dirección Gerencia del Hospital Doctor José Molina Orosa que remita la relación del personal médico y sanitario que intervino en el proceso de alumbramiento de C.L.V. El 4 de marzo de 2015, se cumplimenta tal solicitud a través de los informes remitidos por la Dirección Médica de Atención Especializada y la Dirección de Enfermería de Atención Especializada.

- Todo ello se remite a los reclamantes el 5 de marzo de 2015, recibándose el 11 de marzo de 2015.

- Mediante acta de comparecencia de 10 de marzo de 2015 (por error consta 2013), los interesados solicitan la exhibición del expediente y sus copias, que les son entregadas el 23 de marzo de 2015.

- En escrito presentado el 23 de marzo de 2015, se proponen doce testigos cuya declaración interesan los reclamantes, si bien, por escrito de 7 de abril de 2015, se informa por la Administración que los testigos han de limitarse a tres, a tenor del art. 363 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, lo que les es notificado a los interesados el 14 de abril de 2015. Contra tal resolución se interpone por aquellos recurso potestativo de reposición el 17 de abril de 2015.

- Aunque no consta la expresa resolución de aquel recurso, tras recibirse información por parte de las Direcciones Médicas y de Enfermería de Atención Especializada sobre los testigos propuestos, se cita a estos en diferentes fechas de mayo y junio de 2015.

Asimismo, se informa a los reclamantes de la imposibilidad de citar como testigo al Dr. (...) por haberse jubilado, información que reciben estos el 27 de mayo de 2015.

Mediante fax de 27 de mayo de 2015, los interesados insisten en solicitar la declaración testifical del Dr. (...), por ser el autor del informe de necropsia del hijo de los reclamantes, así como del Dr. (...), por ser el Jefe del Servicio implicado en el momento de producirse los hechos por los que se reclama.

- El 2 de junio de 2015, se aportan por los interesados los interrogatorios a realizar a los testigos citados para la prueba el 3 de junio de 2015; el 15 de junio de 2015, para los citados el 16 de junio de 2015; y el 25 de junio de 2015, para los citados el 26 de junio de 2015.

- Tras realizarse las pruebas testificales en las referidas fechas, el 13 de julio de 2015 se concede a los interesados trámite de vista y audiencia, de lo que reciben notificación el 21 de julio de 2015. Se aporta escrito de alegaciones el 31 de julio de 2015.

- El 24 de noviembre de 2015, se emite Propuesta de Resolución desestimatoria de la pretensión de los reclamantes, y en el mismo sentido consta borrador de Resolución del Director del Servicio Canario de la Salud, sin fecha, que es informado favorablemente por el Servicio Jurídico el 9 de diciembre de 2015, dictándose Propuesta de Resolución definitiva el 17 de diciembre de 2015.

IV

1. A los efectos de analizar la adecuación a Derecho de la Propuesta de Resolución, procede tener en cuenta que a la Administración no le es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente. Se hace preciso, por consiguiente, determinar un parámetro que permita

valorar el funcionamiento del servicio y, por tanto, la procedencia o no de la actuación médica causante o conectada al hecho lesivo; es decir, que permita diferenciar aquellos supuestos en que los resultados dañosos se pueden imputar a la actividad administrativa, incluyendo el tratamiento o asistencia efectuada o la falta de uno u otra, y aquellos otros en los que se ha debido a la evolución natural de la enfermedad, o, como es el caso, al proceso natural (el parto) inducido y a la imposibilidad de que los medios de exigible disponibilidad, en función del nivel técnico y científico alcanzado, garanticen la cura o un resultado satisfactorio en todos los casos o completamente.

Este criterio básico, utilizado comúnmente por la jurisprudencia, es el de la *lex artis*, sin perjuicio de la aplicabilidad de las normas reguladoras de la prestación del servicio público sanitario, incluyendo los derechos de los pacientes. Lo esencial, desde una perspectiva asistencial y para la Administración gestora, es la obligación de prestar la debida asistencia médica, con el uso de los medios pertinentes en la forma y momento adecuados, con las limitaciones y riesgos inherentes, conocidos por los pacientes (SSTS de 16 de marzo de 2005, 7 y 20 de marzo de 2007, 12 de julio de 2007, y 25 de septiembre de 2007, entre otras).

El criterio de la *lex artis* determina la normalidad de los actos médicos e impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, de modo que la existencia de responsabilidad exige tanto la producción de la lesión como la infracción de la *lex artis*, en relación, en particular, con el estado de los conocimientos y de la técnica sanitaria (art. 141.1 LRJAP-PAC).

2. Como se ha indicado, la Propuesta de Resolución desestima la pretensión de los reclamantes con fundamento en la historia clínica obrante en el expediente y en los informes recabados a la luz de la misma, así como, especialmente, de las testificales realizadas y del informe forense obrante en las diligencias penales.

Así, la Propuesta de Resolución, en primer lugar, discierne los tres aspectos sobre los que los interesados sustentan su reclamación, para, posteriormente, refutar las argumentaciones en la que se funda aquella.

3. Pues bien, como bien señala la Propuesta de Resolución y anticipamos cuando se expuso el contenido de la reclamación, los tres aspectos en los que los interesados fundamentan la producción del daño por el que se reclama son:

1) En primer lugar, la valoración incorrecta de los controles cardiotocográficos, o su defectuosa realización.

2) En segundo lugar, la incidencia en el resultado final (fallecimiento del feto) del dispositivo intrauterino "Propess", que entienden los interesados que debió ser retirado con anterioridad.

3) En tercer lugar, y como consecuencia de lo anterior, se alega que la situación en la que había derivado el proceso de la paciente, unido a la causa de su ingreso (un CIR o crecimiento intrauterino retardado), exigía la realización de una cesárea.

Ante todo, debe advertirse que en el expediente obran dos informes periciales contradictorios. De un lado, uno de parte, aportado durante la tramitación del presente procedimiento -en el que se fundamenta la reclamación y alegaciones- que sostiene la falta de adecuación a la *lex artis* de la asistencia prestada a la paciente; de otro lado, un informe forense, que sirvió de fundamento al Auto de 13 de julio de 2012, del Juzgado de Instrucción nº 2 (antiguo Mixto nº 7) de Arrecife, de sobreseimiento provisional (contra el que se interpuso por los demandantes recurso de reforma y subsidiario de apelación, que fue desestimado por Auto de 31 de octubre de 2012 de la Sección Sexta de la Audiencia Provincial de Las Palmas), que sostiene la adecuación a la *lex artis* de aquella asistencia.

Al respecto, debemos recordar que no es función de este Consejo Consultivo determinar qué informe pericial es más adecuado en el análisis clínico de la conformidad a la *lex artis* de la actuación sanitaria, dada nuestra falta de pericia médica, sino velar por que en el curso del procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial se respete la legalidad en su tramitación, realizándose todos sus trámites, dando adecuada respuesta la Propuesta de Resolución a todas las cuestiones suscitadas en tal procedimiento, de modo que tal Propuesta contenga coherencia interna en la determinación de la existencia o no de responsabilidad patrimonial de la Administración tras el análisis de todos los elementos presentes en el procedimiento.

Pues bien, ateniéndonos a la información recabada en la tramitación del presente procedimiento y en las diligencias penales instruidas cabe señalar lo siguiente:

1) En primer lugar, la presunta incorrecta valoración de los registros cardiotocográficos, o su defectuosa realización, es refutada por distintas pruebas aportadas al expediente.

Por una parte, se aclara en todas las testificales que, efectivamente, se produjeron momentos de pérdidas de foco, lo que no se corresponde con una inadecuada atención facultativa, sino que, por un lado, como señala el Dr. (...) en respuesta a la pregunta 3, tras examinar la totalidad del registro, puede haber alguna pérdida de foco espontáneo que se recupera con normalidad. Tal normalidad también es afirmada por la matrona, (...), en la respuesta a la pregunta nº 19 de su testifical. Mas, en cualquier caso, se infiere de las testificales que en ocasiones se produce por la propia posición de la paciente, tal como señala en la respuesta a la pregunta 10 la matrona, (...), que añade (pregunta 11) que la frecuencia cardiaca fetal puede modificarse por un cambio en la posición, la dilatación, etc., por lo que el matrn (...) afirma que cuando una gráfica tiene contracciones y cesa ello generalmente responde a un cambio de posición de la paciente: "deja de salir porque se pone a la paciente de lado".

Asimismo, es atribuible a las propias circunstancias físicas de la madre, obesa premórbida como consta en la historia clínica, lo que influye en la dificultad de captación de registro, tal y como afirma el Dr. (...) en respuesta a la pregunta 9 del interrogatorio, corroborada por la matrona, (...) (pregunta nº 2), y por el matrn (...) (pregunta 2 de su testifical), quien además afirma (pregunta nº 3) que comprobó que los captadores o dispositivos externos estuvieran en todo momento correctamente puestos y con sus cinchas bien apretadas. En igual sentido, respecto de la repercusión de la obesidad de la paciente, se manifiesta el propio informe pericial aportado por los reclamantes.

Por todo ello, podemos concluir, respecto a la primera cuestión, que en absoluto tales pérdidas de foco se deban a una deficiente colocación del captor.

En relación con la aludida inadecuada interpretación de los registros, en la testifical realizada al Dr. (...), en las preguntas 7 y 8, relativas a distintos registros, señala como respuesta que en todas las gráficas el registro es normal y tranquilizador, y solo indica en la respuesta a la pregunta 18 -referente a si a lo largo del registro cardiotocográfico puede sospecharse la existencia de pérdida de bienestar fetal- que hubo un tramo en que sí hubo sospecha, pero tras ese único tramo se recuperó.

En ello coincide la testifical realizada al Dr. (...), cuando se le muestran las distintas gráficas de los registros en distintos momentos, y a la matrona que venimos citando, respondiendo a la pregunta 11 el Dr. (...), relativa a si a lo largo de los registros se considera la pérdida de bienestar fetal, que no.

De igual modo responde a la pregunta 23 el matrn, (...) Este, en la pregunta 11, relativa a distintos tramos del registro, tambin considera normal la frecuencia cardiaca fetal, y seala, como en las testificales mdicas, que el nico tramo donde se ve un descenso luego se recupera, lo cual afirma tambin en otro tramo en respuesta a la pregunta 14. En el resto de los registros, todo es normal, como se detrae de toda su testifical.

De hecho, este matrn, que fue quien asisti al expulsivo junto con el Dr. (...), afirma en la pregunta n 22 que cuando no escuch al feto llam al gineclogo, tal y como exige el protocolo de la *lex artis*.

As pues, seala la Propuesta de Resolucin, acertadamente (lo que se relaciona tambin con el punto siguiente a tratar, que es el relativo a la retirada del Propess):

«De todo ello como venimos diciendo no puede concluirse como pretenden los reclamantes sealar que hubo mala praxis en la interpretacin de los citados registros ni tampoco interpretar sesgadamente las declaraciones como resulta de las alegaciones efectuadas en trmite de audiencia. Ya se ha acreditado que no se dieron las circunstancias que aconsejaban la retirada del propess ya que ni las contracciones fueron prolongadas en el tiempo, ni tampoco fueron excesivas en nmero como para respaldar aquella retirada inmediata. Tampoco como venimos sosteniendo puede afirmarse la existencia de sufrimiento fetal con carcter previo al parto.

El dictamen aportado por los reclamantes contiene una definicin del bienestar fetal:

“Se ha definido el bienestar fetal en evaluacin de bienestar fetal intraparto la presencia de cuatro criterios frecuencia cardiaca fetal basal entre 110 y 160 latidos por minuto (lpm), variabilidad entre 2-25 lpm, ausencia de desaceleraciones y presencia de aceleraciones (no siendo estas indispensables) cualquier alteracin de estos parmetros se considera como registro anormal o evaluacin del bienestar fetal intraparto alterado segn lo estipulado en las guas clnicas de la National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) el American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG) y el Royal College of Obstetricians and Gynaecologist)”.

Esos criterios habrn de ser valorados segn rangos temporales que, en funcin del criterio oscila, entre 30 y 90 minutos. El dictamen pericial no respeta ese rango temporal.

En el supuesto que nos ocupa los profesionales sanitarios han sido coincidentes en que durante el control fetal intraparto se han detectado oscilaciones en alg n parmetro, en ning n caso patolgicos.

No se ha acreditado prdida de bienestar fetal.

Según la Guía del Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología fuente citada por el reclamante (ACOG, RNG- www.telmeds.org) el monitoreo fetal se efectúa considerando diversos parámetros entre ellos la frecuencia cardíaca fetal cuyo rango normal como ya se ha dicho se sitúa entre 110 y 160 latidos por minuto.

La línea basal, según esta guía; se considera alterada cuando el cambio persiste por más de 15 minutos.

Cabe mencionar la interpretación que se efectúa en el dictamen y por los reclamantes de algunos datos, por ejemplo cuando se califica de bradicardia moderada en la página 434 el valor de 120 l/minuto (que se encuentra dentro del rango de la normalidad) en la página siguiente 435 se señala también bradicardia moderada FC basal entre 100-110 lpm durante 10 minutos, bradicardias que se convierten en severas en las alegaciones que formula el reclamante.

La citada guía califica como bradicardia leve (100-110 lpm) y se asocia con infantes post-término y posición occipitoposterior».

Por último, pero de gran trascendencia resulta la afirmación hecha en el informe forense que obra en las diligencias penales, donde se indica:

“En el análisis del seguimiento de la monitorización fetal y de la dinámica uterina, se pueden señalar los siguientes aspectos: A) Durante todo el tiempo que duró la monitorización, hay tres momentos en los que pierde el foco fetal, pero como se comprueba posteriormente, no es por lesión fetal, sino por fallos en el transductor, o movimiento fetal o movimiento materno, ya que corregido dicho fallo, el foco se hace audible y normal. B) Desde el punto de vista clínico, durante toda la monitorización no se observan alteraciones significativas en las fluctuaciones del foco y a las 22:50 hrs. por el tacto vaginal se detecta que la dilatación del canal del parto está completa y después de las maniobras obstétricas correspondientes, se extrae feto con parada cardiorrespiratoria y no es posible reanimarlo”.

De todo lo expuesto se concluye que no hubo una inadecuada interpretación de los registros, pues si bien hubo momentos aislados de pérdida de foco, ya justificados, de cese en las contracciones o alteración, y de cambios en la frecuencia cardíaca fetal, la recuperación inmediata no hizo sospechar pérdida de bienestar fetal, procediendo siempre el personal sanitario tal y como exigía la situación de la paciente en cada momento.

2) En cuanto a la necesidad de retirar el Propess como afirman los reclamantes, es refutable, y así lo hace la Propuesta de Resolución en base a la información contenida en el expediente.

Así se extrae, por un lado, de la testifical realizada al Dr. (...) (pregunta 13), según el cual su falta de retirada antes de que se le cayera a la paciente no tuvo

repercusión alguna en el resultado de muerte del feto. De hecho, se informa por el Servicio de Inspección y Prestaciones lo siguiente:

«3. Consulta a la Biblioteca Cochrane sobre ensayos clínicos y resúmenes de Cochrane, de 16 de abril de 2008, para el estudio de Prostaglandina PGE2 intracervical.

Del estudio consultado a la Biblioteca Cochrane, sobre Prostaglandina PGE2 intracervical con placebo o ningún tratamiento, en 28 ensayos y 3764 mujeres, sintetizamos lo siguiente: “El riesgo de hiperestimulación -uterina, por la administración de prostaglandina, vía vaginal-con cambios en la frecuencia cardiaca fetal (FCF), no aumentó significativamente (BE 1,21; 1C del 95%: 0,72 a 2,05), o lo que es lo mismo, pese a la hiperestimulación por prostaglandina, la FCF en su gran mayoría permaneció sin cambios” (12 1,59; IC del 95%: 1,09 a 2,33).

(Fuente: Consulta a la Biblioteca “Cochrane Library Plus”, en la base de datos sobre ensayos clínicos y resúmenes de Cochrane, de 16 de abril de 2008, para el estudio de Prostaglandina PGE2 intracervical y resúmenes de Cochrane, de 16 de abril de 2008).

4. Según la literatura médica consultada incluida la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), la liberación lenta de prostaglandina E2 (Propess) intravaginal, puede realizarse en una liberación controlada de al menos 12 horas o más. En el caso que nos ocupa, se observa una acción que duró 9 horas; por tanto dentro de límites».

Y, por otro lado, en relación con los síntomas que según los reclamantes exigen la retirada del Propess, se afirma por el Dr. (...), en respuesta a la pregunta 13, que, por una parte, se retira si tiene efectos de hiperestimulación uterina, lo cual no ocurrió. En tal sentido, el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones señala:

«5.- Las contracciones uterinas observadas en el registro tococardiográfico 34568 y 34569, entre 12:40 horas y 12:50 horas, fueron 7 en diez minutos, siendo la normalidad hasta 5 cada diez minutos. Ello puede considerarse como un episodio único y aislado, sin persistencia en la hiperestimulación uterina y sin afectación de bienestar fetal ya que la frecuencia cardíaca fetal (FCF) fue de 150-155 latidos/minuto, (dentro de lo normal hasta <160/M). No se produjeron más alteraciones uterinas a lo largo del resto del registro, por aumento de la frecuencia, sucediendo el alumbramiento a las 23:10 horas.

Lo que viene en coincidir con lo expresado por el Médico Forense en su informe emitido en fecha 10 de mayo de 2011 y que indicó lo siguiente:

“CUANDO ANALIZAMOS TODOS LOS GRÁFICOS APORTADOS AL PROCEDIMIENTO DE ESTA PACIENTE, DEL 6 de mayo de 2011, ENTRE LAS 09:50 hrs y LAS 23:10 hrs, NO ENCONTRAMOS ALTERACIONES QUE PUDIERAN HABER HECHO SOSPECHAR ALTERACIONES DEL FETO COMO PARA ACTUAR DE UNA FORMA DIFERENTE A LA QUE SE HIZO DURANTE EL MISMO”.

6.- En el prospecto del fármaco prostaglandina E2 (dinoprostona) de liberación lenta y controlada, que se administrada en vía vaginal, para inducción de un parto normal, denominado Propress, se dice lo siguiente:

“(...) existe la posibilidad de que se produzca hipertoniá uterina o rotura, si las contracciones uterinas son demasiado prolongadas o excesivas (...)”.

A tenor de lo indicado en el punto 5, las contracciones ni fueron prolongadas en el tiempo ni tampoco fueron excesivas en número como para respaldar la retirada inmediata de este fármaco inductor de parto (Propress).

7.- En el Informe Pericial de parte se indica, en el folio 000428, último párrafo lo siguiente: “En la hiperdinamia se ocasiona agravamiento de las condiciones del intercambio útero-placentario y de la hemodinámica pélvica, con posible repercusión metabólica/hipoxia (...)”.

Quiere ello decir, que si es “posible” no es absolutamente seguro que se produjese una repercusión metabólica/hipóxica.

Estimamos que de existir repercusión metabólica/hipoxia, ello se reflejaría, consiguientemente, en la frecuencia cardíaca fetal.

Por tanto consideramos que una hiperdinamia no ocasionará sistemáticamente una repercusión metabólico/hipóxica. De hecho como se indica en el punto-3 de las presentes conclusiones, por el estudio de más de 3700 mujeres, se deduce que es más habitual -pese a la hiperestimulación uterina en la inducción al parto- que la frecuencia cardíaca fetal no alcance cifras alteradamente inadecuadas».

Por otra parte, en cuanto a las náuseas y vómitos de la madre, el citado doctor afirma que un vómito aislado no determina la retirada del Propress, siendo normal que las embarazadas vomiten cuando están de parto, lo que confirma en la respuesta a la pregunta 10 de su testifical I.O.S., auxiliar de enfermería.

3) Todo ello conduce a responder a la tercera cuestión sobre la que se sustenta la reclamación, esto es, la necesidad de realizar cesárea a la paciente. Es contundente en su respuesta el Dr. (...), a la pregunta 17, pues ni a la vista de los registros ni por tratarse de un embarazo de riesgo por tratarse de un CIR debía practicarse cesárea.

En iguales términos se responde por la matrona, (...), a la pregunta nº 5, ya que ninguna de las circunstancias del caso aconsejaban la práctica de cesárea, y en idénticos términos se pronuncia el matrnón (...), en respuesta a la pregunta nº 5.

Por todo lo expuesto, cabe concluir que el fallecimiento del hijo de los reclamantes se produjo, tal y como se afirma en el informe forense -que atribuye a los hechos probados categoría de cosa juzgada por ser el sustento del Auto de 13 de

julio de 2012 por el que se acuerda el sobreseimiento provisional y el archivo de las actuaciones confirmado mediante Auto de la Sección Sexta de la Audiencia Provincial de 31 de octubre de 2012- y por el informe de necropsia del Jefe de Sección del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Dr. José Molina Orosa de Lanzarote, por causa extrafetal de la hipoxia (indicado por el médico forense) o cuadro congestivo hipóxico hemorrágico, (indicado por el médico anatómo-patólogo), lo que se produjo, en cualquier caso, en el periodo del expulsivo, siendo correcta la actuación dispensada por los servicios asistenciales de la Administración sanitaria en el transcurso del proceso asistencial. Señala el informe forense con rotundidad: “no encontramos alteraciones que pudieran haber hecho sospechar alteraciones del feto como para actuar de una forma diferente a la que se hizo durante el mismo”.

Finalmente, y en relación con la alegada relación entre la pérdida de bienestar fetal y el supuesto desprendimiento prematuro de placenta, sin perjuicio de que no se ha acreditado que lo hubiera como se desprende de todos los informes recabados, señala el informe forense que tal desprendimiento “puede ocurrir en cualquiera de las etapas antes mencionadas, pero no siempre es de fácil diagnóstico y menos aún en el periodo expulsivo, cuando la actividad uterina es intensa y el estrés fetal marcado”. Tal informe concluye que: “(p)or los hallazgos anatomopatológicos encontrados en la necropsia realizada al mortinato de (...) y su compatibilidad con un cuadro congestivo-hipóxico-hemorrágico, secundario a un coágulo retroplacentario, pienso que esta situación se presentó en los últimos momentos del periodo expulsivo desencadenando su depresión y posterior fallecimiento”.

4. A todo lo expuesto ha de añadirse, como señala el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones y hace suyo la Propuesta de Resolución, que, sentada tal y como se ha argumentado la adecuación a la *lex artis*, de la atención sanitaria prestada a (...), también es conforme a la *lex artis* tal actuación por cuanto de la historia clínica de la paciente resulta que la misma fue debidamente informada de los posibles efectos indeseables de la intervención, prestando no obstante su consentimiento con nombre y rubrica en el documento de consentimiento informado de inducción al parto por retraso de crecimiento uterino que tendría lugar el día 6 de mayo de 2011, y acepta las explicaciones dadas acerca de la inducción al parto, firmando en la hoja de curso clínico a las 10:30 horas del mismo 6 de mayo de 2011, por lo que tampoco desde este punto de vista los presuntos efectos indeseables son antijurídicos.

5. Por todo ello, debemos concluir que la actuación de los facultativos fue ajustada a la *lex artis*, por lo que la Propuesta Resolución que desestima la reclamación, es conforme a Derecho.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta Resolución del procedimiento incoado por reclamación interpuesta por (...), en nombre y representación de (...) y (...), es conforme a Derecho, debiendo desestimarse la misma, de acuerdo con lo señalado en el Fundamento IV de este Dictamen.