



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 6 9 / 2 0 1 9

(Sección 2ª)

La Laguna, a 28 de febrero de 2019.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución 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. 29/2019 IDS)\*.*

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

### I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, es una Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica, el Servicio Canario de la Salud. La solicitud de dictamen, de 21 de enero de 2019, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo el 24 de enero de 2019.

2. Se reclaman 176.239,50 euros como cuantía indemnizatoria, de lo cual se deriva la preceptividad del dictamen, la competencia del órgano solicitante y la competencia del Consejo para emitirlo, 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, el primer precepto, con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

3. Resultan aplicables la citada LPACAP y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP).

También son de aplicación la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; la Ley 41/2002, de

---

\* Ponente: Sr. Belda Quintana.

14 de noviembre, Reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica; así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

## 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 reclaman [art. 4.1.a) LPACAP], que es el fallecimiento de su hija, recién nacida, (...), relación de filiación que acreditan mediante la aportación del libro de familia. En este procedimiento los interesados actúan mediante la representación acreditada de (...) (art. 5.1 LPACAP).

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

3. El órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin al procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de 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 y la Resolución de 23 de diciembre de 2014, de la Directora, por la que se deja sin efecto la Resolución de 22 de abril de 2004, y se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos 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 cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación, al haberse presentado dentro del plazo de un año para reclamar establecido en el art. 67.1 LPACAP, pues los interesados interpusieron aquel escrito el 13 de diciembre de 2017, respecto de un daño que se produjo el 18 de enero de 2017, fecha en la que falleció su hija recién nacida, tal y como resulta del certificado de defunción aportado al expediente.

### III

Los interesados, en su escrito de reclamación, exponen como hechos en los que la fundan, los siguientes:

- El 21 de diciembre de 2016 (...), embarazada de 34+5 semanas, acude a Urgencias del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (CHUNSC) por presentar contracciones no dolorosas. Su embarazo era de Alto riesgo porque padecía enfermedad grave asociada (Esclerosis múltiple).

La exploración revela cérvix cerrado y leucorrea micótica. Se realiza Ecografía y analítica y recibe el alta con tratamiento con feroterapia y Canestén.

- El 22 de diciembre de 2016 acude de nuevo por el mismo motivo. Cuello cerrado y presentación fetal por encima del primer plano. La Ecografía realizada determina placenta y líquido normal. Recibe el alta.

- El 29 de diciembre de 2016 y 35+6 semanas de gestación, acude nuevamente por contracciones. A la exploración: cuello centrado, 1 cm de dilatación. Presentación fetal sobre estrecho superior y bolsa íntegra en Ecografía, feto en cefálica y líquido amniótico normal en Monitor: feto reactivo y dinámica irregular. Se remite a vigilancia en su unidad correspondiente.

- El 10 de enero de 2017 y con 37+3 semanas de gestación, vuelve a acudir a urgencias por contracciones. La exploración muestra presentación cefálica por encima del estrecho superior, y líquido amniótico abundante.

En segunda exploración a las 20:00 h consta: cérvix posterior, medio, borrado al 30%. En ecografía: cefálica, sobre el estrecho superior, líquido amniótico abundante. En monitor: feto reactivo, no deceleraciones y dinámica uterina irregular. Es dada de alta con recomendaciones y nueva cita el día 16 de enero en consulta.

- El 14 de enero de 2017 a las 20:11 h acude de nuevo a urgencias por contracciones y queda ingresada. A la exploración: Presentación cefálica, cérvix posterior borrado al 40%, consistencia media, permeable amplio. No fluye líquido amniótico.

No se realiza ecografía por lo que no se conoce la valoración del líquido amniótico ni la longitud del cérvix uterino. Sí se realiza Test de Bishop con una puntuación de 3.

Acto seguido se realiza un registro cardiotocográfico que comienza las 20:37 h y finaliza a las 21:05 h. Este registro se califica como no tranquilizador a la par que se reconoce estar en pródromos de parto o fase no activa del mismo.

- Los asistentes deciden en este momento proceder a la inducción al parto, a pesar de que la situación que se presentaba no indicaban esta actuación (embarazo de riesgo, test de Bishop desfavorable: Registro poco tranquilizador y fase no activa de parto). No se le presenta a la gestante el Documento de Consentimiento Informado para la inducción al parto, preceptivo en virtud de la Ley 41/2002 de la Autonomía del paciente.

- No se administran prostaglandinas intracervicales y se reanuda el registro a las 21:12 h, observando gráfica con las mismas características que el anterior. Buena dinámica uterina.

- Se desconoce cuándo se procedió a romper la bolsa amniótica.

- A las 21:29h aparece una bradicardia fetal súbita. Sin que se especifiquen los tiempos, se anota: se realiza venoclisis y amniorexis artificial con 2 cm de dilatación y cérvix posterior de consistencia media fluyendo líquido amniótico intensamente meconial. Se evidencia bradicardia fetal sin recuperación posterior, por lo que se indica cesárea por riesgo de pérdida de bienestar fetal.

- El informe de parto tampoco aclara los tiempos, y consta que parece que existieron 7 minutos de bolsa rota. La presencia de meconio abundante al romper la bolsa, más el registro compatible con pérdida de bienestar fetal, hubiese decantado a indicar cesárea en ese momento.

- La extracción se realiza a las 21:37 h con el hallazgo de Latero-procidencia de cordón umbilical al realizar la histerotomía. Se extrae una recién nacida de 3.032 kg de peso. Índice de Apgar de 0 al primer minuto, 3 a los 5 minutos y 6 trascurridos 10 minutos. Ph arterial de cordón con acidosis severa, (6,9), y exceso de bases-16 PCO2 79 P02 7.

La recién nacida precisa de reanimación e intubación orotraqueal. Se consigue latido a los 9 minutos de vida, con una frecuencia de 40 lat/min.

- A las 72 horas de vida presenta registro anómalo en el EEG, signos clínicos de encefalopatía severa sin mejoría y doppler alterado. Tras fallo multiorgánico generalizado se informa a los padres y se decide limitar el esfuerzo terapéutico. La menor fallece el día 18 de enero de 2017 a las 12:15 h.

Según lo expuesto, el objeto de la reclamación se centra en el fallecimiento de la hija de los reclamantes a los 4 días de su nacimiento, debido, según refieren, a una mala praxis durante todo el proceso de parto por las siguientes razones: no se realizó Ecografía al ingreso; se decidió, de manera incorrecta, la inducción del parto; ausencia de Consentimiento Informado para la maniobra de inducción del parto; no se administraron prostaglandinas intracervicales; no se refleja en la hoja de parto la hora en que se rompió la bolsa amniótica; debió adoptarse la decisión de practicar cesárea con anterioridad.

Solicitan por ello una indemnización total de 176.239,50 euros, de los que corresponderían 88.119,79 euros a cada progenitor.

Se solicita como prueba documental la admisión de los documentos que se aportan, así como la incorporación de la historia clínica de madre e hija, y como prueba pericial la aportación, que se hará en trámite probatorio, de informe pericial de médico especialista en ginecología.

## IV

1. En cuanto a la tramitación del procedimiento, no se han producido irregularidades que obsten la emisión de un dictamen de fondo.

No obstante, se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme al art. 91.3 de la LPACAP. Sin embargo, aun fuera de plazo, y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, la Administración debe resolver expresamente (arts. 21.1 y 6 LPACAP).

2. Constan las siguientes actuaciones:

- El 18 de diciembre de 2017 se identifica el procedimiento y se insta a los interesados a mejorar su solicitud mediante la aportación de determinada documentación, de lo que éstos reciben notificación el 8 de enero de 2018, aportando lo solicitado el 9 de enero de 2018.

- Por Resolución de 12 de enero de 2018, de la Secretaría del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación de los interesados, de lo que son notificados aquéllos el 29 de enero de 2018.

- El 16 de enero de 2018 se solicita informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), que, tras haber recabado la documentación oportuna, lo emite el 3 de agosto de 2018.

- El 27 de agosto de 2018 se dicta acuerdo probatorio en el que se incorporan las pruebas aportadas por la Administración, y se admiten las solicitadas por los interesados, abriendo periodo probatorio a fin de que éstos aporten el informe pericial propuesto. De ello reciben notificación los reclamantes el 3 de septiembre de 2018, aportando el referido informe en la misma fecha.

- El 9 de octubre de 2018 se solicita informe complementario del SIP a efectos de que se pronuncie sobre los extremos planteados en el informe pericial de parte, emitiéndose aquél el 6 de noviembre de 2018.

- El 7 de noviembre de 2018 se confiere a los interesados trámite de audiencia, lo que se les notifica el 20 de noviembre de 2018. El 21 de noviembre de 2018 el representante de los reclamantes, mediante comparecencia personal en las dependencias del SCS, retira copia de determinada documentación, si bien no consta que se hayan presentado alegaciones.

- El 19 de diciembre de 2018 se dicta Propuesta de Resolución desestimatoria de la pretensión de los interesados, lo que, incorrectamente, no fue informado por el Servicio Jurídico, dado que «Conforme a lo dispuesto en el artículo 20.j) del Decreto 19/1992, de 7 de febrero, del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias. Servicio de Régimen Jurídico emitirá informe preceptivo en los procedimientos de responsabilidad patrimonial, únicamente, sobre cuestiones que no se hayan resuelto previamente.

En este procedimiento, por tanto, no se recaba el informe de los Servicios Jurídicos, por tratarse de una cuestión resuelta previamente, y que ya ha sido informada por el Servicio Jurídico. “Ningún reproche puede hacerse a esta actuación sanitaria en la que, los profesionales atendiendo a una situación de urgencia consistente en pérdida de bienestar fetal, y estando la paciente y el feto en óptimas condiciones, deciden la extracción fetal de la forma más rápida posible” (informe de los Servicios Jurídicos, de 22 de julio de 2016 relativo al expediente de responsabilidad patrimonial nº 127/12)».

## V

1. Como se ha indicado, la Propuesta de Resolución desestima la pretensión de los reclamantes con fundamento en los informes recabados en la tramitación del procedimiento, y, en especial los del SIP, siendo el segundo aclaratorio de los extremos planteados por el informe pericial de parte.

2. A los efectos de analizar la adecuación a Derecho de la Propuesta de Resolución, tal y como la doctrina de este Consejo ha venido manteniendo de manera reiterada y constante (por todos, Dictamen 534/2018, de 27 de noviembre), 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 a la lesión existente; 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 y al hecho de la imposibilidad de que los medios de exigible disponibilidad, en función del nivel técnico y científico alcanzado, garanticen la cura en todos los casos o completamente.

Este criterio básico, utilizado comúnmente por la jurisprudencia contencioso administrativa, 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. Así, lo esencial, básicamente, 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 a ellos, 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).

Por lo tanto, 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. 34.1 LRJSP).

3. Pues bien, debe ser desestimada la reclamación interpuesta, a cuyo efecto es preciso señalar, como hace la Propuesta de Resolución, los antecedentes clínicos de interés en relación con el presente procedimiento que constan en la historia clínica de la reclamante y de su hija, que son los siguientes:

- (...), con antecedentes personales de esclerosis múltiple, presenta un primer embarazo en seguimiento por la Unidad de Alto Riesgo del HUNSC (CEPO) por dicha enfermedad. Evolución del embarazo normal y sin afectación orgánica de su enfermedad ni patología durante el embarazo.

- Con fecha 21 de diciembre de 2016 y 34 + 5 semanas de gestación acude a urgencias del HUNSC por contracciones no dolorosas. No presenta sangrado genital ni expulsión de líquido amniótico.

Se realiza exploración general y obstétrica y ecografía abdominal. Analítica normal. Se observa leucorrea abundante y aspecto micótico, con cuello cerrado.

Juicio diagnóstico: síndrome anémico y vulvovaginitis micótica. Se envía a domicilio con tratamiento pautado y reposo relativo.

- El 22 de diciembre acude por iniciativa propia a Urgencias del HUNSC, refiriendo contracciones cada 10 minutos.

Se realiza exploración y valoración obstétrica, ecografía y analítica de orina. Se valora cuello cerrado y feto reactivo. Registro cardiotocográfico (RCTG) normal. La paciente no está de parto y todo transcurre con normalidad.

- El 29 de diciembre acude de nuevo por contracciones desde hace 2 horas y cada 2 minutos. 35+6 semanas, sin sangrado ni pérdida de líquido amniótico. Movimientos fetales normales.

A la exploración vaginal, cuello centrado con 1 cm de dilatación, bolsa íntegra. Ecografía que objetiva presentación cefálica y placenta posterior.

Se remite a CEPO por dinámica uterina irregular. RCTG normal.

El feto está bien y la madre no se encuentra de parto. Presenta contracciones irregulares leves. Se indica que si aumenta la dinámica, bolsa rota u otra clínica, acudir de nuevo.

Con fecha 10 de enero de 2017 y 37+3 semanas de gestación, acude a urgencias del HUNSC por contracciones irregulares leves.

Cuello posterior, formado, permeable, bolsa íntegra. Ecografía, FCF, exploración y resto de constantes dentro de la normalidad. RCTG y valoración posterior por obstetra. Alta a domicilio con indicaciones de acudir si contracciones irregulares, pérdida de líquido, sangrado genital o ausencia de movimientos fetales.



- El 14 de enero de 2017, a las 20:24 h, acude al Servicio de Urgencias del HUNSC. Semana 38+1 de gestación y refiere disminución de movimientos fetales.

Se realiza RCTG urgente no reactivo, desacelerativo, con disminución de la variabilidad y desaceleraciones variables. Dinámica uterina prodrómica. El facultativo de guardia explica la situación tanto a la gestante como a su familia.

Se decide inducción del parto y se traslada a paritorio a las 21h.

Se procede a la rotura de la bolsa amniótica y se monitoriza interna y directamente tanto a la madre como al feto. A pesar de que estaban pautadas tanto las prostaglandinas como la oxitocina, no llegan a administrarse debido a los resultados de la amniorrexis, que objetiva presencia de meconio en líquido amniótico, señal de sufrimiento fetal.

Se observa bradicardia y se decide cesárea urgente por riesgo de pérdida de bienestar fetal (RPBF) observando lateroprocidencia del cordón al realizar la histerotomía así como acidosis fetal con parada cardiorrespiratoria.

La expulsión tiene lugar a las 21:37 h del día 14 de enero de 2017. APGAR 0 al minuto de vida y 3 a los 5 minutos del expulsivo

Nace una niña sin esfuerzo respiratorio. No se ausculta latido cardíaco por lo que se procede a la intubación orotraqueal y se inicia masaje cardíaco.

A los 9 minutos de vida se consigue latido con FC de 40 lpm y se continúa reanimación. A los 12 minutos de RCP se consigue na FC de 60 lpm y se traslada en incubadora al Servicio de Neonatología.

Se realiza exploración, con mal aspecto en general del bebé, palidez estuporoso, sin apertura ocular ante estímulos dolorosos, no reflejos y pupilas mióticas.

En Electroencefalograma, actividad cerebral patológica. Rx de tórax y Ecocardiograma también patológico presentando situs solitus, levocardia y levoapex y tabique interauricular con foramen oval permeable y ductus arterioso persistente grande (FOP y DAP).

Ante los datos compatibles con encefalopatía hipóxica isquémica moderada severa, se inicia tratamiento con hipotermia.

En las primeras 24 horas entra en status epiléptico de difícil control y tras 72 horas de tratamiento sigue presentando registro de EEG patológico lo cual indica mal pronóstico neurológico.

- Ante la mala evolución de la niña que presentó inestabilidad hemodinámica y fallo multiorgánico se decide junto con los padres limitar el esfuerzo terapéutico, falleciendo el 18 de enero de 2017.

4. A la vista de tales antecedentes, y dados los términos de la reclamación de los interesados, y, especialmente del informe pericial por ellos aportado, se plantean dos grandes cuestiones en las que se centra la reclamación: por un lado, que en el caso de la gestante no estaba indicada la inducción al parto, sino la cesárea; y, por otro lado, que, habiéndose elegido en primer término la inducción al parto, además de que no se sometió al consentimiento informado de la embarazada, ello determinó la rotura de la bolsa amniótica, lo que conllevó daños en la niña que llevarían a su muerte. En relación, a su vez, con estas cuestiones, se plantean otras incidentales como son: no se realizó ecografía al ingreso, no se obtuvo consentimiento informado para la inducción al parto, no se administraron prostaglandinas intracervicales, no se refleja en la hoja de parto la hora en la que se rompió la bolsa amniótica.

Ha de aclararse que ni los reclamantes, ni el informe pericial que aportan, y, por ende, los informes del SIP, aluden a una eventual relación entre las asistencias previas al 14 de enero de 2017 y el daño por el que se reclama, por lo que se centra la Propuesta de Resolución en la asistencia prestada el 14 de enero de 2017 reflejándose en la misma: «El SIP refleja en su informe que en las fechas anteriores al momento del parto, la paciente fue atendida de forma conveniente, y remitida a control por la unidad especial, al no presentarse el parto ni ser necesario adelantar éste por el estado de la madre y/o el feto. A pesar de tratarse de un embarazo de alto riesgo debido a la enfermedad de la madre, la neuróloga había retirado la medicación y permanecía sin clínica. Tampoco había presentado ninguna incidencia al respecto durante la gestación. Todo el proceso fue normal hasta la semana 38».

Pues bien, tal y como señala el informe complementario del SIP, el informe pericial de parte realiza una serie de aseveraciones y valoraciones que se hacen *ex post facto*, cuando se conoce ya cuál fue el resultado de las decisiones médicas adoptadas, sin que, a priori pueda asegurarse que tales decisiones no eran correctas. Así señala:

«A posteriori, conociendo el resultado final del proceso, se puede pensar que existe mala praxis previa, que se debió actuar de otra manera, pero no implica que lo realizado estuviera mal indicado o fuera nocivo per se. A su vez, así y todo, ello no garantizaría resultados diferentes (...)».

Con esta premisa, se justifica adecuadamente, refutando con ello el informe pericial, que las decisiones adoptadas en la asistencia prestada a la gestante fueron correctas desde el punto de vista clínico, si bien, el resultado no fue el deseado.

Así, por un lado, se explica por el informe del jefe de Sección de Perinatología del HUNSC, Dr. (...), emitido el 6 de junio de 2018, que el día 14 de enero de 2017 y con 38 semanas de gestación, (...) acude a urgencias por contracciones. Se realiza exploración clínica y test de Bishop de 3. Para valorar la dinámica uterina se monitoriza a la paciente con RCTG con resultado de patrón poco reactivo con dinámica prodrómica, es decir, no presentaba una dinámica de parto efectivo pero sí se registraron contracciones irregulares.

El SIP explica que el test de Bishop es una puntuación que asigna el ginecólogo o la matrona según el estado del cérvix, tras la exploración vaginal, con objeto de conocer si la paciente está o no de parto.

Respecto a por qué no se realizó ecografía en ese momento, el Dr. (...) expone que una ecografía en ese momento no arrojaría ningún dato relevante, siendo lo indicado, en caso de registro no concluyente y dinámica uterina (como fue el caso en cuestión) romper la bolsa amniótica con control fetal de manera que puedan ponerse captosres internos al feto, es decir, un electrodo en cuero cabelludo fetal que aporta información directa sobre su frecuencia fetal, así como un captor de dinámica uterina que refleja con exactitud la frecuencia e intensidad de las contracciones. Ello se hizo, tras explicar la situación a la familia, a partir de las 21:09 horas, cuando se pasa a la gestante al paritorio.

Este control, tal y como explica el SIP, tiene más sensibilidad a la hora de valorar posibles anomalías de dichos patrones, y por tanto, posibles alteraciones del mismo. Si en esta situación hay un buen registro fetal se inicia inducción para conseguir dinámica uterina. En caso de que no exista buen registro fetal, se realiza cesárea, que es lo que ocurrió en el presente caso.

Respecto de la rotura de la bolsa amniótica, el informe pericial lo considera como actuación contraria a la *lex artis* al argumentar que «la rotura de bolsa amniótica sin la cabeza fetal apoyada por completo en el estrecho pélvico, en un feto que no era prematuro ni de bajo peso, no fue más que una segunda mala praxis obstétrica añadida a la de inducir el parto.” Partiendo de la base de que, “un embarazo de riesgo, con registro poco tranquilizador y test de Bishop de 3 eran indicativos de necesidad de cesárea” ».

Sin embargo, ello es desmentido en el expediente, señalándose por el Dr. (...) que no es cierto que con un RCTG no tranquilizador el tratamiento sea siempre una cesárea, sino que lo que procede es evaluar el cuadro y romper la bolsa, que en este caso era accesible, para valorar el líquido y sobre todo para poder controlar catéter de presión interna de FC fetal que, como ya se comentó son valores más fiables que el registro externo. A ello añade que ha de aclararse que el riesgo del embarazo era debido a una patología materna no obstétrica, y que durante toda la gestación no había dado sintomatología ni clínica. De hecho, el servicio de Neurología había retirado la medicación un mes antes del embarazo.

Por otra parte, se aclara que el antes aludido test de Bishop de 3, no siendo indicativo de parto vaginal a su llegada, no determinaba que no fuera posible a priori la inducción del parto, sino que ello se desecharía precisamente como consecuencia de la rotura de la bolsa y determinación de la FC fetal, de la madre y del estado del líquido amniótico.

Por otro lado, se aclara que no se pudo realizar pH de calota fetal, que es otra cuestión abordada por el informe pericial, porque los factores que se precipitaron no lo hacían necesario. El SIP explica que la medición del pH se lleva a cabo en el trabajo de parto activo, para determinar si el bebé está recibiendo suficiente oxígeno. Este procedimiento dura alrededor de 5 minutos y según ocurrieron los hechos, los hallazgos eran suficientes para conocer el RPBF y decidir el procedimiento a seguir, que fue rápido y encadenado sin pérdida de tiempo (folio nº 45).

Así se concluye por la Propuesta de Resolución, acogiendo lo señalado por el SIP: «Se actuó de acuerdo a todos los protocolos que tienen en cuenta casos como este: embarazo previamente normal con varios controles realizados de forma correcta. Se inicia dinámica uterina y RCTG que presenta contracciones pero con reactividad disminuida. Este hecho se comentó con la paciente y se rompió la bolsa con objeto de valorar el líquido amniótico, con control fetal en todo momento, y para hacer más fiable el diagnóstico con captosres internos, y así iniciar inducción si todos los condicionantes lo permitían».

Pues bien, como se ha señalado, la amniotomía o rotura de bolsa está justificada si el líquido está teñido, si se desea dirigir el parto, en caso de hipodinamia uterina previa a la utilización de oxitocina o si se requiere un acceso directo al feto, como se pretendió en este caso, para la colocación de captosres en la cabeza del feto, pero, en todo caso, se trata, según reitera el Dr. (...), de una decisión del clínico, indicado por el especialista que atiende a la paciente, y preceptivo en este caso.

Y, sentado esto, procede señalar, que es, precisamente, lo observado tras la rotura de la bolsa, esto es, líquido meconial, junto con la bradicardia fetal sin recuperación, lo cual conllevó a cesárea urgente. El Dr. (...) explica que ante la presencia de líquido meconial nunca se administran prostaglandinas para conseguir dinámica uterina, sino que se intenta directamente con oxitocina.

En un primer momento se pautaron prostaglandinas, que, sin ser administradas, dieron paso a la indicación de oxitocina directamente. Pero dado el curso de los acontecimientos, no se llegó a administrar ninguna de las dos, puesto que la frecuencia cardíaca fetal en ese momento (no en el anterior cuando sí que estaba indicada), era indicativa de cesárea, la cual se realizó como «emergencia», en ocho minutos desde que se observó la bradicardia fetal. Así se señala en el informe complementario del SIP que la bradicardia fetal se produjo a las 21:29 horas, no antes, y a las 21:37 se realiza extracción fetal, ocho minutos después.

Así pues, debemos concluir con que, por un lado, no puede afirmarse a priori que no estuviera indicada la inducción al parto, sino que tanto ésta como la rotura de la bolsa amniótica eran una opción clínica tan válida como la de la cesárea de primera opción. Mas, en todo caso, no habiéndose realizado efectivamente la inducción al parto, no procede entrar a valorar la no obtención de consentimiento informado.

Y, por otro lado, teniendo en cuenta que desde que la gestante entró en el paritorio, a las 21:09 horas, hasta que se produjo el alumbramiento, esto es, a las 21:37 horas, el tiempo transcurrido no excede de los que el propio informe pericial establece como adecuados a la *lex artis*, una vez más, debemos concluir con que la asistencia prestada a la reclamante fue conforme a la *lex artis*. Y es que este informe comienza señalando que la opción que debió tomarse era «terminar el embarazo mediante cesárea. En la consideración que fuera, bien electiva (la que se realiza por razones maternas, fetales o ambas cuando las condiciones obstétricas no aconsejan esperar hasta el inicio del parto), al no estar de parto activo. O bien urgente, ya fuera de realización inmediata (20-30 minutos) o bien no inmediata (30-75 minutos)».

A ello debe añadirse, además, como señala el Dr. (...), que «probablemente el resultado del recién nacido hubiera sido el mismo si se hubiera hecho la cesárea de entrada por cuadro de hipoxia crónica no aguda, pero son obligados los pasos para valorar la situación real independientemente de valoraciones a posteriori».

Finalmente, no procede entrar, como hace la Propuesta de Resolución, en la atención prestada a la recién nacida, pues no es objeto de la reclamación que nos

ocupa, no poniéndose en duda la adecuación a la *lex artis* de la asistencia prestada a la niña, cuyo fallecimiento se imputa a la atención prestada a la madre durante el alumbramiento.

Por todo lo expuesto, debe concluirse la adecuación a la *lex artis* de la atención dispensada a la paciente, por lo que entendemos que la Propuesta de Resolución es conforme a Derecho.

## CONCLUSIÓN

La Propuesta Resolución es conforme a Derecho, debiendo desestimarse la reclamación interpuesta.