



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 2 8 0 / 2 0 2 0

(Sección 2.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 9 de julio de 2020.

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 (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 231/2020 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 reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado el 21 de diciembre de 2017, a instancias de (...), por los daños ocasionados a su hijo como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada durante el parto en dependencias del SCS.

2. La interesada no cuantifica la indemnización solicitada en su reclamación, pero de estimarse superaría los 6.000 euros, cantidad que determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del titular de la Consejería 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, en relación 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).

También son de aplicación la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público; 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 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del paciente y de los derechos y

* Ponente: Sr. Belda Quintana.

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.

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva y no extemporaneidad de la reclamación.

4. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de 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.

A la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud le corresponde la incoación y tramitación de los procedimientos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario conforme a 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 de este Servicio.

5. No se aprecia que se haya incurrido en deficiencias en la tramitación del procedimiento que, por producir indefensión -y, por ende, la nulidad de lo actuado-, obste un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada.

II

La interesada reclama porque, como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida con ocasión del parto acaecido el 2 de octubre de 2017, en el Complejo Hospitalario Insular-Materno Infantil (CHUIMI), su hijo sufre daños cerebrales.

Señala que tardaron dos horas en administrarle la epidural desde que la solicitó, que sobre las 10 h. tenía 10 cm de dilatación, pero el bebé venía de cara por lo que se decide esperar a ver si se da la vuelta por sí mismo.

Que se le retiró la epidural porque le subió la fiebre debido a una infección.

Que le hicieron cambiar de postura para intentar sin éxito que el bebé cambiara de postura.

Que después de más de hora y media empujando no podían poner los fórceps porque estaba muy encajado y tampoco una cesárea porque estaba muy abajo.

Que durante todo ese tiempo de pujos la FCF bajaba a 80 y subía a 200 rápidamente, por lo que era evidente el sufrimiento que padecía el bebé que finalmente nació de cara.

Que a los 18 días de estar ingresado el recién nacido le realizan una resonancia magnética donde se aprecia daño cerebral y los médicos encargados de valorarla coinciden en que es debido a la mala praxis del parto.

Refiere que durante el parto era evidente el sufrimiento del bebé que finalmente nació de «cara» que estuvo durante 4 minutos reanimándolo, porque estuvo mucho tiempo encajonado y sufriendo.

Que pasadas 6 horas del nacimiento, el servicio médico se percata que el bebé estaba sufriendo convulsiones con apneas, teniéndolo que entubar y trasladarlo a la UCIN, en donde permanecerá 12 días.

Que la explicación que les dan es que las convulsiones son debidas a una reacción alérgica a las proteínas de la leche que le dieron al bebé.

Que las pruebas para determinar el porqué de esas convulsiones se tuvieron que enviar el día 4 de octubre, que por falta de hielo seco no se mandaron hasta pasados 10 días.

Que el resultado de las pruebas llega el pasado 23 de octubre, dando como resultado negativo, contradiciendo la teoría de la alergia a las proteínas de la leche.

Que a los 18 días de estar ingresado le hacen una resonancia en el Hospital (...), donde se aprecian daños en el cerebro.

Que los médicos encargados de valorar los resultados de la resonancia mencionada coinciden en que los daños cerebrales que sufre el bebé son debidos a mala praxis del parto.

III

1. En cuanto al procedimiento de responsabilidad patrimonial, los hitos más relevantes del mismo han sido los siguientes:

- El procedimiento dio comienzo con la presentación de la correspondiente reclamación el día 5 de diciembre de 2017.

- Tras la correspondiente subsanación y mejora de la misma, una vez aportada la documentación requerida por la administración sanitaria, la reclamación se admite a trámite por Resolución de la Secretaría General del SCS de 8 de mayo de 2018, solicitándose a través del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), el informe de los Servicios cuyo funcionamiento hayan causado la presunta lesión indemnizable,

suspendiéndose el plazo para resolver el procedimiento y notificar la resolución, por el tiempo que media entre la solicitud de los informes preceptivos y la recepción de los mismos.

- El Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) emite informe el 26 de febrero de 2019, basándose en los informes recopilados, esto es, la propia información proporcionada por la reclamante, la historia clínica de la madre y del menor obrante en el CHUIMI, la historia clínica del menor obrante en Atención primaria y el informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del CHUIMI.

- Dictado acuerdo probatorio y abierto el preceptivo trámite de audiencia, por la interesada no se formularon alegaciones.

- La Propuesta de Resolución, de fecha 25 de mayo de 2020, desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por la interesada, por la asistencia sanitaria que le fue prestada durante el parto que le causó daños a su hijo, al entender la no concurrencia de los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración, considerando que fue ajustada a los protocolos establecidos al efecto, lo que no ha sido desvirtuado por prueba alguna en el citado procedimiento.

2. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, aún expirado este, y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

IV

1. El informe del SIP refiere la siguiente sucesión cronológica de hechos:

- *La paciente de 29 años, primigesta (primer embarazo), tuvo una gestación espontánea de curso normal, salvo por serología de rubeola en zona límite, con IgM negativa, por lo que tenía planificada la vacunación tras el parto. La analítica del tercer trimestre y el exudado vagino-rectal, resultaron normales.*

- *En la madrugada del día 02/10/17, a las 40 semanas y dos días de gestación, acude al Servicio de Urgencias del CHUIMI por dinámica uterina cada 5 minutos, no refiere sangrado ni expulsión de líquido amniótico y los movimientos fetales son positivos.*

- *La exploración física describen unos signos vitales normales: tensión arterial: 136/83; pulso: 95 latidos por minuto; temperatura: 36,0 °C. La talla es de 153 cm y el peso de 64,4 kg.*

El examen obstétrico objetiva una situación-presentación: cefálica; frecuencia cardíaca (FC) fetal: normal. Altura uterina: corresponde. Presencia de edemas maleolares. Test de Bishop: dilatación: 1; consistencia: blanda; posición: media; plano presentación: SES (libre); borramiento: 80-100%. Resultado Test de Bishop: 7. Bolsa amniótica íntegra. Con el diagnóstico de pródromos de parto se le indica analítica e ingreso en la sala de hospitalización obstétrica, siendo las 01:48 horas.*

*- *El Test de Bishop valora de forma sistemática las condiciones cervicales para el parto. Cuanto mayor sea la maduración lograda, mayor será el porcentaje de éxito, tomándose como valor de referencia un Bishop igual o mayor a 7.*

- A las 03:15 horas la paciente refiere aumento de la dinámica uterina por lo que tras objetivar que se encuentra en trabajo de parto se traslada a paritorio.

- Ya en paritorio, a las 3:43 horas, y teniendo la bolsa amniótica íntegra, se inicia hidratación intravenosa (IV), lo cual es un requisito obligado previo a la administración de analgesia epidural. Tras explicar procedimientos a la paciente se inicia monitorización fetal externa continua, que es normal. A las 3:51 se constata una dinámica uterina (DU) espontánea, regular y de buena intensidad, practicándose a las 04:15 horas amniorrexis (rotura) artificial, fluyendo líquido amniótico teñido de verde claro (teñido de meconio, que es una evacuación fetal estéril).*

*- *Es una situación frecuente en embarazos a término, debida a la propia madurez del feto, que no implica sufrimiento fetal. La monitorización de la frecuencia cardíaca fetal mantiene vigilado el estado de bienestar fetal detectando signos de alarma o de sufrimiento fetal, lo que permite que el parto pueda desarrollarse normalmente.*

- A las 04:26 horas, tras explicarle el procedimiento de analgesia epidural y firma del consentimiento informado (CI), esta se administra, finalizando dicha técnica a las 04:45 horas, obteniéndose una tensión arterial (TA) materna y una frecuencia cardíaca fetal con captor interno normales. No hipertensión ni polisistolia (más de 5 contracciones en 10 minutos).

- A las 05:30 horas se registra DU regular, espontánea y de buena intensidad. A las 06:30 sin haber cambios en la exploración, y presencia de disdinamia uterina, se coloca PIA (medición de presión intraabdominal) y se inicia perfusión de oxitocina a 2mu/minuto, según protocolo.

- A las 07:51, tras sensación de presión referida por la paciente, se realiza exploración con resultado de cérvix (cx) borrado, blando y centrado de 8 cm, posición presentación OIIT (occipitoiliaca izquierda transversa) I plano, fluye líquido amniótico. A las 07:54 horas se le administra bolo de analgesia pautado y se controla la TA cada 5 minutos.

- A las 9:00 horas se describe registro cardiotocográfico (RCTG)* reactivo (normal). No fiebre. La dinámica uterina es regular, de intensidad media. Perfusión de oxitocina en curso a 1ml/h (dosis baja) por tendencia a la polisistolia. Es decir, para que el útero pueda relajarse entre las contracciones.

- *El registro cardiotocográfico permite evaluar el estado de bienestar fetal mediante el registro de la frecuencia cardíaca fetal.

- A las 10:08 horas la paciente presenta dolor y presión; a la exploración vaginal presenta cérvix dilatado de 8-9 cm. Presentación I plano. Posición ODT-ODA (occipitoiliaca derecha anterior). Se administra bolo de epidural y se aumenta perfusión de oxitocina.

- Durante su evolución se le va indicando cambios posturales favorecedores del parto: DLI (decúbito lateral izquierdo, DLD (decúbito lateral derecho), DS (decúbito supino).

- A las 11:07 se continúa subiendo dosis de oxitocina tras comprobar intensidad media manualmente. La paciente presenta febrícula sin taquicardia. El RCTG es reactivo con línea basal de 160 latidos por minuto (normal).

- A las 11:57 la paciente presenta dolor y presión; a la exploración el cérvix está dilatado 10 cm, blando, borrado, y centrado (dilatación completa). Posición ODA, encontrándose el punto guía entre el I-II plano de Hodge, objetivándose escaso descenso de la presentación tras realizar prueba de pujos, por lo que se espera el descenso pasivo de la presentación.

- A las 12:58 la matrona describe cérvix dilatado 10 cm, aunque sin contracción. Igual exploración y posición ODA dudosa. Presentación I-II plano. No fluye líquido amniótico (LA). Paciente sin fiebre, con frecuencia cardíaca de 99 latidos por minuto (lpm). RCTG reactivo con línea basal a 175 lpm. Se realiza sondaje vesical (SV). Se informa a Obstetra que acudirá a valorarla.

- A las 13:22-13:24 horas es examinada por Obstetra que describe dilatación completa. Posición sincipitoiliaca derecha anterior (SIDA). I-II plano, es decir distocia de rotación. No fluye líquido. Se comprueban dos picos febriles asociados a taquicardia materna y fetal, aunque con un RCTG tranquilizador, estableciéndose el diagnóstico de Corioamnionitis*. Se le administra paracetamol intravenoso (IV), se prescriben medios físicos para control de temperatura y antibioterapia parenteral. Se indica control de temperatura y realizar cambios posturales que faciliten la rotación y el descenso de la presentación.

- *La Corioamnionitis materna es una infección del líquido amniótico y las membranas que lo contienen. Su diagnóstico es básicamente clínico, siendo una infección que se debe descartar en toda gestante que presente fiebre sin foco aparente, sobre todo si se sospecha o se ha confirmado una rotura de membranas (bolsa amniótica). Una vez realizado el diagnóstico se inducirá el trabajo de parto en las primeras 6 horas de haber hecho el diagnóstico. En todas las situaciones y siempre que la situación obstétrica así lo permita, se

procurará que la finalización del embarazo sea por vía vaginal, con el objeto de minimizar el riesgo de infección abdominal.

- A las 15:00 horas inicia pujos, es decir el expulsivo activo. Durante este periodo según el RCTG e informe obstétrico presenta algunas desaceleraciones variables típicas no hipóxicas de la frecuencia cardíaca fetal coincidentes con los pujos maternos. Tras una hora de expulsivo activo la Obstetra revalora la situación ante la posibilidad de realizar un parto instrumental (fórceps), pero a la exploración, a las 16:07 horas, se encuentra en IV plano de Hodge, es decir se prevé un parto normal y se le indica continuar con pujos.

- Tres horas después del diagnóstico de Corioamnionitis, a las 16:27 horas, habiendo tenido una monitorización interna con frecuencia cardíaca fetal (FCF) normal, tiene un parto espontáneo eutócico (sin precisar de fórceps) cefálico, con alumbramiento dirigido. La tensión arterial (134/73 y la frecuencia cardíaca materna (95) son normales. El útero está contraído y el sangrado es normal. La placenta se describe íntegra y las membranas completas, la inserción del cordón es normal y su pinzamiento temprano. Se recoge sangre del cordón. Se cierra episiotomía medio lateral realizada, sin incidencias.*

*-*La episiotomía es la incisión realizada en el periné para evitar desgarro de los tejidos y facilitar la expulsión del feto.*

- El neonato masculino, nacido vivo, pesa al nacer 2.950 gr. (normal). En el primer minuto de vida tiene un Test de Apgar de 4 puntos sobre 10, con una frecuencia cardíaca (FC) mayor de 100 latidos por minuto (normal), se describe tono muscular: semiflexión, respiración: ausente (apnea), actividad refleja: ausente; presenta acrocianosis (coloración azulada de manos y pies). Se reanima mediante aspiración de vías respiratorias superiores y administración de oxígeno a presión positiva, con buena adaptación y vitalidad del neonato, con una puntuación del Test de Apgar a los 5 minutos de nacer de 8 sobre 10 (FC mayor de 100 latidos por minuto, tono muscular con extremidades en semiflexión, respiración: llanto, actividad refleja: muecas; presenta color rosado). El pH arterial al nacimiento es de 7,16; el venoso de 7,3, y el exceso de base de - 9. Su aspecto es normal, sin malformaciones, con ano y coanas permeables, tiene primer meconio. Se aplica colirio, se administra vitamina K y se canaliza vía venosa periférica. En sala de transición donde había estado en observación, se indica su ingreso en Neonatología por riesgo de infección debido al antecedente materno de Corioamnionitis.

- Tras el parto, la paciente se mantiene con buen estado general, afebril, signos vitales estables, con útero contraído, periné en buen estado, sangrado normal, mamas en buen estado y lactancia en fase de estimulación. Se administra vacuna de la rubeola y antibioterapia pautadas. Se le da información sobre cuidados del puerperio fisiológico y signos de alarma.

Dada la buena evolución puerperal es alta en fecha 06/10/17, con las prescripciones de vitaminas y tratamiento para la anemia ferropénica (habitual tras el embarazo y el parto), además de las recomendaciones de acudir a matrona de zona para continuar con el control puerperal.

- Hasta aquí vemos, que la gestante que había acudido al Servicio de Urgencias en la madrugada del día 02/10/17 por embarazo a término, con dinámica uterina cada 5 minutos, sin sangrado ni expulsión de líquido amniótico y movimientos fetales positivos fue atendida y examinada. Dada su exploración inicial donde presentaba un resultado del Test de Bishop: 7, con una bolsa amniótica íntegra, y una dinámica irregular es ingresada en la sala de hospitalización obstétrica por pródromos de parto, es decir, está en el período de parto en el que su cuerpo se está preparando para el parto.

- A las 03:43 horas ya ha sido trasladada a paritorio tras presentar aumento de la dinámica uterina y objetivar que se encuentra en trabajo de parto, teniendo aún la bolsa amniótica íntegra. Tras explicar procedimientos a la paciente se inicia monitorización fetal externa con un registro de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) normal y se comienza hidratación intravenosa (IV), lo cual es un requisito obligado previo a la administración de analgesia epidural.

Actuación adecuada y ajustada a protocolo.

- A las 3:51 se constata una dinámica uterina (DU) espontánea, regular y de buena intensidad, practicándose a las 04:15 horas amniorrexis (rotura) artificial de la bolsa amniótica, fluyendo líquido amniótico teñido de verde claro (meconio), debido a evacuación estéril del feto, lo cual es frecuente en fetos maduros (a término), y no implica pérdida del bienestar fetal, cuya evolución está siendo controlada mediante la monitorización de su frecuencia cardíaca. Proceder realizado adecuadamente.

- Tras la solicitud de analgesia epidural que ocurre a las 04:26 horas, se le da explicación del procedimiento y firma el consentimiento informado (CI), esta se administra, finalizando dicha técnica a las 04:45 horas, es decir, que en menos de una hora, a la paciente se le ha iniciado la monitorización de la FCF, ha recibido hidratación IV, requisito previo para la administración de dicha analgesia; se le ha practicado amniorrexis artificial y se le ha administrado la analgesia epidural solicitada hacía 19 minutos.

- Los exámenes realizados durante su evolución siempre revelaron una posición de la presentación occipital, es decir cefálica, tal como consta en los evolutivos realizados, incluso antes de la dilatación completa: a las 07:51 OIIT (occipitoiliaca izquierda transversa) I plano.

A las 10:08 horas OIDA (occipitoiliaca derecha anterior). Sobre las 12:00 (11:57) horas, la paciente presenta dilatación completa, posición OIDA, con punto guía entre el I-II plano de Hodge, objetivándose escaso descenso de la presentación tras realizar prueba de pujos, por lo que se espera el descenso pasivo de la presentación. Una hora después es revalorada por

Obstetra presentado una posición presentación sincipitoiliaca derecha anterior (SIDA), es decir, una distocia de rotación, situación que puede estar relacionada con la administración de analgesia epidural, que se puede solucionar espontáneamente con el descenso de la presentación, que en ningún momento fue de cara. Durante la evolución se le indicaba a la paciente cambios posturales para favorecer el trabajo de parto, la rotación y el descenso, y así aumentar las posibilidades de un parto eutócico (natural). Es decir, el trabajo de parto estaba siendo fisiológico, el estado de la madre estaba siendo controlado, así como el estado de bienestar fetal.

- Sobre las 13:00 horas (13:22-13:24) tras comprobar dos picos febriles asociados a taquicardia materna y fetal, con un RCTG tranquilizador, es decir, sin signos de sufrimiento fetal, se establece el diagnóstico de Corioamnionitis. Se le administra paracetamol y se inicia tratamiento con antibioterapia parenteral. El tratamiento de esta entidad se realiza conforme a protocolo y no forma parte de dicho protocolo retirar la analgesia epidural, que no fue suspendida según la historia clínica, aunque el efecto analgésico en este contexto puede verse disminuido. La actuación fue adecuada: la paciente fue diagnosticada de Corioamnionitis cuando existieron criterios para ello. Se aplicó el tratamiento de acuerdo al protocolo, que no incluía retirar la analgesia epidural pautada, por lo que esta no fue suspendida, según la propia historia clínica.

- A las 15:00 horas inicia el expulsivo activo, con pujos. A las 16:07 horas, tras una hora de expulsivo activo la Obstetra revalora la situación ante la posibilidad de realizar un parto instrumental (fórceps), pero el feto se encuentra en IV plano de Hodge, por lo que se le indica continuar con pujos. Es decir, no se realizó un parto instrumental no porque no se pudiera, sino porque se preveía la posibilidad de un parto natural, que no exigía intervención instrumental ni cesárea, que en ningún momento estuvo indicada.

- Durante el período de expulsivo activo (pujos) se apreciaron según RCTG e informe obstétrico algunas desaceleraciones variables típicas no hipóxicas de la frecuencia cardíaca fetal coincidentes con los pujos maternos. Tal como se aprecia en los evolutivos, en el que no hay evidencia, en este contexto de expulsivo activo, de señales de sufrimiento fetal, no se requería conducta activa, se actuó adecuadamente, realizando una vigilancia continuada de la frecuencia cardíaca fetal, que no mostró un patrón hipóxico, por lo que no existían signos de pérdida de bienestar fetal; produciéndose un parto eutócico en cefálica (no de cara), dato, este último, también constatado en la historia clínica.

- La evolución puerperal de la paciente fue satisfactoria, salvo por anemia por déficit de hierro, carencia habitual tras el embarazo y el parto, la cual fue tratada adecuadamente.

Recibe apoyo y asesoramiento en los cuidados propios del puerperio, en los del neonato y en la lactancia materna. Dada su evolución favorable es dada de alta en fecha 06/10/17, con las recomendaciones adecuadas para continuar con sus controles con la matrona de zona.

Proceder adecuado conforme a la evolución satisfactoria de la puérpera.

- El neonato nacido de un parto eutócico en cefálica, sin haber presentado durante el parto signos de pérdida de bienestar fetal, presentó al primer minuto de nacido un Test de Apgar de 4, respondiendo inmediatamente a la reanimación y obteniendo a los 5 minutos de vida un Test de Apgar de 8 sobre 10, lo que responde a una buena adaptación extrauterina del neonato.

El pH arterial al nacimiento es de 7,16; el venoso de 7,30, y el exceso de base de - 9, lo que indica que no había presencia de acidosis metabólica y por tanto no podía haber lesión reciente causada por hipoxia. Su aspecto al nacimiento es normal y sin malformaciones, es decir, no hay signos de encefalopatía.

- Al nacimiento es ubicado en sala de transición, para su observación, dado el antecedente materno de Corioamnionitis, y por igual motivo se indica su ingreso en Neonatología.

Proceder ajustado al antecedente de infección materna intraparto.

- A su ingreso en Neonatología a las 16:43 horas presenta buen estado general, normocoloreado, fontanela normotensa. Está eupneico, sin distrés (respira bien).

Auscultación cardiopulmonar es normal, con buena entrada de aire en ambos pulmones.

Abdomen blando, depresible, no masas ni megalias. Genitales externos masculinos, testes en bolsa. Reflejo de Moro simétrico (normal). La analítica al ingreso no muestra hallazgos significativos. Se realiza hemocultivo y se inicia antibioterapia.

- A las 22:40 horas (6 horas tras el nacimiento), realiza dos episodios de desaturación (caída de saturación de O₂) asociados a bradicardia (descenso de la frecuencia cardíaca) por lo que se administra ventilación a presión positiva (VPP), se le solicita Rx de tórax y analítica de control; a la vez que se traslada a sala de cuidados intermedios. Estando en intermedios presenta episodios repetidos de apnea aparentemente centrales, seguidas de desaturación y bradicardia que remontan tras administrar VPP, motivo por el que pasa a UCIN. Destaca entre los episodios hipoactividad generalizada, con ojos fijos y escasa reactividad a estímulos.

- A las 03:33 del día 03/10/17 se describe en evolutivo, que debido a la persistencia de episodios frecuentes de apnea se le realiza intubación orotraqueal (IOT), previa administración de Atropina, Midazolam y Rocuronio a dosis adecuadas. 0.5 mg/kg. Se conecta ventilación asistida controlada (AC) con pico fijo de 18. Por tendencia a la alcalosis respiratoria se pasa a ventilación sincronizada intermitente (SIMV) con pico fijo de 15 y frecuencia respiratoria (FR) de 35 respiraciones por minuto (rpm). La Rx de tórax realizada no muestra patología pulmonar.

- Realiza en ocasiones movimientos tónicos de miembro inferior derecho (MID) con mirada fija acompañados de apnea, por lo que se inicia estudio por sospecha de convulsiones.

No se pauta en ese momento tratamiento por cese rápido del episodio y debido a que está pendiente de filiar si los movimientos se deben a convulsiones.

- Se realiza diagnóstico diferencia: hasta este momento no hay criterios para sospechar que la causa de la clínica presentada por el paciente sea de origen infeccioso debido a que la analítica en sangre es normal, la PCR al ingreso y con 8 horas de vida es normal, la gasometría al ingresar en UCIN y previa a la intubación es normal, destaca láctico de 6 pero son gases capilares. Tampoco se sospecha causa metabólica debido a que la glucemia e iones son normales. No hay antecedentes de traumatismo durante el parto y el TAC cerebral es normal por lo que no se sospecha que el origen sea intracraneal. La madre niega consumo de tóxicos o medicación fuera de la habitual en el embarazo por lo que no parece ser causado por tóxicos. Tampoco se puede relacionar con origen hipóxico-isquémico neonatal debido a que el Test de Apgar fue de 4/8 con pH de cordón aceptable 7,16, es decir, no hay evento centinela o daño que pueda estar relacionado con la intervención durante el parto.

- Se describe un trazado de Electroencefalografía inactivo (previo al uso de anticonvulsivantes), con crisis eléctricas repetitivas, lo que sugiere una posible encefalopatía neonatal, de origen NO hipóxico-isquémico en el contexto del paciente. Se le pauta anticonvulsivante (Fenobarbital) y se aumenta dosis de ampicilina (antibiótico). A las 5:00 horas persisten crisis eléctricas sin clínica convulsiva, presenta taquicardia mantenida con trabajo respiratorio intermitente y tendencia a la alcalosis respiratoria por lo que se completa la dosis de anticonvulsivante y se añade midazolam (anticonvulsivante que provoca sedación).

Posteriormente a las 7:46 horas persisten crisis eléctricas en monitor por lo que se añade anticonvulsivante Keppra.

- A las 09:35 horas se describe que ha estado estable, Frecuencia cardíaca (FC) en un inicio con tendencia a la taquicardia. Ahora más estable, con FC entre 150-160 lpm. Tensiones arteriales medias (TAM) normales. Ha iniciado diuresis. Intubado en modalidad SIMV, con tendencia a la taquipnea. Se mantiene a dieta absoluta. No ha realizado deposiciones. Se mantiene afebril. Se realiza interconsulta a Neurología que recomienda realizar estudio metabólico. Se pautan cofactores por sospecha de metabolopatía (enfermedad metabólica). Se mantiene con dieta absoluta y sueroterapia, anticonvulsivantes, antibioterapia. Se realiza punción lumbar (PL) para completar estudio de meningitis y estudio metabólico. Se realiza extracción para estudio de aminoácidos y ácidos orgánicos en sangre y orina. Se mantiene con seguimiento analítico.

- A las 13:27 horas se describen tóxicos en orina positivo para barbitúricos, debido al tratamiento con fenobarbital, resto negativo. Punción lumbar pendiente de cultivo. Se solicita Ecografía transfontanelar, abdominal y electroencefalograma.

- A las 22:42 horas, ya con 30 horas de vida, se describe en evolutivo, que presenta regular estado general, bien perfundido, no aspecto séptico. Bajo efectos de sedación. Actividad espontánea nula. Poco reactivo a estímulos. Tono aumentado en miembros inferiores (MMII). Pupilas isocóricas y normorreactivas (ICNR). Abdomen blando y depresible, no masas ni megalias. Fontanela normotensa. Está hemodinámicamente estable, saturación de O₂ de 100%. Las crisis eléctricas del EEG se correlacionan con frecuencia respiratoria (FR) total de 15 rpm y se han reducido en frecuencia en la medida que se ha aumentado la dosis de anticonvulsivante. Se mantiene afebril. Muestras para estudio metabólico recogidas, aunque el control de amonio antes elevado, ya es normal y el lactato va en descenso. El estudio citoquímico del líquido cefalorraquídeo (LCR) no es sugestivo de meningitis. Estudio de tóxicos en orina es negativo, descartando drogas de abuso. Continúa en estudio, con controles analíticos y pendiente de evolución.

- En fecha 04/10/17, a las 00:28 horas, reaparecen crisis epilépticas frecuentes a pesar de incremento de dosis de midazolam, la última acompañada de desaturación por lo que se decide iniciar lidocaína en perfusión.

- A las 21:21 horas, está hipoactivo, con escasos movimientos, ligera palidez cutánea generalizada pero con mucosas sonrosadas. No aspecto séptico. Intubado. Gestos de chupeteo.

Apertura ocular espontánea. Desde el inicio de perfusión de lidocaina sin presentar nuevas crisis eléctricas ni clínicas. Afebril Hemodinámicamente estable. Diuresis presente, no edematoso. Resto sin cambios. Realizado EEG hoy con registro hipoactivo con respuesta a estímulos auditivos. TAC cerebral normal. Cardiológicamente: foramen oval permeable (FOP), insuficiencia mitral y aórtica mínimas. Pendiente de Ecografía cerebral reglada, hemocultivo, cultivo de LCR, PCR de virus. Se continúa con vigilancia de la función cerebral por monitor y tratamiento anticonvulsivante.

- En fecha 05/10/17 (3er día de vida), se sospecha dada la clínica presentada hasta ahora por el recién nacido, que presenta hiperglicemia no cetósica*. Continúa hemodinámicamente estable, intubado con buenas saturaciones. En dieta absoluta con nutrición parenteral. La analítica de seguimiento muestra iones normales, buen control glucémico y amoniaco normal. Cultivo de LCR negativo. PCR rápida, (ADN), Virus herpes y Varicela zóster negativos. Monitor de actividad cerebral compatible con patrón brote supresión-inactivo. Recogido estudio metabólico en sangre, orina y LCR para derivación al Centro diagnóstico de enfermedades moleculares de Madrid. Se mantiene antibioterapia, anticonvulsivantes y midazolam. Vigilancia neurológica con monitor de función cerebral. Se

inicia tratamiento con benzoato sódico y dextrometorfano ante la sospecha de hiperglicinemia no cetósica.

- **La hiperglicinemia no cetósica es una alteración metabólica hereditaria en la que el cuerpo es incapaz de degradar ni procesar algunos de los componentes de las proteínas (los aminoácidos).*

- *En fecha 06/10/17 (4º día de vida) en la mañana, a la exploración está hipoactivo, hipotónico, discretos movimientos de retirada a la manipulación, no apertura ocular espontánea. ROT (reflejos osteotendinosos) disminuidos. Pupilas isocóricas normorreactivas. Ligera palidez, buen relleno capilar. Intubado. Auscultación cardíaca rítmica, sin soplos. Buena entrada de aire bilateral, no se auscultan ruidos sobreañadidos. Rachas de polipnea intermitente, sin dificultad respiratoria. Abdomen blando, depresible, no distendido, no se palpan masas ni megalias. Hemodinámicamente está estable. Última gasometría y glucemias normales. Creatín kinasa 625 U/L (en descenso). Cultivos: negativo para enterovirus. En el evolutivo de la tarde no se describen incidencias. En el EEG se objetiva un patrón de salvapresión. Extubado. Respiración espontánea con Bipap; presenta episodios de "hipo" frecuentes. La FiO2 es del 21%. Hemodinámicamente estable, con diuresis correcta. Escasa movilidad espontánea, pero responde con retirada lenta de miembros cuando se manipula. Ventilación bilateral correcta.*

No se oyen soplos. Se mantiene terapia anticonvulsivante y antibióticos, se contabiliza diuresis, se continúa con vigilancia neurológica con monitor de función cerebral y tratamiento con benzoato sódico y dextrometorfano ante la sospecha de hiperglicinemia no cetósica.

- *En fecha 07/10/17 (5º día de vida), en la tarde está hipoactivo, hipotónico, ahora con ojos abiertos, con escasos movimientos espontáneos y movimientos de retirada. Realiza tremulaciones que ceden a la contención. Ligera palidez. buen relleno capilar. FR de 25 rpm aproximadamente, sin dificultad respiratoria. Estable hemodinámicamente. Algo más edematoso, sin diuresis en las últimas horas, por lo que se administra bolo de seguril (diurético), facilitando la diuresis. Buena saturación de O2 con Bipap. Se mantiene con nutrición parenteral y tratamiento con cofactores, benzoato sódico y dextrometorfano, dada la sospecha de hiperglicinemia no cetósica. Continúa con antibioterapia. El hemocultivo y el cultivo de LCR son negativos. Continúa con anticonvulsivantes, finalizada pauta continua de lidocaína, tras su administración no ha presentado más crisis. Monitor de actividad cerebral compatible con patrón brote supresión-discontinuo. Se mantiene antibioterapia y tratamiento anticonvulsivante. Continúa en estudio, con vigilancia neurológica y pendiente de evolución.*

- *En fecha 08/10/17 (6 días de vida) está hipoactivo, hipotónico, apertura ocular con la manipulación, con escasos movimientos espontáneos, con movimientos de retirada. No*

aspecto séptico. Hemodinámicamente estable. Presenta buenas saturaciones de oxígeno con Bipap, que se mantienen tras la retirada de toda asistencia ventilatoria. Metabólicamente presenta glucemias, iones, pH (7.4) y HCO₃ (26), normales. En la mañana se baja acetato en la nutrición parenteral (NPT). Neurológico: En tratamiento con Midazolam en pauta continua, Keppra y Fenobarbital (se disminuye dosis por niveles elevados en control analítico realizado). Tras administración de lidocaína ya no ha presentado más crisis. Monitor de actividad cerebral compatible con patrón brote supresión- discontinuo. Plan: Se ajusta dosis de anticonvulsivantes, se continúa con control de diuresis y con monitor de función cerebral para vigilancia neurológica. Resto del tratamiento, igual.

- En fecha 09/10/17 (7º día de vida) continúa estable hemodinámicamente, con buena ventilación pulmonar y buena saturación de O₂. En la tarde se describe que presenta aceptable estado general, más activo, con apertura ocular espontánea y movimientos generalizados.

Realiza tremulaciones que ceden a la contención. Ligera palidez. buen relleno capilar. Eupneico, sin distrés. Suspendido hoy Pauta continua de Midazolam y Fenobarbital.

Continúa con pauta de Keppra: 8.7 mg/kg/día. No crisis. Continúa en tratamiento con cofactores. Lleva 4 días en tratamiento con benzoato sódico y dextrometorfano.

Hemocultivo/cultivos negativos. Se suspende antibioterapia en el día de hoy. Ecografía cerebral realizada hoy sin hallazgos patológicos. Se mantiene nutrición parenteral añadiendo nutrición enteral. Se mantiene tratamiento anticonvulsivante sólo con Keppra (levetiracetam).

Se vigila estado neurológico y la presencia de crisis. Se continúa tratamiento con benzoato sódico y dextrometorfano ante la sospecha de hiperglicinemia no cetósica.

- En fecha 10/10/17 (8º día de vida) está más activo pero hipotónico. Ligera palidez con buen relleno capilar. Eupneico, sin distrés. Continúa estable hemodinámicamente. Desde hace 24 horas sólo en tratamiento con Keppra 8 mg/kg/día, sin presentar crisis. Se retira monitor de control de función cerebral. Continúa con nutrición enteral con bajos niveles de proteínas debido a la sospecha de hiperglicinemia no cetósica.

- En fecha 11/10/17 (9º día de vida) presenta buen estado general, normocoloreado, activo, con apertura ocular espontánea y movimientos generalizados. Pupilas isocóricas normoreactivas. Eupneico, sin distrés, con buena entrada de aire bilateral, sin ruidos sobreañadidos. Auscultación cardíaca rítmica, sin soplos. Reflejos rotulianos presentes, normoreactivos. Fontanelas normotensas (FNT). Hemodinámicamente estable, con buenas diuresis. Respiraciones espontáneas, con FiO₂ al 21 % (ambiental), sin apneas ni desaturaciones. Presenta buena tolerancia oral, por lo que se incrementan las tomas. Continúa en tratamiento con cofactores y tratamiento con benzoato sodico y dextrometorfano (6º día de tratamiento). No ha presentado signos de infección tras la

retirada de antibioterapia. No ha presentado más crisis epilépticas. Electroencefalograma (EEG) Registro efectuado con ojos abiertos, cerrados y en sueño fisiológico, integrando una actividad de base continúa de mediano-bajo voltaje, formado por ritmos lentos theta y D. de carácter difuso, con ondas rápidas superpuestas. No cambios en la actividad de base bajo ELI. No asimetrías ni actividad epileptiforme valorable en el momento actual. Plan: Vigilar crisis y estado neurológico.

Continuar tratamiento con benzoato sódico y dextrometorfano ante la sospecha de hiperglicinemia no cetosica.

- En fecha 13/10/17 (11 días de vida) continúa con buen estado general, eupneico sin distrés, reactivo. Presenta tortícolis congénita, sigue presentando tremulaciones frecuentes y leve hipertonía axial. Hemodinámicamente estable, afebril, sin signos de infección.

Respiraciones espontáneas y buenas saturaciones con FiO2 al 21%, no apneas nidesaturaciones. Buena tolerancia oral. En tratamiento con Keppra, sin crisis epilépticas. Se indica retirar nutrición parenteral y calcio. Se vigila estado neurológico y presencia de crisis.

Se continúa con benzoato sódico y dextrometorfano hasta saber resultado de estudio metabólico. Se solicita Resonancia magnética cerebral (RMC) e interconsulta a Rehabilitación.

- En fecha 14/10/17 (12 días de vida) presenta buen estado general, eupneico, no distrés, no aspecto séptico. Auscultación cardíaca rítmica, sin soplos. Auscultación pulmonar con buena ventilación bilateral. Abdomen normal. Fontanela normotensa. Está activo, reactivo, fija la mirada y presenta discreta hipertonía de extremidades. Hemodinámicamente estable. Afebril. Buenas saturaciones de O2 ambiental. Buena tolerancia oral. Se mantiene igual tratamiento y vigilancia de estado neurológico. Ha sido valorado por Rehabilitación e iniciará tratamiento. Puede ser trasladado a cuidados intermedios. Está pendiente de estudio de RMN y de resultado de estudio metabólico.

- En los días siguientes continúa con buen estado general, Afebril y estable. Se mantiene con igual tratamiento y vigilancia de su estado neurológico. Se introduce lactancia materna. Continúa sin crisis epilépticas, ni signos de infección. En fecha 20/10/17 (18 días de vida) se realiza RMN.

- En fecha 27/10/17 (25 días de vida) presenta buen estado general, normocoloreado (palidez habitual), normohidratado. no aspecto séptico. Eupneico, con buena entrada de aire bilateral. AC rítmica, sin soplos. Abdomen blando, depresible, no distendido. Está rígido, algo hipertónico con hiperextensión del tronco a la manipulación. Fontanelas normotensas. Estable, Frecuencia cardíaca normal. Respiraciones espontáneas sin apneas ni desaturaciones.

Buena tolerancia oral, alguna regurgitación aislada sin vómitos. Diuresis y deposiciones presentes. Afebril. Sin antibioterapia ni signos de infección. Hemocultivo y PCR normales. En tratamiento con Keppra 8. mg/kg/día. No crisis clínicas. No incidencias. Las glucemias, láctico, amonio son normales y en las pruebas metabólicas realizadas el estudio de aminoácidos es normal (quedando pendiente resultado del estudio de neurotransmisores), por lo que se suspenden benzoato sodico y dextrometorfano, así como todos los cofactores vitamínicos, tras 22 días de tratamiento. El screening auditivo es normal. Los padres son informados.

- Se recibe informe de la RMN realizada a los 18 días de vida donde se observa un aumento en la intensidad de la señal de la sustancia gris cortical generalizada, que restringe la difusión. Encefalomalacia quística a nivel de ambos lóbulos frontales y occipitales.

Restricción de la difusión a nivel del cuerpo calloso. El resto de estructuras no presenta alteraciones. El estudio concluye con la impresión diagnóstica de hallazgos compatibles con encefalopatía hipóxico-isquémica.

- Plan: Se mantiene el tratamiento con anticonvulsivante Keppra. Será alta en breve.

- En fecha 28/10/17 a los 26 días de vida, dada su evolución favorable y estando neurológicamente estable se le da el alta, bajo los diagnósticos de Riesgo de infección por Corioamnionitis materna. Convulsiones. Encefalopatía pendiente de filiar. Se le indica continuar con rehabilitación tras el alta y continuar su seguimiento por Pediatría de zona, Neurología, Neonatología y Cardiología pediátricas. Se le recomienda lactancia materna y continuar tratamiento domiciliario con anticonvulsivante Keppra.

- Posteriormente continuó con sus controles periódicos indicados. En el examen neurológico realizado en fecha 10/01/18 a los 3 meses de edad, los padres refieren que presenta temblores en miembros inferiores estando en vigilia, que ceden al sujetarlos, mueve menos el hemicuerpo izquierdo y que recibe fisioterapia y controles por rehabilitación.

- A la exploración está vigil, conectado, risueño, fija y sigue con la mirada. Patrón motor acelerado, vivaracho. Reflejos arcaicos persistentes: Moro, incurvación lateral reptación, marcha. Tono: hipertonia leve global con predominio hemicuerpo izquierdo. Trofismo normal.

Fuerza y motilidad activa: dudoso déficit en hemicuerpo izquierdo, tiende a puño cerrado izquierdo. ROTs (reflejos) vivos en 4 extremidades. Sensibilidad, cerebelo y pares normales.

Desarrollo psicomotor: sonríe al 1º mes, mantiene la cabeza a los 2 meses, carcajadas a los 2-3 meses. Lenguaje: gorjeos. Sus inmunizaciones están completas.

- La ecografía de cráneo realizada en diciembre resultó normal. El informe del estudio metabólico (realizado en Madrid y antes conocido telefónicamente) muestra aminoácidos y

ácidos orgánicos en sangre, orina y líquido cefalorraquídeo (LCR) normales. El estudio de neurotransmisores en LCR mostró niveles normales de 5 hidroxindolacético y disminuidos de A. homovanílico, por lo que se recomendó realizar estudio de prolactina, que resultó normal.

Del estudio genético de fibrosis quística pulmonar (2/1/18) se infiere que con una alta probabilidad el lactante es portador sano. El potencial evocado del tronco auditivo (23/04/18) fue normal. El electroencefalograma realizado el 23/04/18 resultó normal.

- Bajo el diagnóstico de Encefalopatía hipóxico-isquémica IIB: Encefalomalacia multiquística; Convulsiones neonatales; Hemiparesia izquierda, se le indica continuar con anticonvulsivante Keppra (Levetiracetam), seguir con fisioterapia y controles.

- En fecha 14/05/18, a los 7 meses de edad, se recoge en historia clínica que está empezando a manipular objetos con la derecha, con la izquierda no, la suele tener cerrada. Sus padres creen que tiene menos sensibilidad en la pierna izquierda aunque moviliza las dos. No se mantiene sentado. Sostiene la cabeza, lenguaje de gorjeos y balbuceos. Ríe con carcajadas.

- A la exploración física presenta perímetro cefálico 38 cm (<4DS). Microcefalia evidente. Peso: 6 kg. Vigil, conectado, fija y sigue con la mirada y sonríe en correspondencia.

Tetraparesia espástica con mayor afectación del miembro superior izquierdo, mantiene esa mano con puño cerrado en inclusión del pulgar. Lleva ambas manos a la línea media.

Hipotonía axial, sostiene la cabeza pero no mantiene el tronco en sedestación. Hiperreflexia osteotendinosa con aumento de área y respuesta clonal. Pares craneales normales.

- Se emite juicio diagnóstico de Parálisis cerebral infantil espástica secundaria a encefalopatía hipóxica isquémica. Se indica continuar controles, rehabilitación y tratamiento anticonvulsivante.

- Debido a la hemiparesia izquierda y al retraso madurativo le fue reconocida desde el 14/05/18, por el centro de valoración de la discapacidad, una limitación en la actividad global del 33%.

- De la información contenida en la historia clínica se desprende que el parto estuvo controlado conforme a protocolo desde la llegada de la gestante a término con pródromos de parto al Servicio de Urgencias. Dicha paciente fue hospitalizada y su trabajo de parto fue controlado conforme a las normas. Durante la evolución del trabajo de parto el RCTG de la frecuencia cardíaca fetal fue tranquilizador (normal). Durante el período de expulsivo activo que se inicia a las 15 horas presenta algunas desaceleraciones variables típicas no hipóxicas de la frecuencia cardíaca fetal coincidentes con los pujos maternos, es decir la frecuencia cardíaca fetal que estaba siendo controlada era la esperada, sin que en ningún momento

mostrara un patrón poco tranquilizador ni patológico, y por consiguiente en ningún caso hubo pérdida de bienestar fetal.

- El neonato nacido el 02/10/17 a las 16:27 horas, de un parto eutócico fue adecuadamente reanimado, observado en transición e ingresado en Neonatología debido al riesgo infeccioso por Corioamnionitis materna. Seis horas tras su ingreso presenta desaturación de O₂ y bradicardia por lo que fue adecuadamente atendido y traslado a UCIN. También se sospecha la presencia de convulsiones motivo por el cual se le realiza previo al uso de anticonvulsivantes estudio de Electroencefalografía que mostró crisis eléctricas repetitivas, lo que sugería una posible encefalopatía neonatal de origen no hipóxico-isquémico. El paciente fue adecuadamente tratado, se le practicó intubación orotraqueal y ventilación asistida todo el tiempo que fue necesario, se le administró medicación anticonvulsivante y cualquier otra que se estimó necesaria, su función neurológica y presencias de crisis fue adecuadamente monitorizada y vigilada, se le alimentó primero vía parenteral y luego de forma enteral con la alimentación requerida, se le realizaron todos los estudios diagnósticos que según la clínica del paciente orientaban las sospechas diagnósticas.

- Así vemos que el neonato nació de un parto eutócico no instrumentado, es decir no hubo condición traumática, salvo la de la propia salida del feto por el canal del parto, algo que se demostró en el TAC y Ecografía cerebral realizados, cuyos resultados fueron normales. El neonato presentó al nacer apnea (suspensión transitoria de la respiración) y fue reanimado inmediatamente, reanimación que fue efectiva y a los 5 minutos de vida presentaba un Test de Apgar de 8/10, lo que responde a una buena adaptación extrauterina del neonato. El pH arterial al nacimiento es de 7,16; el venoso de 7,30, y el exceso de base de - 9, lo que indica, según la literatura médica e informe obstétrico, que no había presencia de acidosis metabólica y por tanto no podía haber lesión reciente causada por hipoxia. Su aspecto al nacimiento es normal y sin malformaciones, y a su ingreso en Neonatología presenta un buen estado general, es decir no hay signos de encefalopatía. De los datos anteriores (Test de Apgar, pH de cordón umbilical, buen estado general a los 5 minutos de vida) y las notas evolutivas de UCIN, se deduce, que no hubo evento centinela (daño) que pueda estar relacionado con la intervención durante el parto. El recién nacido, que fue ingresado para observación y tratamiento antibiótico por el riesgo infeccioso debido al antecedente de corioamnionitis materna recibió el tratamiento adecuado, y previo al mismo, se recogieron muestras para su cultivo y análisis. El neonato nunca tuvo criterios de infección, lo cual quedó demostrado en las analíticas, hemocultivos y cultivos realizados. La madre negó consumo de tóxicos y el estudio de tóxicos habituales fue negativo por lo podía descartarse esta causa. Inicialmente no se sospecha causa metabólica debido a que la glucemia e iones son normales pero luego hubo un ascenso transitorio de láctico y amonio que hicieron sospechar que la causa podía ser metabólica, por lo que inmediatamente se tomaron medidas disminuyendo las proteínas en la alimentación del neonato y administrando cofactores, benzoato sódico y dextrometorfano, a la vez que se tramitaba el estudio de

enfermedades metabólicas hereditarias cuyo resultado negativo se informó a los padres desde que fue conocido. A los 18 días de vida (20/10/17) como parte del estudio y una vez las condiciones del neonato fueron las adecuadas también se le realizó RMN cerebral en la cual se diagnostica encefalomalacia quística y hallazgos compatibles con encefalopatía hipóxico isquémica.

- Aunque los estudios de imagen previos, tanto TAC como Ecografía cerebral fueron normales, a los 18 días de vida (20/10/17), como parte del estudio y una vez las condiciones del neonato fueron las adecuadas también se le realizó RMN cerebral en la cual se diagnostica encefalomalacia quística, hallazgos compatibles con encefalopatía hipóxico isquémica, hallazgos estos que 18 días después del nacimiento no son un dato con criterios para relacionar dichas alteraciones con el parto y por consiguiente no se puede confirmar dicha relación, relación esta que no consta que se haya realizado en la historia clínica. En cambio, el registro cardiotocográfico intraparto tranquilizador, el resultado favorable del pH del cordón umbilical, el Test de Apgar a los 5 minutos de nacer con resultado de 8/10 y la exploración clínica al ingreso en Neonatología donde presenta buen estado general, sí son criterios para plantear que la encefalopatía hipóxico isquémica no está relacionada con el parto, durante el cual se aplicaron prácticas médicas actuales y adecuadas.

2. Sobre la base de los citados antecedentes de hecho, el SIP en su informe efectúa las siguientes consideraciones:

«1.- Hipoxia es la disminución del oxígeno disponible para las células y tejidos del organismo, lo cual causa alteraciones en su normal funcionamiento.

2.- El control continuado del bienestar fetal durante el trabajo de parto se realiza mediante el registro cardiotocográfico (RCTG) de la frecuencia cardíaca fetal.

3.- Durante el trabajo de parto se aplica un protocolo que incluye la monitorización de la frecuencia cardíaca fetal para que la misma esté controlada en todo momento, y ante la presencia de un patrón poco tranquilizador se aumente la vigilancia, y puedan tomarse las medidas oportunas inmediatas si se sospecha pérdida de bienestar fetal (hipoxia) ante la presencia de un patrón de frecuencia cardíaca anómalo o patológico.

4.- De los datos constatables en la historia clínica podemos saber que la atención y seguimiento de la gestante a término en el trabajo de parto fue adecuado. La monitorización continuada de la frecuencia cardíaca fetal fue tranquilizadora (normal) en el transcurso del mismo. Durante el período de expulsivo activo que se inicia a las 15 horas presenta algunas desaceleraciones variables típicas no hipóxicas de la frecuencia cardíaca fetal coincidentes con los pujos maternos, es decir, la frecuencia cardíaca fetal que estaba siendo controlada era la esperada, sin que en ningún momento mostrara un patrón poco tranquilizador ni patológico, y por consiguiente en ningún caso de objetiva pérdida de bienestar fetal.

5.- Según la literatura médica y el informe del Jefe de Sección de Obstetricia, para que suceda una encefalopatía por evento hipóxico isquémico es necesaria la presencia de acidosis metabólica perinatal. Esta se define como la presencia de un pH menor o igual a 7.00 y/o un exceso de base menor de -12 mmol/l en cuero cabelludo fetal, cordón umbilical o en sangre durante la primera hora de vida. De ello se deriva, que un feto sin acidosis metabólica, como es este caso, no puede, por definición, sufrir lesión reciente producida por hipoxia.

6.- El neonato presentaba a los 5 minutos de vida un Test de Apgar de 8/10, lo que responde a una buena vitalidad y adaptación extrauterina, es decir la frecuencia cardíaca, la respiración, tono muscular, actividad refleja, son favorables. El pH arterial al nacimiento es de 7,16; el venoso de 7,30, y el exceso de base de - 9, lo que indica, según la literatura médica e informe obstétrico, que no había presencia de acidosis metabólica y por tanto no podía haber lesión reciente causada por hipoxia. Su aspecto al nacimiento es normal y sin malformaciones, y a su ingreso en Neonatología presenta un buen estado general, es decir no hay signos de encefalopatía. De los datos anteriores (Test de Apgar, pH de cordón umbilical, buen estado general a los 5 minutos de vida) y las notas evolutivas de UCIN, se deduce, que no hubo evento centinela (daño) que pueda relacionar la encefalopatía neonatal diagnosticada con la intervención durante el parto.

7.- Aunque los estudios de imagen previos, tanto TAC como Ecografía cerebral fueron normales, a los 18 días de vida (20/10/17) como parte del estudio, y una vez las condiciones del neonato fueron las adecuadas también se le realizó RMN cerebral en la cual se diagnostica encefalomalacia quística, hallazgos compatibles con encefalopatía hipóxico isquémica, hallazgos estos que 18 días después del nacimiento no son un dato con criterios para relacionar dichas alteraciones con el parto y por consiguiente no se puede confirmar dicha relación. En cambio, el registro cardiotocográfico intraparto tranquilizador, el resultado favorable del pH del cordón umbilical, el Test de Apgar a los 5 minutos de nacer con resultado de 8/10 y la exploración clínica al ingreso en Neonatología donde presenta buen estado general, si son criterios para plantear que la encefalopatía hipóxico isquémica no está relacionada con el parto, durante el cual se aplicaron prácticas médicas actuales y adecuadas».

3. Finalmente, en su informe el SIP llega a las siguientes conclusiones:

«1.- Tras la solicitud de analgesia epidural que ocurre a las 04:26 horas, se le da explicación del procedimiento y firma el consentimiento informado (CI), esta se administra, finalizando dicha técnica a las 04:45 horas, es decir que en menos de una hora, desde su llegada a paritorio (3:43 horas) a la paciente se le ha iniciado la monitorización de la FCF, ha recibido hidratación IV, requisito previo para la administración de dicha analgesia, que tal como se pautó fue administrada; se le ha practicado amniorrexis artificial y se le ha administrado la analgesia epidural solicitada hacía 19 minutos. Actuaciones realizadas con diligencia y ajustadas a las buenas prácticas médicas.

2.- A las 3:51 se constata una dinámica uterina (DU) espontánea, regular y de buena intensidad, practicándose a las 04:15 horas amniorrexia (rotura) artificial de la bolsa amniótica, fluyendo líquido amniótico teñido de verde claro (meconio), debido a evacuación estéril del feto, lo cual es frecuente en fetos maduros (a término), y no implica pérdida del bienestar fetal, cuya evolución está siendo controlada mediante la monitorización de su frecuencia cardíaca, que es normal. Proceder realizado adecuadamente.

3.- Los exámenes realizados durante su evolución siempre revelaron una posición de la presentación occipital, es decir cefálica. Sobre las 12:00 (11:57) horas, la paciente presenta dilatación completa, posición OIDA, con punto guía entre el I-II plano de Hodge, objetivándose escaso descenso de la presentación tras realizar prueba de pujos, por lo que se espera el descenso pasivo de la presentación. A la 13:22 horas queda diagnosticada de Corioamnionitis materna que fue adecuadamente tratada desde su diagnóstico, en ese momento, a la exploración, el feto presenta una posición sincipitoiliaca derecha anterior (SIDA), es decir, una distocia de rotación, situación que puede estar relacionada con la administración de analgesia epidural (administrada según pautas), que se puede solucionar espontáneamente con el descenso de la presentación, que en ningún momento fue de cara.

Durante la evolución se le indicaba a la paciente cambios posturales para favorecer el trabajo de parto, la rotación y el descenso, y así aumentar las posibilidades de un parto eutócico (natural). Es decir, el trabajo de parto estaba siendo fisiológico, el estado de la madre estaba siendo controlado, así como el estado de bienestar fetal, el cual fue tranquilizador y nunca mostró patrón patológico o hipóxico. Asimismo, no se realizaron fórceps o cesáreas, por no estar indicadas, debido a la posibilidad de un parto eutócico, parto que así ocurrió y en cefálica.

4.- Desde que se sospecha que la causa del cuadro clínico que padece el neonato, 6 horas después de su ingreso en Neonatología (desaturación de oxígeno, bradicardia y convulsiones), pudiera ser metabólica, se toman las medidas pertinentes disminuyendo las proteínas en la alimentación del neonato y administrando cofactores, benzoato sódico y dextrometorfano, a la vez que se tramitaba el estudio de enfermedades metabólicas hereditarias. El resultado de dichas pruebas, realizados en el Centro de diagnóstico de Enfermedades moleculares de Madrid le fue informado a los padres desde que fue conocido. El hecho de haberse tomado las medidas oportunas desde su sospecha, y el resultado normal de dichas pruebas confirman que ese período de desconocimiento del resultado no tuvo repercusión negativa sobre el neonato.

5.- Aunque los estudios de imagen iniciales, tanto TAC como Ecografía cerebral fueron normales, a los 18 días de vida (20/10/17), como parte del estudio, y una vez las condiciones del neonato fueron las adecuadas también se le realizó RMN cerebral en la cual se diagnosticó encefalomalacia quística de ambos lóbulos frontales y occipitales, hallazgos

compatibles con encefalopatía hipóxico isquémica, hallazgos estos que 18 días después del nacimiento no son un dato con criterios para relacionar dichas alteraciones con el parto y por consiguiente no se puede confirmar dicha relación. En cambio, el registro cardiotocográfico intraparto tranquilizador, el resultado favorable del pH del cordón umbilical, el Test de Apgar a los 5 minutos de nacer con resultado de 8/10 y la exploración clínica al ingreso en Neonatología donde presenta buen estado general, si son criterios para plantear que la encefalopatía hipóxico isquémica no está relacionada con el parto, durante el cual se aplicaron prácticas médicas actuales y adecuadas.

6.- El servicio público actuó en todo instante, conforme a la mejor práctica, a tenor de la evidencia médica actual, no siendo factible exigir a aquél, una acción que supere la mejor praxis sanitaria existente, siendo ésta el resultado de aplicar conocimientos científicos actualizados: Los diagnósticos, pruebas complementarias, seguimiento, monitorización intraparto, consentimientos y medidas adoptadas, se realizaron de forma adecuada, de acuerdo a los requerimientos y situación de la paciente y el feto, siguiendo criterios, normas y protocolos actuales, por lo que la encefalopatía diagnosticada en el neonato no se ha producido por mala praxis sino a pesar de la adecuada asistencia obstétrica y neonatal prestadas».

V

1. Hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictamen 64/2020, de 18 de febrero), que según el actual art. 32.1 LRJSP –similar al anterior art. 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común- el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone.

Sobre la Administración recae el *onus probandi* de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración y del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC) que permite trasladar el *onus probandi* a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no

evitada, ni supone resolver en contra de aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

2. Como también hemos dicho en múltiples ocasiones (ver por todos, Dictamen 57/2020, de 18 de febrero), en el ámbito de la sanidad, la Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007 afirma que *«la responsabilidad de la Administración sanitaria no deriva, sin más, de la producción del daño, ya que los servicios médicos públicos están solamente obligados a la aportación de los medios sanitarios en la lucha contra la enfermedad, mas no a conseguir en todos los supuestos un fin reparador, que no resulta en ningún caso exigible, puesto que lo contrario convertiría a la Administración sanitaria en una especie de asegurador universal de toda clase de enfermedades. Es por ello que, en cualquier caso, es preciso que quien solicita el reconocimiento de responsabilidad de la Administración acredite ante todo la existencia de una mala praxis por cuanto que, en otro caso, está obligado a soportar el daño, ya que en la actividad sanitaria no cabe exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, pues la función de la Administración sanitaria pública ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria con empleo de las artes que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, mas sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir, en todo caso, una curación»*.

Asimismo, entiende el Tribunal Supremo en sentencia de 23 de septiembre de 2009 (recurso de casación n.º 89/2008) *«que el hecho de que la responsabilidad sea objetiva, no quiere decir que baste con que el daño se produzca para que la Administración tenga que indemnizar, sino que es necesario, además, que no se haya actuado conforme a lo que exige la buena praxis sanitaria, extremos éstos que deben quedar acreditados para que se decrete la responsabilidad patrimonial de la Administración»*.

La Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de abril de 2014 declara también:

«Las referencias que la parte recurrente hace a la relación de causalidad son, en realidad un alegato sobre el carácter objetivo de la responsabilidad, que ha de indemnizar en todo caso, cualquier daño que se produzca como consecuencia de la asistencia sanitaria.

Tesis que no encuentra sustento en nuestra jurisprudencia tradicional, pues venimos declarando que es exigible a la Administración la aplicación de las técnicas sanitarias, en función del conocimiento en dicho momento de la práctica médica, sin que pueda mantenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño. La responsabilidad sanitaria nace, en su caso, cuando se ha producido una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado. Acorde con esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser, por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria».

De lo anterior se desprende, pues, que cumple a los facultativos prestar la asistencia sanitaria aconsejable en cada caso con los medios adecuados a su alcance, pero no garantizar un resultado, por lo que la obligación de indemnizar solo surgirá cuando se demuestre que la actuación de los servicios sanitarios fue defectuosa o negligente, ya sea en el diagnóstico de la enfermedad o en su tratamiento.

3. En el presente procedimiento la pretensión resarcitoria de la reclamante se fundamenta en que la patología que padece su hijo, encefalopatía hipóxica isquémica, fue consecuencia de la asistencia médica recibida durante el parto, ya que hubo sufrimiento fetal, sin que precipitaran el parto.

Sin embargo, sin la constatación de estos extremos de hecho es imposible establecer que existe una relación de causalidad entre la asistencia sanitaria prestada por los facultativos del SCS y los supuestos daños por los que reclama. Sin la determinación de ese nexo causal no es posible la estimación de la pretensión resarcitoria.

La interesada no aporta medios probatorios que sustenten sus alegaciones. Sin embargo, de la documentación clínica y de otros informes médicos obrantes en el expediente se desprende que se le prestó una adecuada atención médica: Los diagnósticos, pruebas complementarias, seguimiento, monitorización intraparto, consentimientos y medidas adoptadas, se realizaron de acuerdo a los requerimientos y situación de la paciente y el feto, siguiendo criterios, normas y protocolos actuales, por lo que la encefalopatía diagnosticada en el neonato no se produjo por mala praxis sino a pesar de la adecuada asistencia obstétrica y neonatal prestadas.

Así, el SIP informa que el neonato nació de un parto eutócico no instrumentado, es decir no hubo condición traumática, salvo la de la propia salida del feto por el canal del parto, algo que se demostró en el TAC y Ecografía cerebral realizados, cuyos resultados fueron normales. El neonato presentó al nacer apnea (suspensión transitoria de la respiración) y fue reanimado inmediatamente, reanimación que fue efectiva y a los 5 minutos de vida presentaba un Test de Apgar de 8/10, lo que responde a una buena adaptación extrauterina del neonato. El pH arterial al nacimiento es de 7,16; el venoso de 7,30, y el exceso de base de - 9, lo que indica, según la literatura médica e informe obstétrico, que no había presencia de acidosis metabólica y por tanto no podía haber lesión reciente causada por hipoxia. Su aspecto al nacimiento es normal y sin malformaciones, y a su ingreso en Neonatología presenta un buen estado general, es decir no hay signos de encefalopatía. De los datos anteriores (Test de Apgar, pH de cordón umbilical, buen estado general a los 5

minutos de vida) y las notas evolutivas de UCIN, se deduce, que no hubo evento centinela (daño) que pueda estar relacionado con la intervención durante el parto. El recién nacido, que fue ingresado para observación y tratamiento antibiótico por el riesgo infeccioso debido al antecedente de corioamnionitis materna recibió el tratamiento adecuado, y previo al mismo, se recogieron muestras para su cultivo y análisis. El neonato nunca tuvo criterios de infección, lo cual quedó demostrado en las analíticas, hemocultivos y cultivos realizados. La madre negó consumo de tóxicos y el estudio de tóxicos habituales fue negativo por lo podía descartarse esta causa. Inicialmente no se sospecha causa metabólica debido a que la glucemia e iones son normales pero luego hubo un ascenso transitorio de láctico y amonio que hicieron sospechar que la causa podía ser metabólica, por lo que inmediatamente se tomaron medidas disminuyendo las proteínas en la alimentación del neonato y administrando cofactores, benzoato sódico y dextrometorfano, a la vez que se tramitaba el estudio de enfermedades metabólicas hereditarias cuyo resultado negativo se informó a los padres desde que fue conocido. A los 18 días de vida (20/10/17) como parte del estudio y una vez las condiciones del neonato fueron las adecuadas también se le realizó RMN cerebral en la cual se diagnostica encefalomalacia quística y hallazgos compatibles con encefalopatía hipóxico isquémica, hallazgos estos que 18 días después del nacimiento no son un dato con criterios para relacionar dichas alteraciones con el parto y por consiguiente no se puede confirmar dicha relación, relación esta que no consta que se haya realizado en la historia clínica. En cambio, el registro cardiotocográfico intraparto tranquilizador, el resultado favorable del pH del cordón umbilical, el Test de Apgar a los 5 minutos de nacer con resultado de 8/10 y la exploración clínica al ingreso en Neonatología donde presenta buen estado general, sí son criterios para plantear que la encefalopatía hipóxico isquémica no está relacionada con el parto, durante el cual se aplicaron prácticas médicas actuales y adecuadas.

En definitiva, este Consejo entiende que la asistencia prestada ha sido en todo momento conforme a la *lex artis ad hoc*, según la jurisprudencia aludida anteriormente, ya que se realizaron las pruebas necesarias y se trató adecuadamente tanto a la madre como al neonato; esa adecuación de la asistencia sanitaria prestada a la *lex artis* rompe el necesario nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y los daños por los que se reclama y, por ende, impide, al ser un requisito esencial para ello, el surgimiento de la responsabilidad de la Administración

prestadora del servicio, por lo que se ha de concluir que la Propuesta de Resolución, que desestima la pretensión resarcitoria de la reclamante, es conforme a Derecho.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, desestimatoria de la reclamación formulada por la interesada, se considera conforme a Derecho.