



Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 13 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 tramitado ante la reclamación de indemnización formulada por (...) y (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 232/2020 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. La solicitud del presente Dictamen solicitado por oficio del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad el día 8 de junio de 2020 (Registro de entrada en el Consejo Consultivo el 10 de junio de 2020), es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial contra el Servicio Canario de la Salud.

2. De la naturaleza de esta propuesta se deriva la competencia del órgano solicitante, la competencia del Consejo y la preceptividad del dictamen, según los arts. 12.3 y 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias.

3. Es aplicable la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común (en adelante LPACAP) y el art. 32 y ss. de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.

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 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.

* Ponente: Sr. Fajardo Spínola.

II

1. En este procedimiento de responsabilidad patrimonial los reclamantes (...) y (...), presentan la condición de interesados, en cuanto titulares de un interés legítimo, al alegar como representantes legales del menor sobre el que ostentan la patria potestad, daños personales causados a su hijo (...) como consecuencia de la actividad sanitaria, pudiendo, por tanto, iniciar el procedimiento (art. 4 LPACAP).

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

2. El órgano competente para resolver es la Dirección del 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.

El órgano competente para instruir y proponer la resolución de este procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 15.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, en relación con la Resolución de 23 de diciembre de 2014 por la que se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos del Servicio Canario de la Salud.

3. El plazo para reclamar responsabilidad patrimonial es de un año desde la curación o determinación del alcance de las secuelas (art. 67 LPACAP). El alcance de las secuelas dada la escasa edad del niño aún está por determinar, habiéndose interpuesto la reclamación el 27 de marzo de 2018, por lo que la reclamación se interpone en plazo.

III

La reclamación de responsabilidad patrimonial de los interesados se fundamenta en los siguientes hechos:

«PRIMERA.- El pasado 31 de marzo de 2017, (...) dio a luz al menor (...) habiendo ingresado días antes con carácter previo por dinámica de parto en el Centro Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil de Las Palmas de Gran Canaria, tras un embarazo controlado y sin alteraciones o incidencias ni en la madre, ni en el feto.

Tras advertir en la fase de parto que el niño no se encontraba en la situación óptima, que afectaría a su nacimiento, los facultativos de dicho servicio se plantearon durante horas tras el ingreso, la posibilidad de continuar con el parto; aun cuando fuera necesario y/o previsible la utilización de una cesárea, dada las distintas circunstancias concurrentes y a pesar del seguimiento del protocolo del citado Materno.

Dicha asistencia para el parto comenzó ya con dificultades, referenciado desde el inicio del ingreso, habida cuenta las dificultades para el feto y la madre en el paritorio.

Las maniobras realizadas durante el parto y en el momento del parto y tras horas de espera, causaron en un bebé sano como era hasta ese momento, (...), graves lesiones, que derivaron en problemas respiratorios y un largo etcétera de complicaciones cuyas secuelas definitivas aún no han podido establecerse, dado que el desarrollo de las funciones del bebé es paulatino y se van poniendo día a día de manifiesto. Si bien, al día de la fecha, el diagnóstico principal sería, cuanto menos de los siguientes datos;

1. Recién nacido término 41,2 semanas

2. Líquido amniótico teñido

3. Amnioinfusión

4. Anemia leve

5. Otros valorados hasta el momento:

- ENCEFALOPATÍA HIPÓXICO-ISQUÉMICA GRAVE, que provoca:

○ Parálisis cerebral infantil, con las correspondientes anomalías en la estática y movilidad general.

○ Retraso psicofísico grave.

○ Epilepsia

- PARÁLISIS HEMIDIAFRAGMA DERECHO, que determina la dependencia de Ventilación Mecánica No Invasiva.

- PARÁLISIS BRAQUIAL DERECHA.

- Otros

CUARTA.- Entendiendo que pudiera existir un incorrecto funcionamiento del Servicio Canario de Salud, y en concreto del Centro Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil de Las Palmas de Gran Canaria, en el proceso asistencia prestado a (...) y su bebe (...) y entendiendo que de ello se podría derivar una responsabilidad patrimonial de la Administración Regional, SOLICITAMOS QUE SE TENGA POR INICIADO EL OPORTUNO EXPEDIENTE DE RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL dándoseme traslado de cuantos trámites y

documentos de tracto sucesivo corresponda antes, durante y después del parto. Y en su virtud, se disponga lo necesario para:

“Que el Servicio Canario de Salud del Gobierno de Canarias recabe el preceptivo informe de intervención o inspección médica, de antes, durante y después del parto sin romper el tracto sucesivo, del cual solicitamos desde este momento que se sea entregada copia.

En este sentido se solicita copia de todo lo que conciernen en el expediente que deberá contener todos los documentos que se relacionan por Ley, esto solicitud de a) La documentación relativa a la hoja clínico estadística; b) La autorización e informes de ingreso; c) informes de actuaciones de urgencia; d) La anamnesis y la exploración física; e) La evolución; f) Las órdenes médicas; g) La hoja de interconsulta; h) Los informes de exploraciones complementarias; i) El consentimiento informado; j) El informe de anatomía patológica; m) La evolución y planificación de cuidados de enfermería; k) la aplicación terapéutica de enfermería; l) El gráfico de constantes. Informe de departamento de informática y archivo de historias clínicas de los diferentes accesos que se hayan producido en los mencionados documentos, haciendo especial mención a la eliminación o modificación de alguna entrada o registro. Todos los datos que puedan extraerse del sistema informático, incluido prescripción de medicamentos, por fecha, diagnósticos realizados, etc. En caso de no costar algún documento por algún motivo específico, deberá mencionarse expresamente las causas. Igualmente, deberá identificarse con nombre, apellidos y categoría profesional a todas y cada una de las personas intervinientes en los procesos asistenciales (médicos, enfermeras, residentes, auxiliares, etcétera).

» Que sea recabado el preceptivo informe de los servicios del Centro Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil de Las Palmas de Gran Canaria intervinieron en el proceso asistencial prestado a la Sra. (...) y a su bebé en momento del parto, de (...) y en particular del servicio de Ginecología v Obstetricia y cualquier otro que resultara de interés para el procedimiento.

Todo lo cual, pongo en su conocimiento, a modo de escrita de INICIACIÓN DE EXPEDIENTE DE RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL, firmando la presente, en Las Palmas de Gran Canaria a 21 de marzo de 2018».

IV

1. Principales actuaciones del procedimiento de responsabilidad patrimonial:

1.1. Por los reclamantes se interpone reclamación de responsabilidad patrimonial el 27 de marzo de 2018. No cuantifican el importe de la indemnización solicitada.

1.2. Con fecha de 2 de abril de 2018, se requiere a los reclamantes a fin de que mejoren la reclamación formulada, presentándose con fecha de registro de 18 de abril de 2018 la documentación requerida.

1.3. Con fecha de 25 de abril de 2018 se dicta Resolución de admisión a trámite de la reclamación formulada.

1.4. Con fecha de 27 de marzo de 2019 se remite, por el Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud, informe de esa misma fecha así como documentación clínica en relación a la asistencia sanitaria prestada a la reclamante.

1.5. Con fecha de 2 de mayo de 2019 se procede a la apertura del periodo probatorio.

1.6. Con fecha de 11 de octubre de 2019 se procede a la apertura del trámite de audiencia.

1.7. Con fecha de registro de entrada de 4 de noviembre de 2019 por los reclamantes se presenta escrito de alegaciones en el que reiteran que ha quedado constatado de forma indubitada que las secuelas que sufre el pequeño (...) son definitivas: encefalopatía hipóxica isquémica y anóxica (daño cerebral por falta de oxígeno durante el parto), parálisis cerebral, paresia/parálisis diafragma unilateral derecha, paresia braquial derecha, insuficiencia respiratoria crónica.

Afirman se trata de daños permanentes, irreversible e incurables, necesitando tratamiento de rehabilitación y respiratorios diarios.

Entienden que la relación entre el parto y las secuelas del menor son indubitadas ya que la madre no tenía antecedentes de interés y la gestación se desarrolló sin incidencias.

Señalan que al tiempo del ingreso, la paciente presentaba rotura de membranas con líquido amniótico teñido de meconio, que a lo largo de la monitorización del parto presentó el bebé desaceleraciones que no ceden con cambios posturales, que la matrona avisa en varias ocasiones a los médicos por patrones claramente patológicos que no ceden a ninguna maniobra y, a pesar de ello, se insiste en no hacer nada y dejar evolucionar el parto constatándose, que con el ph de la calota fetal, la pérdida de bienestar fetal existía desde las 2:30 h de la madrugada.

Que sufrió fiebre intraparto, pues durante el transcurso de la dilatación, a lo largo de la noche, la temperatura se fue elevando hasta alcanzar, a las 7:00 h del día 31 de marzo de 2017, 38,8° y que, a pesar de las gráficas intraquilizadoras y el ascenso de la temperatura constante, se dejaron transcurrir dos horas, hasta llegar a las 7 de la mañana con una temperatura claramente patológica.

Con respecto al empleo de forceps, alega que, a esa altura del parto, era la única posibilidad que, de haberse evitado con una actuación anterior, no hubiera tenido las consecuencias nefastas que tuvo. El parto fue traumático y le ocasionó al bebé parálisis braquial y varios hematomas y coágulos cerebrales.

1.8. Se emite informe por la Viceconsejería del Servicio Jurídico favorable a la Propuesta de Resolución del Servicio Canario de la Salud desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta por (...) y (...).

1.9. La Propuesta de Resolución de la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial se suscribe el 27 de mayo de 2020.

2. El plazo máximo para resolver es de seis meses, transcurrido el cual la reclamación se entiende desestimada presuntamente, sin perjuicio de la obligación de la Administración de resolver expresamente (arts. 21 y 91.3 LPACAP).

V

1. La Propuesta de Resolución de la Ilma. Sra. Secretaria General del Servicio Canario de la Salud, relativa a la reclamación de (...) y (...), desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial, partiendo del informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) y del informe del Jefe de Sección de Obstetricia y Ginecología.

Consideran que se actuó en todo momento conforme a la *lex artis*, pues estuvo indicada la inducción al trabajo del parto en función de la rotura prematura de membranas, al igual que el uso del fórceps para dar solución al periodo expulsivo, y sin que en ningún momento se dieran las condiciones médicas precisas para la realización de una cesárea. Las contracciones uterinas y los pujos maternos, son probablemente suficientes para causar una tracción excesiva sobre el plexo. Por lo tanto, la lesión del plexo braquial no significa, necesariamente, que la fuerza o maniobras aplicadas sean la causa, siendo un motivo posible de dicha lesión, el propio mecanismo de parto.

2. La Propuesta de Resolución se basó principalmente en el informe del SIP, que señala:

«1.- La paciente con embarazo normal y a término acudió al Servicio de Urgencias por presentar rotura prematura de membranas (espontánea) a las 06:00 horas del día 30/03/17 (una hora antes de ser atendida en Urgencias). Al examen general la paciente estaba con buen estado general. Al examen obstétrico se confirma que fluye líquido amniótico teñido de meconio (verde claro) y las condiciones cervicales son favorables (test de Bishop de 6). De forma protocolaria se realizó analítica al ingreso y se indica realizar Test basal de frecuencia cardíaca fetal (TNE).

2.- A las 8:24 horas ya ha pasado a Paritorio. La analítica realizada es normal y el TNE reactivo, lo cual confirma el estado de bienestar del feto. Según las guías actuales existe consenso para la finalización de la gestación mediante inducción del parto en presencia de rotura prematura de membranas en embarazo a término, es por ello que ante la inexistencia de contraindicaciones, la presencia de condiciones cervicales favorables, y confirmado el estado de bienestar fetal, es decir, no existiendo dificultades para el feto y la madre, se indica (se explica a la paciente) finalizar la gestación mediante inducción directa del parto con administración de oxitocina.

3.- La inducción del parto es la iniciación del trabajo de parto mediante procedimientos médicos o mecánicos antes del comienzo espontáneo del mismo. Se considera un fracaso de inducción si tras 18 horas no se ha alcanzado la fase activa del parto, establecida cuando se han alcanzado los cuatro cm de dilatación y existencia de dinámica adecuada.

4.- Una hora y media después de su ingreso, a las 8:30 horas ya se ha iniciado sueroterapia, requisito previo a la analgesia epidural, antibioterapia en respuesta a rotura prematura de membrana meconial y se ha procedido a monitorizar de forma continua mediante registro cardiotocográfico (RCTG) la frecuencia cardíaca fetal, procederes adecuados a las guías actuales.

5.- A las 8:45 horas se inicia perfusión de oxitocina, que momentáneamente es suspendida a las 9:39 horas por bradicardia fetal, que inmediatamente se recupera tras realizar cambios posturales. Una vez comprobado que no hay prolapso del cordón, se continúa con la perfusión de la misma, actuación adecuada y ajustada a protocolo.

6.- A las 11:43 horas queda administrada la analgesia epidural, tras solicitud de la paciente, y luego de la explicación del procedimiento y firma del preceptivo consentimiento informado.

Proceder realizado conforme a las normas actuales. Su curso evolutivo seguía transcurriendo normalmente.

7.- A las 23:32 horas presenta un RCTG con desaceleraciones variables compatibles con compresión funicular transitoria (es decir, no hipóxicas), es por ello que se realiza control de pH de calota fetal. El resultado analítico del pH de 7,26 confirma de forma objetiva el bienestar fetal. Tras aproximadamente doce horas de buena dinámica en la exploración se aprecia que no fluye líquido amniótico y que se encuentra en trabajo de parto: cérvix con 5 cm de dilatación, borrado y centrado, I plano. En el contexto de rotura de bolsa y probable escasez de líquido amniótico se inicia amnioinfusión, a las 23:35 horas, con normalización de la frecuencia cardíaca fetal. Tanto el control del pH de calota fetal que confirmó el estado de bienestar del feto como la amnioinfusión se realizaron adecuadamente y conforme a las recomendaciones actuales.

8.- La buena dinámica iniciada 12 horas antes y la dilatación que ya es de 5 cm (23:32h) a las 15 horas de iniciada la inducción, confirman la fase activa del parto (antes de las 18 horas), es decir, que la inducción del parto evoluciona favorablemente, siendo posteriormente, la dilatación, según la hoja de seguimiento materno, progresiva y adecuada. La actuación se ha realizado conforme a las guías de práctica clínica actuales, ajustadas a los requerimientos de la paciente, no existiendo criterios para finalizar la gestación previamente a alcanzar la dilatación completa, dada la correcta evolución de la inducción, así como del período de dilatación y la comprobación objetiva del bienestar fetal.

9.- Durante la evolución del parto activo se constataron en el RCTG y en las notas evolutivas desaceleraciones puntuales y transitorias de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) que cedían con los cambios posturales y la disminución de la pauta de oxitocina, lo cual es típico durante los pujos/contracciones del trabajo de parto. A las 7:05 horas se constata pico febril materno de 38,8 °C, es examinada por Obstetra, constatando presencia de dilatación completa y resultado de pH de calota fetal con resultado patológico (70,01/7,02). Ante este resultado, es decir, ante la presencia de riesgo de pérdida de bienestar fetal se indica extracción urgente, y al reunir las condiciones para un parto vaginal se opta por un fórceps, siendo esta la vía más rápida y segura para dar solución al período expulsivo. El fórceps se realiza según técnica habitual, no presentándose dificultades, durante la realización y extracción. La actuación durante el nacimiento se realizó según las buenas prácticas, de forma adecuada, diligente y ajustada a los requerimientos del recién nacido.

10.- En condiciones normales, la monitorización del bebé intraparto se realiza con el registro cardiotocográfico (RCTG). Cuando el RCTG es no tranquilizante (ejemplo desaceleraciones de la frecuencia cardíaca fetal por sospecha de compresión del cordón, o cualquier otro aspecto según la individualidad del caso), se puede recurrir a la toma de pH de calota fetal. Éste es un procedimiento mediante el cual se toma una pequeña gota de sangre del cuero cabelludo del bebé para analizarla y medir los parámetros del equilibrio ácido básico [pH, bicarbonato (...)]. Estos valores ayudan al obstetra a discernir aquellos fetos que necesitan una extracción inmediata de aquellos que no están en situación de acidosis.

11.- Una vez se obtiene el resultado del pH de calota fetal, se actúa en consecuencia: un pH > 7.25, es indicador de bienestar fetal. Este examen sólo ha de repetirse si el RCTG vuelve a ser no tranquilizador o según la situación clínica de la paciente o del feto. Si el resultado del pH es de 7.20-7.25, se toman medidas [parar perfusión de oxitocina, cambio de posición de la paciente (...)], repitiendo el análisis 15-20 minutos después. En el caso de un pH <7.20, se realizará una extracción fetal inmediata por la vía más rápida y segura posible (vaginal o cesárea), tal como se hizo en este caso.

12.- Para la aplicación del fórceps deben darse ciertas condiciones, entre las que se citan, según las guías actuales: la dilatación completa y membranas rotas, presentación al menos en III plano de Hodge, pelvis con capacidad suficiente para el paso del polo cefálico, conocimiento de la posición, actitud y grado del polo cefálico, vejiga vacía, anestesia adecuada, condiciones todas ellas presentes en la paciente.

13.- Entre las indicaciones citadas en las guías actuales para la indicación de fórceps están los problemas médicos u obstétricos que contraindiquen los pujos, falta de colaboración materna, agotamiento materno, riesgo de pérdida de bienestar fetal, entre otras. En el caso de la paciente, había una indicación clara, el riesgo de pérdida de bienestar fetal, dado el resultado de pH patológico realizado en calota fetal.

14.- Así vemos, que en ausencia de contraindicaciones, ante la presencia de una indicación razonable y ajustada a las guías actuales, y dado que existían condiciones favorables, se opta por la aplicación de fórceps, por ser la vía más rápida y segura para la extracción urgente del feto en el contexto de la paciente.

15.- Aunque la actuación y el seguimiento de la paciente habían sido adecuados durante la fase de parto y había tenido una adecuada evolución y duración de la inducción y período de dilatación, al llegar a la dilatación completa le es realizado un pH de calota fetal con resultado patológico; pese a que una vez conocido este resultado se realizó una extracción urgente por la vía más rápida y segura, el fórceps, al reunir las condiciones para ello, y que la técnica habitualmente practicada fue realizada de forma adecuada, y sin que se presentaran dificultades, el neonato nació con depresión neonatal, motivo por el cual fue adecuadamente reanimado e ingresado en la UCIN.

16.- El neonato presentó un Test de Apgar al primer minuto de 1 y a los 5 minutos de 3. La bradicardia perinatal presentada fue inmediatamente corregida tras la reanimación, pero no así la asfisia, manifestada por la ausencia de esfuerzo respiratorio y de tono, por lo que hubo de ser intubado. La clínica manifestada al nacer y horas siguientes al nacimiento, y el resultado analítico realizado al neonato al nacer con resultado de pH arterial de 6,90, y exceso de base de -15 confirmaron la acidosis metabólica perinatal.

17.- La presencia de acidosis metabólica puede causar encefalopatía por evento hipóxico isquémico y esta puede causar parálisis cerebral infantil en el 20% de los casos, dicha acidosis

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, cordón umbilical o en sangre durante la primera hora de vida, signos presentes en este caso, pese a que el parto y parto fueron realizados acordes a las normas.

18.- También tras el nacimiento se actuó de forma inmediata practicando reanimación, ventilación e intubación. Posteriormente estuvo hospitalizado en la Unidad de cuidados intensivos debido a la encefalopatía hipóxico isquémica padecida. Debido a la parálisis diafragmática, en probable relación con traumatismo durante el parto requirió plicatura diafragmática a los 55 días de vida, realizándose replicatura a los 6 meses de edad debido a la permanente necesidad de oxígeno, intervención que a petición de los padres fue realizada en Hospital (...). Asimismo, estuvo hospitalizado todo el tiempo requerido, poniéndose a su alcance todos los medios profesionales y técnicos necesarios tanto antes de su alta que fue dada ante su estabilidad clínica, como después de la misma, haciendo un seguimiento planificado de su evolución.

19.- Según la literatura médica y el informe del Jefe de Sección de Obstetricia, la parálisis diafragmática del recién nacido como consecuencia de la lesión del nervio frénico se asocia frecuentemente con la lesión del plexo braquial. El mecanismo por el que se produce incluye estiramiento/tracción, compresión, infiltración e hipoxia. El estiramiento es la causa más frecuente, sin embargo, aunque la tracción axial sea aplicada de forma adecuada, la lesión del plexo braquial tras el parto, no significa, necesariamente, que la fuerza o las maniobras aplicadas sean la causa de la lesión, puesto que las contracciones uterinas y los pujos maternos son probablemente suficientes para causar una tracción excesiva sobre el plexo.

20.- Según las guías generales de práctica clínica actuales las complicaciones del fórceps son poco frecuentes y su uso no se asocia con mayor morbilidad fetal, por tanto, el uso de fórceps es seguro tanto para la madre como para el feto y pueden ser usados con seguridad cuando existe indicación para su realización, se reúne las condiciones necesarias y se realiza adecuadamente, tal y como ocurrió según la historia clínica; siendo el parto por fórceps una alternativa a la cesárea, intervención con una morbimortalidad mucho más elevada, y que en ningún momento tuvo indicación en la paciente».

3. También figuran en el expediente las conclusiones del Jefe de Sección de Obstetricia y Ginecología, del siguiente tenor:

«Al ingreso en paritorio no existían dificultades para el feto ni para la madre.

En la fase parto, no existieron criterios para finalizar la gestación previamente a alcanzar la dilatación completa, dada la buena evolución de la inducción así como del periodo de dilatación y la comprobación objetiva del bienestar fetal. Los protocolos del Servicio de Obstetricia y Ginecología son guías generales de práctica clínica que se aplican de forma personalizada.

Tras objetivar un pH de calota fetal patológico se realizó la extracción fetal por la vía más rápida y segura. El fórceps se realizó sin dificultad y una vez comprobadas las condiciones de aplicación. La lesión del plexo braquial no significa, necesariamente, que la fuerza o las maniobras aplicadas sean la causa siendo una causa posible el propio mecanismo del parto y aún tras practicar una cesárea.

Los no profesionales de la obstetricia, y la población en general, consideran que la mayoría de los resultados obstétricos se pueden resolver con la realización de una cesárea, que, inexplicablemente, el profesional que atiende al parto no realiza. La asistencia obstétrica tiene como finalidad obtener el mejor recién nacido posible con la menor morbilidad materna, pero no se conocen todos los mecanismos por los cuales se pueden producir malos resultados obstétricos, y aun conociendo muchos de ellos, no se tienen soluciones médicas para los mismos, por lo que los malos resultados obstétricos se producen independientemente de la buena calidad de la asistencia prestada.

(...) fue atendida en todo momento acorde a la lex artis. Estuvo indicada la inducción del trabajo de parto en función de la rotura prematura de membranas. El periodo de dilatación evolucionó de forma adecuada.

Estuvo Indicada la aplicación del fórceps para dar solución al periodo expulsivo. En ningún momento hubo indicación de realización de cesárea. Se utilizaron todos los medios, tanto técnicos como profesionales, en su asistencia. Lamentablemente el resultado no fue el esperado, a pesar de la adecuada asistencia obstétrica recibida».

4. Asimismo, contiene el expediente diversas consideraciones de informes que figuran en él, y que procede mencionarse por su interés para el análisis del supuesto sometido a consulta:

- Página 210 informe del Hospital (...): «(...) detección de parálisis diafragmática derecha de probable origen traumático periparto con RM compatible (aunque no se “puede visualizar el nervio frénico”».

- Página 302 diagnóstico por imagen «Se aprecia un aumento del espacio de los agujeros de conjunción entre C4-C5, C5-C6 y C6-C7 dchos, así como un descenso del hombro dcho, todos ellos compatibles con parálisis braquial dcha y del nervio frénico derecho por avulsión, no obstante, no puede visualizarse dado la edad del paciente las raíces seccionadas como tal y puede ser simplemente un edema».

- Página 363 «IRM CRANEO 18/04/2017: En proyección sagital, axial y: coronal. Secuencias T1, T2 y densidad protónica. Estudio realizado bajo anestesia general. No se observan áreas de restricción de la difusión. El examen de la fosa posterior muestra un cuarto ventrículo en la línea media. No se evidencian anomalías focales en tronco cerebral, cerebelo o ángulos pontocerebelosos. Los conductos auditivos internos son

simétricos. Los laberintos membranosos presentan una intensidad de señal simétrica. Ausencia normal de señal en las regiones mastoideas. El agujero magno es normal. A nivel supratentorial, el III ventrículo y los ventrículos laterales son normales en tamaño y posición. No desviación de la línea media. No hidrocefalia. El cuerpo calloso es de morfología normal. No alteraciones en los ganglios de la base ni en la cápsula interna. Patrón de mielinización de la sustancia blanca adecuado a la edad del paciente. No regiones focales de alteración en la señal parenquimatosa. No evidencia masas intracraneales o áreas de efecto masa. A nivel parieto-temporal dcho. se observa una colección hipointensa en T1 e hipertensa en T2 compatible con sangre, a nivel subgaleal y epidural con una longitud de 45 mm. de diámetro anterior posterior x 5 mm. de grosor. A nivel del seno longitudinal superior, seno recto y senos transversos se aprecia un aumento de intensidad de señal compatible con sangre, existiendo también un pequeño coágulo a nivel de la cisterna magna. La glándula hipofisaria y la unión cráneo-vertebral están dentro de límites normales. Los senos parranasales visualizados están aireado. Las porciones visualizadas de las órbitas no muestran alteraciones. El cuero cabelludo y partes blandas pericraneales sin hallazgos patológicos.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA Trombosis de los senos transversos, seno recto y parcial del seno longitudinal así como coágulo en la cisterna magna. Colección subgaleal a nivel parieto-temporal dcha. Resto sin alteraciones».

- IRM cráneo 09/05/20: *«proyección sagital, axial y coronal. Secuencia T1 , T2 y densidad protónica, Flairy difusión. Se realiza estudio comp con exploración anterior del 18/04/2017, comprobándose la desaparición de la trombosis de los senos transversos de senos venosos, seno recto y parcial del seno longitudinal, así como, el coágulo de la cisterna magna y las colecciones parieto-temporales derechas».*

- RM plexo braquial: *«En proyección sagital, axial y coronal. Secuencias T1, T2 y densidad protónica, Flair y difusión. Se aprecia un aumento del espacio de los agujeros de conjunción entre C4-C5. C5-C6 y C6-C7 derechos., así como un descenso del hombro derecho, todos ellos compatibles con parálisis braquial derecha, y del nervio frénico derecho, por avulsión, no obstante, no pueden visualizarse dado la edad del paciente las raíces seccionadas como tal y puede ser simplemente edemas».*

- Página 1852 Valorado en Centro Base reconocida un 55% de discapacidad.

- Página 1864 *«en contexto de parto traumático y alteración neurológica se realiza RM el 18-04-2017 con los siguientes hallazgos: colección de sangre a nivel subgaleal y epidural de 45 mm x 5 mm de grosor en zona parieto-temporal derecha. También presenta el seno longitudinal superior, recto y transversos con hiperintensidad sugestiva de sangre junto a coágulo en la cisterna magna que en control RX con RM el 9 de mayo de 2017 muestra completa resolución de estos hallazgos».*

- En página 1882 Informe de la Unidad de Pediatría del Hospital (...). *«Signos de pérdida de volumen parenquimatoso con discreta afectación de sustancia blanca y cambios secundarios. Los en cuerpo calloso y tronco. Discretos restos hemorrágicos antiguos. Estos hallazgos si bien podrían relacionarse con su antecedente de patología perinatal parecen escasos atendiendo a la información clínica. La presencia de un discreto pico de lactato no permitiría descartar enfermedad metabólica intercurrente».*

5. A la vista de las alegaciones de los interesados y las consideraciones que resultan de los informes citados, que pudieran ser contradictorias con el informe del SIP y del servicio de Obstetricia y Ginecología, resulta necesario para la clarificación de los hechos un informe complementario del SIP, previo informe del Ginecólogo y la matrona que asistieron al parto, que responda a las siguientes cuestiones con la amplitud necesaria que permita la debida comprensión de lo ocurrido:

1. Si la rotura de membranas con líquido teñido de meconio y la aparición de bradicardia del feto desde los primeros momentos de la inducción al parto (9:39 h) hubieran justificado la realización de una cesárea ¿Una vez aparecidos los primeros signos de bradicardia que probabilidad existía de que se volvieran a repetir?

2. Si hubo episodios de bradicardia en el feto que no cedieron a cambios posturales.

3. ¿Cuántos PH de calota fetal se realizaron durante el parto y por qué?

4. ¿Qué facultativo y qué matrona asistieron al parto? Experiencia profesional de ambos a la fecha del parto.

5. Si durante el parto hubo sufrimiento fetal por desaceleraciones tardías.

6. Diferencia entre desaceleraciones variables con compresión funicular y no hipóxicas y las hipóxicas. ¿Qué es lo que determina unas u otras?

7. Si resulta normal un PH de 7,26 cuando la parturienta tenía 5 cm de dilatación y si era previsible con el tiempo que quedaba de parto que el PH quedaría por debajo de la normalidad. ¿En ese momento hubiera sido posible practicar una cesárea?

8. ¿Qué resulta de la monitorización del feto entre las 11 de la noche y las 7 de la mañana?

9. ¿Qué se entiende por desaceleración prolongada?

10. ¿Cuántas desaceleraciones prolongadas se produjeron durante el parto y en particular después de las 11 de la noche?

11. ¿Cuánto tardaron en normalizarse?
12. ¿En qué consiste una amniodifusión?
13. Si la amniodifusión es adecuada con episodios de desaceleraciones prolongadas y el líquido meconial teñido.
14. ¿La duración del parto sobrepasó el tiempo máximo aceptable?
15. Si es cierto que la temperatura de la madre se fue elevando progresivamente entre las 21:00 horas y las 7 de la mañana.
16. ¿Hubo sufrimiento fetal? ¿Si lo hubo, causó hipoxia en el feto?
17. Si el parto se puede calificar de traumático y si se produjo parálisis braquial, hematomas y coágulos cerebrales en el recién nacido como consecuencia de las maniobras del parto.
18. ¿Cómo se explica que los informes que figuran en el expediente señalen que se produjo la compresión del plexo braquial por avulsión?
19. ¿Si el parto no se califica como traumático, cómo se explica que una madre y un feto sin ninguna patología conocida, con un desarrollo gestacional normal y controlado, dé a luz un bebé que en el momento del nacimiento tiene un test de Apgar 1 sobre 10?
20. Si las contracciones uterinas como posible causa de las lesiones del recién nacido serían compatibles con los hallazgos de la RX en la que se describe las siguientes lesiones sufridas por el recién nacido: A nivel del seno longitudinal superior, seno recto y senos transversos se aprecia un aumento de intensidad de señal compatible con sangre, existiendo también un pequeño coágulo a nivel de la cisterna magna. Se aprecia un aumento del espacio de los agujeros de conjunción entre C4-C5, C5-C6 y C6-C7 derechos, así como un descenso del hombro derecho, todos ellos compatibles con parálisis braquial derecha, y del nervio frénico derecho, por avulsión, no obstante, no pueden visualizarse dado la edad del paciente las raíces seccionadas como tal y puede ser simplemente edemas.

Formulado informe complementario por el SIP, se dará trámite de audiencia a los reclamantes y se formulará nueva Propuesta de Resolución que dé respuesta a todas las cuestiones planteadas, que se remitirá al Consejo Consultivo para su preceptivo dictamen.

CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución que desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por (...) y (...) no es conforme a Derecho, debiéndose retrotraer el procedimiento para solicitar informe complementario al SIP sobre las cuestiones indicadas en el punto 5 del fundamento V del presente Dictamen. Posteriormente se otorgará trámite de audiencia a los reclamantes en relación con el informe complementario y se formulará nueva Propuesta de Resolución, que dé respuesta a todas las cuestiones planteadas, remitiéndose a este Consejo para su preceptivo dictamen.