



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 8 3 / 2 0 2 1

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 14 de abril de 2021.

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. 109/2020 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 13 de junio de 2018 a instancias de (...), por los daños sufridos a su hijo como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida en dependencias del Servicio Canario de la Salud.

2. La interesada cuantifica la indemnización reclamada en una cantidad superior a los 6.000 euros, lo 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, 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 las Leyes 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público; la 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la 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. Fajardo Spínola.

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. 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).

5. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento 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.

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.

6. Este Consejo, de conformidad con lo dispuesto en el art. 53 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo de Canarias (Decreto 181/2005, de 26 de julio), acordó suspender el plazo de emisión del dictamen solicitado, así como requerir de la Administración que recabe y aporte:

1.- Informe del Jefe de la Sección de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Materno-infantil de Canarias, Dr. (...), para que, en relación con lo que se deduce del expediente que a las 22 horas del 15 de noviembre se produjo *«pérdida de foco»* de la señal del segundo gemelo, y que al inicio de los pujos y hasta las 3:19 se produjeron *«dificultades para registrar la señal RCTG»* del mismo [Informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP)], en el que se dé respuesta a las siguientes cuestiones:

1.1.- En su Informe en el procedimiento de responsabilidad a instancias de (...), de fecha 11 de diciembre de 2018, usted afirma que al iniciarse los pujos se produjo pérdida de la señal FCF del segundo gemelo, *«registrándose sólo por tramos de difícil interpretación intentando conseguir buena señal durante unos 25 minutos sin conseguirlo; debido a ello se realiza una ecografía y se objetiva bradicardia del segundo gemelo indicándose una cesárea urgente»*. ¿Podría concretar el momento en

que se inician los pujos? ¿Debe entenderse que según la información de la usted dispone el sistema de monitorización externo (Doppler) del segundo gemelo en ese periodo de 25 minutos no aportó señal o sólo discontinua y de mala calidad? ¿Se esperó, intentando durante 14 minutos conseguir buena señal, hasta que se solicitó ecógrafo de emergencia a las 3'17 (según Informes del expediente), se realizó ecografía (11 minutos después de solicitar el sistema alternativo de registro, y se pautó cesárea urgente?

1.2.- Cree usted que la pérdida de foco de las 22 en el sistema de monitorización externo, *«por desplazamiento del captor de la FCF»* (informe SIP), pudo obedecer a las mismas causas que la que se produjo a partir de las 3'03?

1.3.- El Dr. (...), Catedrático de Obstetricia y Ginecología de la ULPGC, en su informe de 9 de julio de 2019, afirma que el sistema Doppler aplicado al segundo gemelo aporta una señal *«de menor calidad que la obtenida mediante electrocardiografía directa»* (con la que se hizo al seguimiento al primer feto), y usted en su Informe confirma esta valoración al señalar que durante veinte y cinco minutos se buscó -sin obtenerla- buena señal. ¿Qué influencia tuvo el defectuoso seguimiento de la FCF del segundo gemelo en una respuesta temprana a la emergencia?

1.4.- ¿Por qué se aplicó al segundo gemelo un sistema de registro cardiotocográfico (Doppler) distinto al del primer feto (monitorización interna con electrodo fetal directo)?

1.5.- Usted indica en su Informe que como consecuencia del mal funcionamiento del sistema Doppler se produjo *«un retraso en la indicación de la cesárea»*. En ese momento crítico se solicitó la sustitución del sistema Doppler, con el que venía haciéndose el seguimiento cardiotocográfico del segundo gemelo, por un ecógrafo de urgencia. ¿Supuso aquella decisión comprobar o sospechar de la existencia de una avería en el sistema Doppler, o reconocer una deficiencia propia del mismo como medio de peor calidad para efectuar tal seguimiento?

1.6.- ¿Por qué se esperó 14 minutos (hasta las 3:17 horas) para solicitar el ecógrafo de urgencia? ¿Se encuentra ubicado este sistema alternativo de emergencia en el propio paritorio? ¿Por qué se tardó 11 minutos más, después de solicitar el ecógrafo, para detectar la bradicardia?

1.7.- ¿Pudo tener el retraso que usted advierte consecuencias para el bienestar fetal del segundo gemelo? ¿Pueden imputarse las lesiones que al nacimiento tuvo este niño a la lentitud de respuesta ante la pérdida de señal?

2.- Informe del Dr. (...), Catedrático de Obstetricia y Ginecología de la ULPGC, que responda a las siguientes cuestiones:

2.1.- Usted afirma en su Informe de 9 de julio de 2019 que el sistema de seguimiento cardiotocográfico que se aplicó al segundo gemelo (sistema Doppler) aporta una señal de menor calidad que la obtenida mediante electrocardiografía directa. ¿Puede esta diferencia en las condiciones técnicas respecto al sistema de monitorización interna aplicado al primer gemelo tener incidencia en la rapidez de respuesta a una crisis como la que afectó al segundo?

2.2.- Usted afirma en aquel informe que la presencia de desaceleraciones variables en la FCF del segundo gemelo expresó un RCTG no tranquilizador, lo que según la Guía de Práctica aplicable lleva a clasificar tal Registro como anormal y obliga a incrementar la vigilancia clínica. ¿esta vigilancia hubiera sido más precisa y efectiva con un sistema de monitorización interna como el aplicado al primer gemelo?

2.3.- A las 22 horas del 15 de noviembre se produce una pérdida de foco, «*por desplazamiento del captor de la FCF*» (informe SIP). ¿Podría atribuirse esta pérdida de foco a la mala calidad técnica del sistema Doppler empleado?

2.3.- Usted señaló que «ante la mala calidad del registro cardiotocográfico, al menos en los catorce minutos de las 3'03 a las 3'17, se requirió el ecógrafo de urgencias para visualizar la actividad cardíaca fetal». ¿Debió haberse optado por sustituir el Doppler por el ecógrafo de urgencias desde las 3:03 horas? ¿Pudo incluso haber resultado mejor aplicar desde este momento al segundo feto el sistema de monitorización interna usado con el primero?

Recibida la documentación remitida, nada impide que se emita un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada.

II

1. La sucesión de hechos por los que se reclama, según la interesada, es la siguiente:

Tuvo una gestación gemelar que se desarrolló con normalidad. Con fecha de 14 de noviembre de 2016, acude al Servicio de Urgencias del Hospital Materno Infantil

por pérdida del líquido amniótico ingresando en planta desde el 14 de noviembre hasta el 15 de noviembre, momento en el que se le traslada al paritorio por rotura de membrana y advertirse un registro cardiográfico descelerativo del 2.º gemelo.

Tras 17 horas de parto natural, los facultativos que la atienden deciden realizar una cesárea urgente por riesgo de pérdida del bienestar fetal del 2.º gemelo.

Alega que la práctica de la cesárea se acordó de forma tardía, cuando ya se había provocado la asfixia y daños cerebrales al 2.º gemelo que además había perdido la frecuencia cardíaca hasta en dos ocasiones durante un parto extremadamente prolongado. Nace sin latido, en apnea e hipotónico, necesitando intubación endotraqueal y adrenalina, estando, durante ocho minutos, en parada cardiorrespiratoria, tal y como se desprende del informe emitido por el Servicio de Neonatología del Hospital Materno Infantil figurando, al alta de ese servicio como diagnóstico: encefalopatía hipóxica isquémica.

Desde el momento de su nacimiento, presenta cuadros convulsivos, llanto inconsolable, irritación, así como rechazo parcial a la ingesta, siendo frecuentes los ingresos y salidas del Hospital por distintos padecimientos.

Tras una fuerte crisis convulsiva, el 24 de abril de 2017 fue ingresado en el Servicio de Neurología del Hospital Materno Infantil y, posteriormente, desde el 5 de mayo al 16 de junio de 2017 por crisis convulsiva, siendo diagnosticado de epilepsia parcial y generalizada. Parálisis cerebral infantil, microcefalia con polimicrogiria y leocomalacia secundarias a encefalopatía hipóxica isquémica severa, compromiso visual.

Actualmente, el menor presenta una discapacidad del 83%, en situación de gran dependencia, con grado III, revisable a partir del 17 de mayo de 2018.

Alega la existencia de un nexo causal entre el retraso en la práctica de la cesárea y los daños cerebrales actualmente padecidos por su hijo.

2. Por su parte, el SIP, a la luz de la documentación obrante en el expediente (informes médicos e historia clínica), relata la siguiente sucesión cronológica de los hechos:

- El 13 de octubre de 2010, desde el servicio de Ginecología del CAE (...), se recibe solicitud de interconsulta para la Unidad de Reproducción Asistida sobre la interesada, quien desea tener descendencia por dicha vía.

Tras realizarle exploración, Ecografía transvaginal, analítica serológica que resulta normal, inmune a la Rubéola, con útero y anejos normales, se realiza dicha interconsulta a Unidad de Reproducción Humana.

En la historia clínica de la paciente se valora el texto de su primera visita a la Unidad de Reproducción Asistida del CHUIMI, el 17 de noviembre de 2015.

AP: asmática en tratamiento, fumadora de 20 cigarrillos día, en tratamiento con antidepresivo suspendido hace 1 mes. Alergias no, antecedentes familiares sin interés.

La pareja de la reclamante presenta epilepsia en tto. habitual con Depakine, alérgica a la Penicilina.

Aporta del CAE analítica normal, ECO trasvaginal normal. Se solicita Histerosalpingografía. Si todo normal, petición de semen al banco del mismo.

El 30 de noviembre se solicita dicha petición y se realiza el 4 de diciembre de 2015. La HSG es normal.

El 11 de febrero de 2016 la señora firma consentimiento informado para inseminación artificial con semen de donante.

- El 8 de abril de 2016 acude gestante tras primer ciclo de inseminación artificial, y la Unidad de Medicina Fetal valora ya un embarazo en ese momento de 7 más 6 semanas.

El FUR (fecha de última regla) es el 12 de febrero de 2016, la ECO transvaginal demuestra gestación gemelar bicorial-biamniótica (dos placentas y dos bolsas amnióticas), resto normal, alta en la Unidad y control por Tocólogo.

El embarazo es controlado. Analíticas y serología sin problemáticas.

El 19 de abril acude a urgencias por dolor abdominal moderado sin alteración de constantes: dolor abdominal inespecíficos, con 9 semanas, no urgencia, exploración normal derivan a Tocólogo y matrona, el 29 de abril de 2016 vuelve a acudir por sangrado menor que regla, no urgente, exploración general y obstétrica dentro de lo normal. Desarrollo dentro de la normalidad.

El 6 de mayo de 2016, con 12 semanas por el FUR y primigesta de 33 años, acude a la primera visita obstétrica con motivo de control de gestación, como antecedentes generales presenta asma. Y fumadora de hasta 20 cigarrillos al día.

Se realiza exploración obstétrica externa y Ecografía, se observa gestación gemelar, activa, intrauterino, FCF presente en ambos fetos.

Se realiza cribado del primer trimestre, con screening de aneuploidias.

Se solicita Ecografía morfológica [la Ecografía morfológica, que se realiza en el segundo trimestre del embarazo, sirve para valorar la estructura del feto y su biometría (su forma y sus proporciones), para conocer si el bebé se está desarrollando con normalidad, así como para excluir malformaciones].

El control se realiza en el CAE por embarazo gemelar, y se le insiste en la importancia de la disminución del hábito tabáquico, y se pauta tratamiento médico profiláctico habitual.

El 9 de junio de 2016 con 16 semanas más 6 días, en nueva visita obstétrica, embarazo bien tolerado, continúa fumando, las exploraciones son normales.

El 8 de julio de 2016, con edad gestacional de 20-21 semanas se realiza Ecografía morfológica, de screening, en CHUIMI por el Servicio de Obstetricia y Ginecología, el resultado de la misma es que no se observan anomalías morfológicas fetales mayores, si bien no se pueden descartar las que no tienen expresión ecográfica o las que se presentan de forma avanzada en el tercer trimestre (...); el índice de pulsatilidad media de ambas arteras uterinas es normal para la edad gestacional (uno de los parámetros más utilizados en el análisis de las ondas del flujo vascular evaluando la relación entre el funcionamiento cardíaco y la resistencia periférica).

El 12 de julio de 2016, con 21 semanas más 4 días, la ECO morfológica no resulta alteraciones para ambos fetos, resto normal, biometría fetal corresponde para ambos fetos, no discordancia.

El 10 de agosto de 2016 con 25 semanas más 5 días sigue fumando, 10 cigarrillos por día, resto normal, se insiste en disminución hábito tabáquico y en la disminución de peso, se informa acudir a urgencias ante determinados hechos.

En la ECO el primer feto está en cefálica a la izquierda, segundo feto en transversa, biometría acorde, resto normal.

El 6 de octubre de 2016, 33 semanas y 6 días, control obstétrico, embarazo bien tolerado, continúa fumando, incluso aumentado el número de cigarrillos, insisten en los riesgos asociados y en la importancia del control adecuado.

ECO primer feto cefálica a la derecha, segundo feto en transversa, resto normal, visita del 21 de octubre de 2016, 36 semanas, resto igual, normal incluida Ecografía.

El 8 de noviembre de 2016, 38 semanas y 4 días, se valoran todos los parámetros de la gestación, normal incluida Ecografía, se cita para la semana 40 para ingreso.

Se coge cupo en agenda para maduración cervical. Todo normal. Se insiste en importancia de disminución del hábito tabáquico, y la importancia del control de peso.

Importante es que la señora gestante es fumadora y no abandona el hábito tabáquico durante el mismo, tampoco controla el peso por lo que refiere la historia Clínica.

Las intervenciones para promover el abandono del tabaco son las únicas medidas que se han demostrado eficaces en la reducción de la prematuridad, el bajo peso al nacer y la mortalidad perinatal, y estas intervenciones las realiza el equipo sanitario con la señora y reclamante, aunque siguió fumando.

- Acude el día 14 de noviembre de 2016 a las 23:01 horas, a Urgencias Ginecológicas del CHUIMI, por iniciativa propia, presencia de gestación múltiple, embarazo de alto riesgo, acude por pérdida de líquido amniótico, embarazo gemelar, en posición cefálica, frecuencia cardíaca fetal normal, ctes de la señora normales, presenta 39 semanas y 3 días. Tras la observación en el Servicio de Urgencias se produce diagnóstico de: rotura prematura de membranas en embarazo de más de 34 semanas. Hospitalización.

La paciente presenta como A.P.: asma en tratamiento diario, fumadora de 15-20 cigarrillos diarios, obesidad mórbida tipo III, sDr. depresivo. Gestación a través de técnicas de Reproducción Asistida. Primigesta de 32 años, con gestación gemelar, gestación de curso normal. No se asocia dinámica uterina, no sangrado vaginal, movimientos fetales presentes por dos. No está de parto. Fecha y hora de la rotura de bolsa: 14/11/2016 a las 21:45 horas. Horas de bolsa rota: 2. Test de Bishop de 0, quiere decir que hay cero dilatación del cuello.

Fluye por una vagina normal el líquido amniótico claro.

El 15 de noviembre de 2016 sigue en el Servicio de Urgencias del CHUIMI, a las 00:01 por expulsión de líquido amniótico y no asociado a dinámica uterina.

Presencia de gestación de 39 semanas más 4 días, gemelar, gestación de curso normal.

Las constantes normales (el test de Bishop es la valoración de las condiciones del cuello del útero. Hacia el final del embarazo el cuello del útero, bajo la acción hormonal, modifica sus características y se ablanda antes de iniciar la dilatación. El test de Bishop, también conocido como índice de Bishop, es una puntuación que valora el cuello uterino en el trabajo de parto y ayuda a predecir si será requerida inducción del parto. También se ha utilizado para evaluar las probabilidades de parto prematuro espontáneo).

Diagnostico para el ingreso: RPM (rotura prematura de bolsa, sin trabajo de parto, en embarazo a término). Se entiende por rotura prematura de membranas (RPM) la rotura de las membranas ovulares antes del inicio del parto, con la consiguiente salida de líquido amniótico. (La mayoría de las RPM son a término y el parto se desencadenará, incluso en condiciones cervicales desfavorables, de forma espontánea en las siguientes 24-48 horas (60%-95%). Tras su llegada vuelve a valorarse y se anota: altura uterina mayor que amenorrea, la exploración indica cervix posterior, borrado 40%, 1cm, consistencia media. Test de Bishop que avanza a 3, diagnóstico al ingreso: parto a término, gestación gemelar, con bolsa rota, sin dinámica uterina. Eco abdominal: 1 feto cefálica derecha y segundo feto oblicua izquierda, ambos con FCF presente. No existe contraindicación para el parto vaginal. Un test de Bishop igual o menor de 6 se considera un cérvix desfavorable y es, por tanto, indicación de maduración cervical previa a la inducción del parto.

Plan diagnóstico terapéutico: *«ingreso en planta, el 15 de noviembre de 2016, las 00:19 horas, motivo de ingreso urgente por rotura prematura espontánea de membranas, no asociado a dinámica uterina, gestación desarrollada normalmente, solicitan analítica de ingreso y pasa a expectantes. A las 02:28 el servicio de enfermería escribe en historial: turno nocturno, ingresa gestante gemelar de 39 más 4 por RPM en actitud diferida hasta las 15 horas del día 15. Hemodinámicamente estable. Ctes normales registradas».*

«Avisar si aumenta dinámica, o cambios en el líquido amniótico, o sangrado igual o mayor que regla, o disminución de movimientos fetales, si no incidencias bajar a las 18/24 horas para nueva valoración».

Notificación en historia clínica médica del 15 de noviembre de 2016 a las 02:41 del Servicio de Ginecología y Obstetricia del CHUIMI en historial: «primer gemelo reactivo no desacelerativo, segundo gemelo con una desaceleración leve aislada tras lo cual se objetiva RCTG (registro cardiotocográfico) reactivo, no desacelerativo, dinámica uterina irregular. Se avisa. Sin más problemas.

- A las 11 horas baja a monitores para test basal o TNE ventana, ctes normales registradas, o sea registro para observar el estado de bienestar o no del feto, que resultó normal, primer gemelo reactivo, segundo no reactivo con dos desaceleraciones variables, a la exploración presenta condiciones favorables (test de Bishop de 7) por lo que se indica la inducción al parto.

El 15 de noviembre a las 11:08, tras aproximadamente 24 horas de diagnóstico hospitalario de la rotura prematura de membranas, el médico obstetra escribe en historial clínico *«me avisa la matrona para valorar Registro Cardiotocográfico. Refiere movimientos fetales positivos, útero mayor que amenorrea, cérvix 1-2 cm, borrado 80% consistencia media, blando, posición media, segundo gemelo no reactivo con desaceleración de menos del 50% de las contracciones, que revierte, con dinámica uterina irregular, “pasar a paritorio para inducción directa por buenas condiciones y registro no reactivo, pauto antibioterapia”»*.

Pasa a paritorio, en historia clínica a las 11:13 horas aproximadamente del día 15 de noviembre de 2016, se refiere: *«pasa a paritorio primigesta de 32 años (...) gestación gemelar (...) de curso normal pasa a paritorio tras RPM por RCTG desacelerativo del segundo gemelo (que revierte) (...) plan monitorización fetal y de dinámica, analgesia si solicita la paciente, antibioterapia, sueroterapia, Oxitocina según protocolo, alumbramiento dirigido y profilaxis de atonía uterina»*.

El objetivo principal de la vigilancia fetal intraparto es detectar los fetos en situación de riesgo de hipoxia y realizar acciones que mejoren el resultado perinatal y disminuir así, la tasa de morbimortalidad fetal. En el control del bienestar fetal durante el parto se deben analizar de forma conjunta la frecuencia cardíaca fetal (FCF) y la dinámica uterina (DU) y valorar las relaciones que entre ellas se establecen. Inicia inducción a las 11:15 horas.

A las 11:21 horas monitorización interna del primer feto. El segundo feto con monitorización FCF externa.

A las 13 horas: DLI (decúbito lateral izquierdo), a las 13:26 horas la paciente refiere alergia al látex y que nunca informo al personal sanitario.

Sobre las 14 horas firma y lee consentimiento informado para epidural.

A las 14 horas 39 minutos avisan a Tocólogo por registro de RCTG desacelerativo, acuden y valoran, administran Efedrina.

A las 14:40 fin de la analgesia epidural, se coloca en Trendelemburg, monitorización de TA cada 5 minutos, cambios posturales.

A las 14:53 horas acude de nuevo el Tocólogo para valorar descenso de la FCF basal comprobando la misma en el contexto de administración de analgesia epidural, logrando RCTG tranquilizador, se recupera tras administración de Efedrina y cambios posturales.

A las 16 horas 14 minutos avisan por RCTG desacelerativo nuevo tras realización de cambio postural, tras colocar a la paciente en DLI, ya *«tras nuestra llegada recuperada la FCF»*.

A las 16:51 horas avisan por registro desacelerativo, acuden médico que baja dosis de Oxitocina. A las 17 horas 20 minutos aumento de dolor se administra bolo de analgesia epidural.

A las 17:57 horas no mejoría tras bolo de analgesia epidural. A las 17:59 llaman el Tocólogo, manda disminuir Oxitocina.

En estos momentos se requiere más analgesia para dolor por aumento de este.

El médico disminuye dosis de Oxitocina anota en historia clínica a las 17:59 horas por tendencia a polisistolia (aumento del número de contracciones en 10 minutos), siguen avisos de registros desacelerativos tras bolo de analgesia epidural coincidiendo además con episodio de polisistolia, se disminuye la perfusión de Oxitocina y se administran ISOHES, con normalización de la FCF.

A las 19 horas 24 minutos la gestante refiere nuevo aumento del dolor, acude la anestésista que pauta bolo de anestesia.

A las 21 horas escribe en historial clínico *«señora en DLI, RCTG en primer gemelo reactivo y con buena variabilidad, segundo gemelo poca variabilidad en este momento»*.

A las 21:15 horas del día 15, se para la Oxitocina por orden médica, sigue controlándose a la paciente, la dilatación completa se alcanza a las 23:45 horas. Siguen 3 horas y 45 minutos de periodo expulsivo pasivo.

A las 1:35 horas del día 16 de noviembre se avisa al médico por temperatura de 37,8 y 38 grados, se indica extraer Hemograma y tomar TA.

A la 1:50 horas del día 16 de noviembre se avisa por dos picos febriles de 38 grados asociado a taquicardia materna y leucocitosis, por lo que se diagnostica de Corioamnionitis, plan de tratamiento antibiótico y paracetamol. Se inician pujos

tras el periodo expulsivo y tras 30 minutos de estos indican cesárea por pérdida de bienestar fetal del segundo gemelo (RPBF).

Ocurre que a las 03 horas del día 16 de noviembre de 2016 reinicio de la Oxitocina, a las 03:11 horas dificultad para registrar FCF del segundo gemelo, se aumenta la Oxitocina.

A las 3:19 horas dificultad para registrar la FCF del segundo gemelo, se trae Ecógrafo, pérdida de polo fetal, que indica sufrimiento fetal, cesárea urgente, y se comprueba acidosis en sangre del cordón umbilical.

- Historia del parto: el tipo de inicio es inducido. Existencia de maduración cervical con rotura prematura de membrana, monitorización interna, dinámica instaurada, en decúbito, analgesia epidural, se indica cesárea por RPBF, asiste parto el obstetra, un neonatólogo, matrona, enfermera, complicaciones intraparto corioamnionitis (...).

Se avisa quirófano, anestesista presente.

A las 3:35 inicio de cirugía, extracción primer gemelo a las 3:37, extracción el segundo gemelo a las 3:40.

Hora 03:37 horas nacimiento del primer hijo, Apgar al primer minuto de 9, y las 5 minutos también 9

El recién nacido 2, fecha del parto a las 03:40 horas, por cesárea, por riesgo de pérdida de bienestar fetal, Apgar al primer minuto de 0, Apgar a los 5 minutos de 4.

Tras nacer con clara depresión cardiorespiratoria se realiza reanimación cardiopulmonar del segundo gemelo, se intuba, y pasa a UCI finalmente.

Resumen: Dilatación y parto: tipo de inicio es inducido y dura dilatación 12 horas.

Duración del periodo expulsivo: sin pujo 180 minutos, con pujo 35, analgesia utilizada epidural, tipo de parto por cesárea, fecha del parto 16 de noviembre de 2016.

Patología gestacional: corioamnionitis y embarazo múltiple.

Diagnóstico principal: gestación de 39,4 semanas. Rotura prematura de membranas a término, gestación gemelar bicorial y biamniótica, corioamnionitis. Cesárea, riesgo de pérdida de bienestar fetal.

A las 05:09 horas, tras la cesárea, llega la paciente a reanimación, tras comprobación estado general sube a planta, evolución señora normal.

Al finalizar la intervención salen los sanitarios en busca de los familiares para dar información no encontrándose los mismos en ese momento. Se avisa a los sanitarios de reanimación que es el lugar donde pasan a la paciente tras la cesárea para que los familiares acudan a recibir información pero no aparecen.

(...)

El Informe incluye a continuación un amplio desarrollo de consideraciones médicas, que explican aspectos relativos a la fase de embarazo, al proceso del parto y a las condiciones en que nació el segundo gemelo. A continuación incorpora las siguientes conclusiones:

1.- En un embarazo gemelar lo fundamental y primario para que este llegue a buen término es el control adecuado desde que se confirma el mismo.

Dicho control en el caso de la interesada se realiza exhaustivamente según las indicaciones protocolarias del mismo.

Se realizaron controles ecográficos aconsejados en distintas semanas del curso de la gestación, y comprobado en la historia clínica, se efectuó el descarte de aneuploidias, se realizó la Ecografía morfológica sin hallar defectos en la misma en ambos fetos, valoró la existencia de embarazo biamniótico- bicorial (dos bolsas amnióticas y dos placentas), que es el que mejor pronóstico tiene entre las variedades que pueden encontrarse en un gemelar. Control de las medidas de crecimiento fetal y de peso de ambos gemelos, siendo correctas para su edad gestacional en cada momento ecográfico, hasta el final de gestación.

Todas las ecografías se realizaron en el momento protocolizado para cada una de ellas.

Fue un embarazo sin complicaciones. Finalmente se cita para la semana 40 para ingreso dado que es embarazo de riesgo, por gemelar. Los factores que hemos estudiado la doble corionicidad y el ser biamniótico además del correcto peso y crecimiento de los fetos son básicos, además de la posición de los fetos en el útero, pues bien estos datos llevan todos a un curso de parto normal si no surgen complicaciones.

En este caso si está indicado el parto vaginal, o dicho de otra forma no está contraindicado.

Se observa un buen control del embarazo, embarazo no complicado.

La señora tenía cita en la semana 40 para maduración cervical, o sea conocía durante el embarazo que no se le iba a realizar cesárea de no complicarse el mismo. Se podría haber quejado o disentir pero ello no consta.

2.- La gestante presenta salida de líquido amniótico a las 21:45 horas del día 14 de noviembre de 2016, con 39 semanas y tres días.

Ese mismo día, y dos horas más tarde en el Servicio de Urgencias del CHUIMI, se diagnostica ya la rotura prematura de bolsa sin dinámica uterina, movimientos fetales existentes por dos, no sangrado vaginal, gestación de curso normal.

Se realiza exploración y test de Bishop 0 que quiere decir que el cuello uterino no ha iniciado dilatación.

Ello es causa de ingreso hospitalario: por embarazo a término, sin trabajo de parto y rotura prematura de membranas (RPM), porque no ha iniciado contracciones ni dilatación.

Se realiza Ecografía abdominal en el que se muestran fetos normales, uno en cefálica y el segundo en oblicua, y ambos con frecuencia cardíaca fetal presente. Se comprueba por tanto ecográficamente que la posición de los fetos en el útero no contraindica el parto vaginal.

Un test de Bishop igual o menor de 6 se considera un cérvix desfavorable y es, por tanto indicación de esperar la maduración cervical previa a la inducción del parto.

Por tanto, primero se realizará maduración cervical y después inducción al parto. En estos momentos del diagnóstico es lo indicado.

Ingresa en planta a las 00:19 horas del día 15 de noviembre de 2016, se espera evolución normal, la espera será en principio hasta las 15 horas del día 15. Las constantes registradas son normales, tanto maternas como fetales, igual anotan a las 02:28 y hemodinámicamente estable. O sea monitorización continua. Los registros del PH son normales, o sea no había datos de hipoxia.

A las 02:41 horas el registro cardiotocográfico muestra una desaceleración breve, o sea una disminución de la frecuencia cardíaca fetal sin consecuencias, que se recupera normalmente, sigue registros con normalidad hasta el 15 de noviembre a las

11 horas en el que el médico obstetra es avisado por la matrona para valorar desaceleración en menos del 50% de las contracciones con dinámica uterina irregular, son desaceleraciones intermitentes, pauta antibioterapia y pasa a paritorio para inducción directa por buenas condiciones y registro no reactivo. Se la pauta tratamiento para alumbramiento dirigido y profilaxis de atonía uterina.

Hay datos insuficientes para apoyar la práctica de interrupción electiva-cesárea de la 37 semana en adelante en un embarazo gemelar sin complicaciones. Por tanto no se hizo nada fuera de lo que se podía realizar, científicamente comprobado. Se realiza inducción al parto porque no estaba contraindicado, no hay evidencia de que ello aumente, además, la tasa de cesáreas.

Tras ello hubo algunos registros desacelerativos fetales que se recuperaron, como consecuencia de la posición de la gestante o bien de los tratamientos efectuados, como la epidural practicada, con cuadros secundarios a la hipotensión materna.

El segundo gemelo es el que sufría bradicardias, que como bien informa el Jefe de Sección de Obstetricia y Ginecología, fueron interpretadas como respuesta a la hipotensión materna.

Estas desaceleraciones ocurren con recuperación de las mismas para normalizarse, tanto espontáneamente o después de ser tratadas médicamente o con cambios de posicionamiento materno.

Tengamos en cuenta que la monitorización y el control es continuo y vigilado estrechamente, en cada momento se llama al médico para que evaluara y revirtiera el caso existente y así se hizo, no prolongándose ni afectando a la oxigenación del feto hasta el final fuera de los parámetros exigidos, en los 30 últimos minutos del periodo expulsivo, en los pujos.

3.- La inducción al parto comienza a las 11 y cuarto del día 15 de noviembre del 2016.

La dilatación completa se alcanza a las 23:45 horas del día 15.

Siguen 3 horas y 45 minutos de expulsivo pasivo, al final de los cuales se inician pujos durante 30 minutos, tras los cuales se indica cesárea por pérdida de bienestar fetal (PBF).

Cuando comprobaron este hecho realizaron la cesárea urgente, de igual forma lo hubiesen hecho antes, si así lo hubiese requerido el momento diagnóstico.

Ocurre a las 03 horas del día 16 de noviembre dificultad para encontrar la FCF, se realiza Ecografía que valora pérdida de polo fetal, no capta latido.

Se realiza cesárea urgente, el primer feto sale bien, el segundo no y hay que practicarle maniobras de reanimación y a resulta de la hipoxia sufrida presentará una encefalopatía hipoxémica.

El primer feto nace a las 03:35 horas del día 16/11/2016, el segundo gemelo a las 03:40 horas del día 16, el primer feto nace bien, estable, pero no el segundo con Apgar de 0, se realiza reanimación, tras lo cual sobrevive pero con una encefalopatía hipoxémica secundaria a la hipoxia que será tratada por equipo multidisciplinar del CHUIMI, así como los problemas de salud sufridos durante el ingreso hospitalario.

4.- La paciente ya estaba siendo tratada con antibioterapia al producirse la inducción al parto, en contra de lo expresado en la reclamación efectuada.

A su vez diagnostican corioamnionitis, en el periodo expulsivo del parto, fiebre de 38 grados centígrados y leucocitosis en analítica urgente realizada a las 1:50 horas del día 16 de noviembre, más taquicardia materna. Se trata con antibióticos en este momento, en el parto. No hubo clínica anterior a ello.

Decir como ya referíamos previamente en el apartado consideraciones: *«la existencia de corioamnionitis apoya aún más el que el parto se intentara realizar vía vaginal, que es lo que está indicado en estos casos, en este tipo de infecciones, no la cesárea».*

Igualmente recordar que hasta el 80% de las corioamnionitis son subclínicas, apareciendo muchas veces la clínica tras el parto.

En esta infección la cesárea estará indicada solo en caso de necesidad, pautado por obstetra, como ocurrió en el caso que analizamos.

También creemos, dados los datos clínicos y la bibliografía médica, que la infección surgida poco antes de la aparición de la pérdida de bienestar fetal en el segundo gemelo fue un desencadenante fatal para el mismo.

Así se comprueba que incluso en el periodo expulsivo del parto estaba indicado el parto vaginal dado la infección sufrida, indicado a no ser como en este caso que se sufra un problema como el que surgió, la pérdida de bienestar fetal y se obró en consecuencia, se realizó cesárea urgente.

La situación que se crea con la infección podía haber sido más grave con peligro de infección importante para la madre tras parto, ello no fue así dada las medidas previas, y la oportuna elección del antibiótico adecuado intraparto.

3. Iniciado el procedimiento, son admitidas las pruebas propuestas por las partes. La interesada presenta informe pericial que concluye con la existencia de nexo causal entre la actuación sanitaria durante el parto y las lesiones padecidas por el hijo de la reclamante, toda vez que no se siguieron las recomendaciones y protocolos de las Sociedades Científicas o se llevaron a situaciones in extremis, lesiones que pudieron evitarse mediante la finalización del parto, mediante Cesárea urgente, en cuanto aparecieron los signos de pérdida de bienestar fetal.

4. Tras solicitar nuevo informe al Servicio al que se le imputa el supuesto daño, el SIP entiende:

«El embarazo es de riesgo por ser gemelar, el sobrepeso u obesidad y tabaquismo de la madre. Como tal, recibe los cuidados pertinentes. El desarrollo del embarazo transcurre normalmente. El control prenatal ha demostrado disminuir el riesgo fetal, para lograr un diagnóstico y manejo adecuado de los embarazos gemelares y sus complicaciones. Este fue adecuado según se comprueba en el historial clínico y transcurrió sin complicaciones, teniendo un curso normal.

La señora gestante presenta rotura prematura de membranas en embarazo a término, no es prematuro el parto, tiene 39 semanas. Lo que ocurre es rotura prematura de membranas porque hay salida de líquido amniótico sin trabajo de parto.

Estaba prevista cita para la para la semana 40 para ingreso, antes de la fecha probable de parto. Por tanto estaba previsto el parto y el control del mismo, con ingreso hospitalario previo.

Rompe bolsa en la semana 39, sin dinámica uterina, ingreso hospital, control frecuencia cardíaca fetal, normal, dilatación cervical controlada.

Cuando alcanza dilatación completa pasa a paritorio, no hay sufrimiento fetal y comienza periodo expulsivo.

Al observar sufrimiento fetal del segundo gemelo efectúan cesárea.

La conclusión final al que llega el informe pericial es lo que se lleva a efecto por el equipo médico que asiste a la señora reclamante.

El embarazo de alto riesgo estaba diagnosticado y como tal fue controlado. También es cierto que la gestación transcurrió normalmente, sin complicaciones.

No está contraindicado el parto vaginal. Se vuelve a insistir en ello y volvemos a referir nuestras consideraciones: Indicaciones absolutas de parto por cesárea son el embarazo mono amniótico, independiente de la corionicidad, la presentación no cefálica del primer gemelar. La primera causa de indicación de cesárea en gemelos es la distocia de presentación (47%). Existe consenso, en el caso particular de los gemelos monoamnióticos y gemelos unidos o siameses, en que la interrupción debe ser por cesárea. No es el caso de la paciente.

Y aquellas situaciones que contraindiquen un parto vaginal: las más frecuentes en nuestro entorno son: 2 o más cesáreas anteriores, cesárea anterior no segmentada, cesárea anterior con incisión en T invertida, miomectomía previa con entrada a la cavidad uterina, antecedente de rotura uterina, situación transversa de feto único, placenta previa oclusiva, vasa previa, insuficiencia placentaria severa y herpes genital activo, no es el caso de la paciente.

La cesárea es una intervención médico-quirúrgica que se realiza de forma electiva o de emergencia para la prevención/tratamiento de complicaciones maternas o fetales. Es una intervención de cirugía mayor con una tasa de morbimortalidad materna y fetal mayor que la de un parto normal. así como de secuelas para la madre y la criatura recién nacida.

No hay pautas específicas, absolutas, sobre la inducción del parto en gestaciones múltiples, fuera de estas obligaciones antes referidas y siempre según el seguimiento o curso del mismo valorado por el obstetra (s) interviniente.

Mas o menos el 50% de los partos gemelares termina en cesárea el otro 50% en partos vaginales.

Ello es decisión final del obstetra quien (y cuando no sea obligada la cesárea de entrada) tendrá en cuenta los factores de la madre y el feto. apoyándose en protocolos y el transcurso del parto, del intraparto.

El parto vaginal en gemelos es un parto con monitorización continua, y con acceso inmediato a operación cesárea si así se indicara. Así se realiza en la señora gestante y reclamante.

2.- En el caso de la Corioamnionitis: A las 1:35 horas del día 16 de noviembre se avisa al médico por temperatura de 37,8 y 38 grados, Éste el momento de sospecha de la misma, se indica extraer Hemograma y tomar TA.

A la 1:50 horas del día 16 de noviembre se avisa por dos picos febriles de 38 grados asociado a taquicardia materna y leucocitosis, leucocitosis detectada en la analítica realizada, y otro dato diagnostico la taquicardia materna, por lo que se diagnostica de Corioamnionitis, tratamiento antibioterápico y paracetamol.

Es una infección que se debe sospechar en toda embarazada que presente fiebre axilar de más de 38 grados centígrados, sin foco aparente. La leucocitosis materna de más de 12000 leucos tiene una especificidad de 67%. y el valor predictivo positivo del 82% para esta

infección. A su vez se añade al diagnóstico la taquicardia materna. Estas son las variables a tener en cuenta, hay otras pruebas pero de duración diagnóstica mucho más larga. Tras el diagnóstico de la Corioamnionitis se trata esta y tras controles cardiotocográficos que se estaban realizando, necesariamente había que realizar control de la FCF, se realiza la cesárea. No hay respuesta expectante. Existe respuesta activa a lo que acontece en el parto.

El consenso actual es si se produce intraparto dar los antibióticos intraparto. Ello se efectúa adecuadamente y posteriormente se comprueba el tratamiento pautado fue correcto.

3.- Tras su llegada a las 23 horas del día 14 de noviembre de 2016 al servicio de urgencias hospitalario, con 39 semanas y embarazo gemelar, la señora ingresa el día 15 de madrugada en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del HUMIC por rotura prematura de membranas. Realizan las pruebas necesarias para corroborar el buen estado materno-fetal, la no existencia de dinámica uterina. Lo correspondiente es observación activa. El test de Bishop indica a su llegada un valor de 0 en su ingreso avanza a 3. Un test de Bishop menor de 6 indica no contraindicación para el parto vaginal; si de maduración cervical para luego inducir al parto. Se realiza valoración del registro Cardiotocográfico durante el periodo.

Se inicia la inducción al parto a las 11:15 horas en paritorio, y se alcanza la dilatación completa a las 23:45 horas del día 16 de noviembre, iniciándose entonces el periodo expulsivo. La señora está en paritorio, controlada.

Ante un patrón de FCF «no tranquilizador», en este periodo, la conducta inmediata incluye el inicio o mantenimiento de la motorización electrónica continua y la identificación y tratamiento de causas reversibles. La clave es la recuperación de la FCF tras el tratamiento que se realiza, y ello se realiza y se recupera la misma.

Tengamos en cuenta que la monitorización y el control es continuo y vigilado estrechamente, en cada momento se llama al médico para que evaluara y revirtiera el caso existente y así se hizo, no prolongándose ni afectando a la oxigenación del feto hasta el final fuera de los parámetros exigidos, en los 30 últimos minutos del periodo expulsivo, en los pujos.

El RCTG, ya en el periodo expulsivo, revalida la existencia de dos frecuencias cardíacas fetales. La del primer feto registro normal. El RCTG del segundo gemelo se realiza por monitorización externa con Doppler, este registro se considera adecuado hasta las 03:11, cuando se observa dificultad para registro de la frecuencia cardíaca del segundo gemelo, se trae Ecógrafo y se comprueba bradicardia fetal, indicación de cesárea urgente por pérdida de calidad fetal. La extracción fetal llegados a este punto fue rápida, pero no se pudo evitar lo que ocurrió posteriormente al segundo feto aun poniendo todos los medios para ello».

5. En el trámite de audiencia, la interesada reitera la relación de causalidad entre la asistencia recibida por su hijo y las lesiones sufridas ya que, en concreto, se dieron hasta 12 ocasiones un RCTG desacelerativo del segundo gemelo, sin que se decidiera realizar la cesárea hasta que se detectó la falta de latido, cuando ya había sufrido las lesiones por las que reclama, lo que supone una pérdida de oportunidad.

6. Ante esas alegaciones, se solicita al Servicio implicado que conteste a las siguientes cuestiones:

a) En relación con las desaceleraciones del segundo gemelo durante el periodo de dilatación:

Las desaceleraciones variables que se observan durante el periodo de dilatación son ocasionales, con menos del 50% de las contracciones, son propias de un registro cardiotocográfico no tranquilizador, pero no patológico, por lo que obligaba a la continuación del registro continuo de la frecuencia cardíaca fetal, tal como se realizó; dichas desaceleraciones no llenen relación con el estado del niño al nacimiento.

b) En relación con la pérdida de foco del segundo gemelo a las 22:00 horas del 15 de noviembre de 2016.

La pérdida de foco tuvo una duración máxima de tres minutos, transcurrido los cuales se registró nuevamente la señal cardíaca del segundo gemelo, siguiendo el registro cardiotocográfico con las mismas características que las previas a la pérdida de foco. La pérdida de foco se produce por el desplazamiento del captor de la FCF; no traduce ninguna alteración de la función cardíaca fetal.

c) ¿Como se comprobó el bienestar del segundo gemelo entre las 3:03 y las 3:19 horas del 16 de noviembre de 2016?

Se controló mediante registro cardiotocográfico, que mostraba las características descritas en el punto 2 del anterior Informe.

7. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación formulada por la interesada, en solicitud de indemnización por la asistencia sanitaria que le fue prestada, al no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

8. Recabados determinados informes, a requerimiento de este Consejo Consultivo y en los términos reseñados en el Fundamento 1.6, a continuación se transcribe el contenido de los mismos:

8.1. Informe que realiza el Dr. (...), Jefe de Sección de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias:

1.1.- Los pujos se inician sobre las 3:04 horas del 16-11-2016. La monitorización externa (Doppler) del segundo gemelo, durante aproximadamente 14 minutos de iniciados los pujos, presenta un registro de la frecuencia cardíaca fetal (RCTG) donde se objetivan desaceleraciones variables con posterior recuperación de la línea de base con tramos de pérdida de la señal. Los tramos de pérdida de señal de la frecuencia cardíaca fetal del segundo gemelo durante el periodo de expulsivo son ocasionados por el desplazamiento del captor externo coincidente con los pujos maternos. Tras los primeros 14 minutos de pujos se produce una pérdida de la señal de mayor duración lo que no permite una buena valoración del bienestar del segundo gemelo requiriendo para la valoración de dicha FCF de un ecógrafo. No se esperó catorce minutos intentando conseguir buena señal de la FCF para solicitar el ecógrafo, fue tras esos catorce minutos cuando la valoración de la FCF se hace confusa y es a partir de ese momento cuando se solicita el ecógrafo para la mejor valoración.

1.2.- Sí. Las pérdidas de foco que se objetivan a las 22 y los primeros catorce minutos a partir de las 3:03 pudieron obedecer a desplazamientos del captor o, incluso, a movimientos fetales.

1.3.- Una vez iniciado los pujos del expulsivo, el RCTG del segundo gemelo presenta pérdidas de focos parciales con tramos donde se visualiza de forma adecuada. El seguimiento se pudo realizar durante los primeros catorce minutos, siendo a partir de ahí cuando la valoración no se consigue realizar de forma adecuada.

1.4.- La monitorización de la frecuencia cardíaca fetal del segundo gemelo solo se puede realizar mediante captor externo, para la monitorización interna mediante electrodo fetal directo se requiere de cierto grado de dilatación, bolsa rota y presentación cefálica, en ningún caso puede realizarse en el segundo gemelo.

1.5.- El ecógrafo para la comprobación de la FCF no se solicitó por la existencia de una avería en el sistema Doppler sino por una pérdida de la señal que se interpreta como deficiencia del propio sistema.

1.6.- No se esperó catorce minutos para solicitar el ecógrafo, se solicitó cuando se presentó la pérdida de la señal de la FCF del segundo gemelo de forma mantenida.

El ecógrafo se encuentra en el área de paritorio. No se detectó la bradicardia a los once minutos de solicitar el ecógrafo, sino fue en ese momento cuando se indicó la cesárea.

1.7.- El tiempo en que no se registró la FCF del segundo gemelo pudo tener consecuencias para el mismo, pero no porque la respuesta haya sido lenta. Cuando se objetivó la bradicardia del segundo gemelo se indicó la cesárea.

2.- Informe del Dr. (...), Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias.

2.1.- Usted afirma en su Informe de 9 de julio de 2019 que el sistema de seguimiento cardiotocográfico que se aplicó al segundo gemelo (sistema Doppler) aporta una señal de menor calidad que la obtenida mediante electrocardiografía directa. ¿Puede esta diferencia en las condiciones técnicas respecto al sistema de monitorización interna aplicado al primer gemelo tener incidencia en la rapidez de respuesta a una crisis como la que afectó al segundo?

La diferencia en las condiciones técnicas de monitorización del segundo gemelo con respecto al primero no tiene ninguna incidencia en la rapidez de la respuesta asistencial en relación con lo acaecido al segundo gemelo; el método de monitorización no condiciona la rapidez de la respuesta, que depende, no del tipo de monitorización, sino de la normalidad o anormalidad de la frecuencia cardiaca fetal.

2.2.- Usted afirma en aquel informe que la presencia de desaceleraciones variables en la FCF del segundo gemelo expresó un RCTG no tranquilizador, lo que según la Guía de Práctica aplicable lleva a clasificar tal registro como anormal y obliga a incrementar la vigilancia clínica. ¿esta vigilancia hubiera sido más precisa y efectiva con un sistema de monitorización interna como el aplicado al primer gemelo?

El sistema de monitorización aplicado al primer gemelo se realiza mediante la colocación de un electrodo espiral en el cuero cabelludo del mismo, lo que se puede realizar por ser el primer gemelo y estar en presentación cefálica; es decir, con el polo cefálico situado en la dilatación cervical. Al segundo gemelo no se le puede monitorizar igual que al primero, ya que su polo cefálico no tiene ninguna relación con la dilatación cervical. El primer gemelo se encuentra en la parte inferior del útero; el segundo gemelo se encuentra en la parte superior del útero, por encima del primero. No es técnicamente posible la colocación de un electrodo fetal en el cuero cabelludo del segundo gemelo. En los partos de las gestaciones gemelares el primer

gemelo, siempre que la dilatación cervical lo permita, se monitoriza mediante la aplicación de un electrodo espiral en el cuero cabelludo; al segundo gemelo solo se le puede monitorizar la frecuencia cardíaca fetal mediante el sistema Doppler.

En función de lo explicado no se puede plantear la pregunta 2.2.

2.3.- A las 22:00 horas del 15 de noviembre se produce una pérdida de foco, «*por desplazamiento del captor de la FCF*» ¿Podría atribuirse esta pérdida de foco a la mala calidad técnica del sistema Doppler empleado?

El sistema Doppler empleado no era de mala calidad, era el habitualmente utilizado en los registros cardiotocográficos para el control de los fetos en trabajo de parto cuando no se puede realizar monitorización directa mediante electrodo espiral por estar la bolsa íntegra, la presentación no es cefálica o no existe suficiente dilatación. Para realizar el control de la frecuencia cardíaca fetal, se coloca un emisor/captor de ultrasonidos en el abdomen materno, sobre el corazón del feto que se intenta monitorizar. Los movimientos fetales pueden hacer que el emisor/captor de ultrasonidos deje de estar sobre el corazón fetal, perdiéndose calidad de señal. Ello obliga a continuas recolocaciones del captor; si el feto se mueve con una alta frecuencia, la calidad de la señal Doppler disminuye, sin que tenga relación con la calidad del captor que es estándar.

2.3.- Usted señaló que «ante la mala calidad del registro cardiotocográfico, al menos en los catorce minutos de las 03:03 a las 03:17, se requirió el ecógrafo de urgencias para visualizar la actividad cardíaca fetal». ¿Debió haberse optado por sustituir el Doppler por el ecógrafo de urgencias desde las 03:03 horas? ¿Pudo incluso haber resultado mejor aplicar desde este momento al segundo feto el sistema de monitorización interna usado con el primero?

Un ecógrafo es un aparato que se utiliza para un diagnóstico de imagen puntual; con él, se puede visualizar si un corazón tiene frecuencia cardíaca, con el mismo sistema Doppler de los cardiotocógrafos, pero no está diseñado para la realización de una monitorización continua. No es técnicamente posible. En la respuesta a la pregunta 2.2., se expresó que, igualmente, no es técnicamente posible monitorizar un segundo gemelo mediante la aplicación de un electrodo espiral; el segundo gemelo no es accesible por vía vaginal ya que está el primer gemelo por delante de él.

III

1. Como 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, más 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.

2. Este Consejo Consultivo ha manifestado de forma reiterada y constante en multitud de sus Dictámenes (por todos, el reciente Dictamen 154/2021, de 8 de abril) que según el art. 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común -norma no aplicable al presente caso, pero similar al art. 32.1 LRJSP-, 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. Conforme dispone el art. 77.1 LPACAP en concordancia con la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), 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 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).

Esta doctrina resulta ser plenamente aplicable al presente asunto.

3. La interesada basa su reclamación en el retraso en la práctica de la cesárea, lo que le produjo graves daños cerebrales a su hijo (encefalopatía hipóxico-isquémica).

En supuestos parecidos a este (ver Dictamen 340/2019), nuestro análisis se ha centrado en averiguar si ha existido un adecuado control del estado de la gestación de la paciente, pues de no haberlo daría lugar a entender reprobable el retraso en la práctica de la cesárea.

A la vista de la prolija documentación obrante en el expediente, a la reclamante se le atiende adecuadamente a lo largo del embarazo, que es de riesgo si bien transcurre con normalidad. En relación con la atención a la fase de parto, no se ha demostrado por la interesada que haya habido mala praxis.

En efecto: El 14 de noviembre de 2016, la reclamante, con una gestación de curso normal, acude a urgencias ginecológicas por pérdida de líquido amniótico en embarazo gemelar (39,3 semanas de gestación). No presenta dinámica uterina, no sangrado vaginal y movimientos fetales de ambos gemelos.

Es ingresada a las 00:19 h del día 15 de noviembre de 2016, y pasa a expectantes, siendo el diagnóstico rotura prematura de membranas (rotura prematura de bolsa, sin trabajo de parto, en embarazo a término). A la exploración fluye líquido amniótico claro. En eco abdominal, el 1.º feto se presenta en cefálica derecha y el 2.º en oblicua izquierda.

Según los informes, en este caso no estaba contraindicado el parto vaginal, ya que no se daban ninguna de los supuestos para parto por cesárea: 2 o más cesáreas anteriores, cesárea anterior no segmentaria, cesárea anterior con incisión en T invertida, miomectomía previa con entrada a la cavidad uterina, antecedente de rotura uterina, situación transversa de feto único, placenta previa oclusiva, vasa previa, insuficiencia placentaria severa y herpes genital activo.

La cesárea es una intervención médico-quirúrgica que se realiza de forma electiva o de emergencia para la prevención/tratamiento de complicaciones maternas o fetales. Es una intervención de cirugía mayor con una tasa de morbimortalidad materna y fetal mayor que la de un parto normal, así como de secuelas para la madre y la criatura recién nacida.

El 15 de noviembre de 2016, a las 11:13 h, la paciente pasa a paritorio tras RPM por RCTG desacelerativo del segundo gemelo. Desde el inicio de la inducción, se realiza monitorización electrónica continua de ambos gemelos, interna, con electrodo fetal directo en el primer gemelo (señal electrocardiográfica del corazón fetal) y externa, registro Doppler de la frecuencia cardiaca fetal, en el segundo gemelo. Es decir, están controlados tanto la madre como los dos fetos en todo momento.

La evolución del periodo de dilatación transcurre de forma favorable, alcanzando la dilatación completa a las 23:45 h. Tras 3 horas y 45 minutos de expulsivo pasivo, se

inician pujos y tras 30 minutos se indica cesárea por riesgo de pérdida de bienestar fetal del 2º gemelo.

Al inicio de la inducción, se administra tratamiento antibiótico profiláctico por rotura prematura de membranas mayor de 18 h. Tras la administración de analgesia, presenta la paciente varios episodios de hipotensión que ceden tras la administración rápida de suero terapia y/o efedrina.

Tras el diagnóstico de corioamnionitis de la madre se pauta tratamiento según protocolo.

El segundo gemelo presentó un RGTG no tranquilizador con bradicardias que coincidían con episodios maternos de hipotensión que ceden tras la recuperación de estas, disminución de la variabilidad y tramos de desaceleraciones tardías que se interpretaron como respuesta a la hipotensión materna. Cuando se inician los pujos, durante el expulsivo, hasta las 03:03 h la FCF del segundo gemelo es de una buena calidad técnica, se continua con una pérdida parcial de la señal cardíaca hasta las 03:17 h, en que se deja de registrar la FCF, motivo por el que se trae un ecógrafo y se detecta bradicardia fetal que motiva la indicación de cesárea por riesgo de pérdida de bienestar fetal.

En función de las características y utilizando la clasificación de la Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal, el registro cardiotocográfico del segundo gemelo durante el expulsivo y las actuaciones médicas fue no tranquilizador, lo que obligó a incrementar la vigilancia clínica del parto, tal y como queda reflejado en las numerosas notas de la historia clínica electrónica.

Respecto a las desaceleraciones sufridas por el segundo gemelo, informa el Servicio de Ginecología y Obstetricia que las desaceleraciones variables que se observan durante el periodo de dilatación son ocasionales, con menos del 50% de las contracciones, y si bien son no tranquilizadoras, no son patológicas, por lo que se obligaba a la continuación del registro continuo de la FCF, tal y como se realizó. Dichas desaceleraciones no tienen relación con el estado del niño al nacimiento. Es decir, precisamente porque el registro no era tranquilizador se intensifica la vigilancia.

Asimismo, según se constata en el historial de parto, dichas desaceleraciones se presentan tras la administración de analgesia a la paciente o al presentar ésta varios episodios de hipotensión que ceden (lográndose RGTG tranquilizador) tras la

administración de sueroterapia, efedrina, cambios posturales y reducción de oxitocina.

Desde las 03:03 h hasta las 03:17 h, la frecuencia cardíaca fetal del segundo gemelo muestra una sucesión de desaceleraciones variables atípicas que impiden determinar dónde se encuentra el valor de la línea de base. En función de estas características y con la misma guía de referencia señalada anteriormente, el RCTG debe ser clasificado como anormal. En función de este registro se deben extremar los cuidados y realizar la extracción fetal si no mejoran las características de la FCF. Ante la mala calidad del registro cardiotocográfico se requirió el ecógrafo de urgencias para visualizar la actividad cardíaca fetal. En este intervalo de tiempo se produce una pérdida de señal cardiotocográfica que se corresponde ecográficamente con una bradicardia fetal intensa, por lo que se indica cesárea urgente por riesgo de pérdida de bienestar fetal.

Según los informes obrantes en el expediente, no se esperó catorce minutos intentando conseguir buena señal de la FCF para solicitar el ecógrafo, fue tras esos catorce minutos cuando la valoración de la FCF se hace confusa y es a partir de ese momento cuando se solicita el ecógrafo para la mejor valoración. El ecógrafo de emergencia se encontraba en la proximidad del paritorio.

Las pérdidas de foco que se objetivan a las 22 y los primeros catorce minutos a partir de las 3:03 pudieron obedecer a desplazamientos del captor o, incluso, a movimientos fetales. Como ese gemelo está en una zona inaccesible por vía vaginal por estar el otro delante, no es técnicamente posible monitorizar un segundo gemelo mediante la aplicación de un electrodo espiral, sino a través de seguimiento externo (doppler), según la documentación remitida.

Los informes coinciden en que el ecógrafo para la comprobación de la FCF no se solicitó por la existencia de una avería en el sistema Doppler sino por una pérdida de la señal por desplazamiento del foco captor de la señal, debido a movimientos del feto. El ecógrafo de emergencia, que es un aparato que se utiliza para un diagnóstico de imagen puntual, no está diseñado para la realización de una monitorización continua.

Según esos mismos informes, el tiempo en que no se registró la FCF del segundo gemelo pudo tener consecuencias para el mismo, pero no porque la respuesta haya sido lenta. Cuando se objetivó la bradicardia del segundo gemelo se indicó la cesárea.

De los datos obrantes en el expediente puede inferirse que la atención médica dispensada durante el expulsivo a la interesada fue acorde a las circunstancias clínicas del caso. Así, en relación con dicho período expulsivo, cuando el RCTG del segundo gemelo mostró características de anormalidad y ante la mala calidad técnica de la señal, esto es, cuando no se pudo interpretar adecuadamente la FCF, se inició un proceso diagnóstico a pie de la paciente, con exploración clínica y ecográfica que terminó con indicación de cesárea a las 03:29 h, extrayéndose el primer feto a las 03:37 h y del segundo a las 03:40 h. Y tampoco cumple deducir otra cosa de la documentación aportada por la reclamante en relación con la atención sanitaria dispensada con anterioridad (desde que a la reclamante le fuera indicada la realización del parto por vía vaginal, durante su desarrollo desde su ingreso en urgencias a las 23:01 h del día 14 de noviembre de 2016 y posterior ingreso en paritorio a las 11:13 h del día 15 hasta alcanzar la dilatación completa a las 23:45 h de dicho día).

De lo anterior este Consejo entiende que no ha existido infracción de la *lex artis*, pues hubo un continuo control y vigilancia en todo momento del estadio de la gestación, sin que se aprecie una actuación tardía en la práctica de la cesárea, ni que los daños padecidos por el segundo gemelo fueran consecuencia de la asistencia prestada.

Esa adecuación a la *lex artis* de la asistencia sanitaria prestada y que resulta del expediente en el sentido expuesto, impide, según la jurisprudencia aludida anteriormente, el nacimiento 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 interesada, 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.