



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 4 1 8 / 2 0 2 1

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 13 de septiembre 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 (...) y (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 371/2021 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 2 de julio de 2021 (Registro de entrada en el Consejo Consultivo el 6 de julio de 2021), es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial contra el Servicio Canario de la Salud.

2. De la cuantía de la reclamación formulada 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 (...), ostentan 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 bebé (...) 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 (...) y a su bebé en momento del parto, de (...) y en particular del servicio de Ginecología y 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. Las principales actuaciones que constan en el procedimiento de responsabilidad patrimonial son las siguientes:

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 fórceps, 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.

1.10. El DCC 290/2020, de 13 de julio, de la Sección 1.ª del Consejo Consultivo, señala que 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 Dictamen, con posterior trámite de audiencia a los reclamantes en relación con el informe complementario y formulación de nueva Propuesta de Resolución, que dé respuesta a todas las cuestiones planteadas, remitiéndose al Consejo para su preceptivo dictamen.

Las cuestiones que debían ser objeto de informe complementario eran las siguientes:

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.

1.11. El 17 de julio de 2020 los interesados solicitan certificado del silencio administrativo producido.

1.12. El 17 de julio de 2020 se solicita por el Servicio de Normativa y Estudios informe complementario al SIP, previo informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología y de la matrona que asistieron al parto.

1.13. El 23 de julio de 2020 se emite el certificado de silencio administrativo presunto desestimatorio por el Director del SCS.

1.14. El 2 de diciembre de 2020 se reitera la solicitud de informe complementario al SIP.

1.15. El 28 de enero de 2021 el Juzgado de lo Contencioso Administrativo n.º 4 de Las Palmas de Gran Canaria reclama el expediente administrativo.

1.16. El 12 de febrero de 2021 se remite el expediente administrativo al Juzgado de lo Contencioso Administrativo n.º 4 de Las Palmas de Gran Canaria.

1.17. Se emite informe el 8 de febrero de 2021 por (...) en respuesta a las cuestiones planteadas por el Consejo Consultivo.

1.18. El 3 de marzo de 2021 la Dirección de Enfermería del CHUIMI informa que la matrona (...) finalizó sus servicios en ese hospital el 24 de junio de 2018.

1.19. Se emite informe complementario por el SIP, sobre la base del informe de (...), en los siguientes términos:

*«Desde el Servicio de Normativa y Estudios se solicita a la vista del contenido del Dictamen 290/20 del Consejo Consultivo de Canarias, se efectúen las consideraciones pertinentes.»*



*Revisado el informe del Especialista en Ginecología y Obstetricia, Dr. (...) que asistió al parto, y la documentación obrante en el expediente, y, en la misma línea argumental que en el informe previo del SIP, se expone:*

*“1- Tal y como plantea el Ginecólogo en su informe, la rotura de las membranas con líquido teñido de meconio fluido y la aparición de una desaceleración prolongada con recuperación espontánea y registro cardiotocográfico previo y posterior normal no justifican la realización de una cesárea, siendo la probabilidad de repetirse, dicha desaceleración, las mismas, que en una paciente de similares características que no las hubiera presentado.*

*2- Todos los episodios de bradicardia que presentó el feto durante el período de dilatación cedieron tras cambios posturales o modificación de la perfusión de oxitocina, por tanto, en base a estos criterios no estaba indicada una cesárea. Ante una bradicardia se requiere vigilancia mediante monitorización fetal interna, y esto se hizo, por tanto, la actuación era la adecuada.*

*3- Según consta en la historia clínica e informe que asistió al parto, se realizaron dos PH de calota fetal. El primero a las 23.00 h por alteración de la frecuencia cardíaca fetal (desaceleraciones variables), con resultado absolutamente normal, ello probó de forma objetiva el bienestar fetal. Un PH de 7,26 es normal, y dada la evolución favorable de la dilatación no era previsible que llegara a ser patológico. La presencia objetiva de bienestar fetal y una evolución favorable de la dilatación, período en el que no hubo desaceleraciones tardías, son criterios para continuar con el trabajo de parto, no para indicar una cesárea. El segundo estudio de PH se realiza al llegar a la dilatación completa, motivado en ese momento por el diagnóstico de corioamnionitis; el nuevo pH resulta patológico y por ello se indica la extracción fetal.*

*4- Ante la sospecha de un registro fetal compatible con compresión del cordón umbilical (como causa de las desaceleraciones variables y tras comprobar el bienestar fetal con ese Ph de calota de resultado normal, realizado a las 23:00 h, se realiza amnioinfusión (introducción a través del cérvix de una solución fisiológica estéril dentro de la cavidad amniótica), cuya indicación es adecuada ante desaceleraciones variables estén o no asociadas a meconio; tras esta restauración; tras esta restauración del volumen del líquido amniótico el registro se normaliza de forma progresiva. A las 2:35 horas presenta desaceleración prolongada con recuperación posterior espontánea encontrándose con 7 cm de dilatación. A las 4.05 presenta 3-4 desaceleraciones variables coincidentes con hiperdinamia (mayor actividad uterina), cediendo tras cambios posturales y disminución de la perfusión continua de oxitocina. Desde las 23:00 horas hasta alcanzar la dilatación completa, el resto del registro fue tranquilizador (normal), no existiendo durante el período de dilatación la presencia de desaceleraciones tardías.*

5- Una desaceleración prolongada es aquella que dura más 2.3 minutos, siendo el término de bradicardia reservado para las disminuciones de frecuencia cardiaca fetal que sobrepasan los 10 minutos de duración. Durante el período de dilatación se produjeron dos desaceleraciones prolongadas, una a las 9.39 y otra a las 2.35, la duración de ambas desaceleraciones fue de 7 minutos.

6- La evolución de la dilatación fue favorable. Se inició la inducción a las 8:00 horas del día 30 de marzo de 20017, y a las 23:30 horas (15 horas posterior) ya había iniciado el trabajo de parto (se considera fracaso de inducción cuando tras 18 horas de contracciones adecuadas en frecuencia e intensidad no se ha iniciado el trabajo de parto). Ocho horas más tarde se encontraba en dilatación completa (la duración promedio del periodo activo de dilatación en nulíparas es de 8 horas, siendo improbable una duración superior a 18 horas), ello se traduce en que el trabajo de parto transcurría dentro del tiempo esperable.

7- La temperatura materna se mantuvo constante desde las 21:00 hasta las 7:00 horas (21:00, 21:47, 23:30, 1:51, 3:37, 5:07 y 7:05 horas temperatura de 37,5, 37.1, 37.5, 37.4, 37.5, 37.6 y 38.8°C).

8- Es a las 7:05 horas que presenta el primer pico febril de 38.8°C, realizándose el diagnóstico de fiebre intraparto (corioamnionitis). A las 7:10 horas se realiza sondaje vesical y al tacto vaginal (TV) ha alcanzado la dilatación completa, siendo el pH de calota fetal de 7.01, es decir, patológico, es por ello que, a las 7:17 horas, se indica extracción fetal urgente, que se asiste con fórceps, ante el riesgo de pérdida de bienestar fetal. Actuación realizada de forma diligente y según exigencia de la lex artis.

9- El trabajo de parto normal es un proceso de episodios hipóxicos fetales repetidos ocasionados mayoritariamente por las contracciones uterinas. Tal y como describe en su informe el Dr. (...) el concepto de sufrimiento fetal es demasiado amplio, vago e impreciso para aplicarlo con precisión a situaciones clínicas. Es por ello que la valoración de las pruebas de control fetal intraparto solo nos pueden llevar a la conclusión de que pueda existir la posibilidad o el riesgo de pérdida de bienestar fetal, en este caso no existió dicha sospecha, al no existir ningún período de hipoxia mantenida en el feto durante el trabajo de parto, y tras la obtención de un Ph de calota fetal normal.

10- La lesión del plexo braquial se produce por estiramiento/ tracción, compresión, infiltración o hipoxia. Por cualquiera de estos mecanismos se puede ocasionar la rotura parcial o total de las raíces nerviosas, no siendo probable llegar a una causa etiológica con técnicas de imagen. Según el propio Ginecólogo interviniente, con el que coincido, el parto se puede calificar como traumático a la vista de los resultados, pero no necesariamente como consecuencia de las maniobras realizadas sino por las inherentes al propio mecanismo del parto ya que el fórceps se realizó según técnica habitual, sin que fuera dificultosa la realización ni la extracción fetal, una vez comprobadas las condiciones de aplicación, siendo ejecutada por un profesional experto"».

1.20. El 15 de marzo de 2021 se remite copia del informe complementario del SIP al Juzgado.

1.21. Se concede nuevo trámite de audiencia a los interesados el 11 de marzo de 2021.

1.22. Los interesados formulan alegaciones en trámite de audiencia el 23 de marzo de 2021.

1.23. Se emite informe conjunto el 27 de abril de 2021 por (...), Jefa de Servicio de Obstetricia y Ginecología y por (...), Jefe de Sección de Obstetricia del CHUIMI y se aporta pericial de 26 de abril de 2021 del Doctor (...), perito de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia en respuesta a las alegaciones de (...) y (...), sobre la base del informe pericial de (...).

1.24. Se formula Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por (...) y por (...).

1.25. El DCC 324/2021 dictamina lo siguiente:

*«La Propuesta de Resolución que desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por (...) y (...) no es conforme a Derecho, debiéndose retrotraer el procedimiento para dar traslado a los interesados de los últimos informes médicos indicados. Posteriormente, se otorgará trámite de audiencia a los reclamantes en relación con tales informes, y se formulará nueva Propuesta de Resolución, que dé respuesta a todas las cuestiones planteadas, remitiéndose a este Consejo para su preceptivo dictamen».*

1.26. El 16-06-2021 en ejecución de las observaciones del DCC 324/2021, se concede un trámite de audiencia por diez días a los interesados, al que tienen acceso electrónico el 18-06-2021.

1.27. Los interesados formulan alegaciones el 22 de junio de 2021.

1.28. Se formula Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por (...) y por (...) por la asistencia sanitaria recibida del SCS durante el parto de su primer hijo (...).

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 del Ilmo. Sr. Secretario General del Servicio Canario de la Salud, relativa a la reclamación de (...) y (...), desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial, partiendo de los distintos informes del SIP, los informes del Servicio de Obstetricia y Ginecología y la prueba pericial del Doctor (...).

Considera la Propuesta de Resolución 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. Que en ningún momento hasta las 7:10 horas hubo sospecha de pérdida de bienestar fetal. 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. A la vista de las alegaciones de los interesados, así como de la nueva documentación obrante en el expediente, que evidencian las discrepancias existentes en la interpretación de los hechos por los mismos profesionales sanitarios, y las dudas subsistentes no suficientemente aclaradas, y para fundar la resolución final de este procedimiento en un conocimiento más preciso de los hechos, procede solicitar información adicional a emitir por el Servicio de Obstetricia y Ginecología del CHUIMI, con informe complementario del SIP, dando respuesta a las siguientes cuestiones:

2.1. En informe del SIP se señala que el Doctor (...) con cuarenta años de profesión asistió al parto. Sin embargo, los interesados niegan este hecho señalando que sólo llevó a cabo la segunda extracción mediante fórceps, no el primer intento, siendo el parto asistido por la FEA Dra. (...), tal y como señala la historia clínica. Deberá aclararse este extremo y señalar la experiencia profesional de la Dra. (...) y por qué (de ser así) se realizó un cambio de médico para el segundo intento de extracción mediante fórceps. ¿El primer intento se realizó correctamente?

2.2. Se hace necesario saber por qué los informes médicos reinterpretan los hechos ocurridos al margen de las anotaciones de la historia clínica. Se dice que se

realiza un pH de calota fetal por desaceleraciones variables cuando la historia señala que se hace por la existencia de desaceleraciones tardías.

2.3. Explicar por qué los informes médicos dicen que en ningún momento se sospecha que puede haber pérdida de bienestar fetal hasta las 7:10 horas de la mañana, cuando en la historia clínica se anota en varias ocasiones (2:38; 2:40; 4:06; 4:07) sufrimiento fetal y se avisa al ginecólogo. ¿A qué ginecólogo se avisa? ¿Asistió a esos avisos el Dr. (...) o solo la Dra. (...)?

2.4. ¿La repetición de desaceleraciones prolongadas a las 2:35 y 4:07 de la mañana (en esta última se anota que no cede ante cambios posturales) después de haber realizado una amnioinfusión, que no da resultado, no debió haber tenido una respuesta alternativa inmediata?

2.5. ¿Si la interpretación de la monitorización cardiológica es subjetiva como señalan los informes médicos de la Administración, por qué no se da importancia a las notas de los profesionales que asisten al parto, que aprecian y anotan sufrimiento fetal? ¿No es éste el juicio clínico a pie de cama al que se refiere el Dr. (...) y el Dr. (...)? ¿Si a las 23:32 el PH era 7,26 (correcto) y a las 7:10 es de 7,01 (patológico), no es lógico pensar que la acidosis metabólica se produce durante el período de dilatación? ¿Por qué entonces se atribuye al período de expulsión entre las 7:10 y 7:30?

2.6. ¿Al hacerse el PH de calota fetal a las 23:32 y alterarse el patrón cardiotocográfico, a las 2:35 y 4:07 con desaceleraciones prolongadas (esta última no cede a cambios posturales), después de intentar la amnioinfusión, el protocolo obligaría a repetir el pH de calota fetal? ¿Es correcto incrementar o disminuir la dosis de oxitocina?

2.7. ¿Se podría haber realizado una cesárea a las 2:35 o a las 4:07, de haber detectado un pH patológico?

2.8. ¿Las 17 anotaciones del registro cardiotocográfico que relatan los interesados en sus alegaciones con desaceleraciones variables, tardías, prolongadas, algunas con anotación de tratamiento de sufrimiento fetal, son compatibles con la afirmación de que se trató de una dilatación normal? ¿Existiendo una dilatación normal es habitual que el feto nazca con un test de Apgar 1, y posteriormente 3/4 a los 5 y 10 minutos respectivamente? ¿No existiendo seguridad en la interpretación del

partograma, las anotaciones que contiene la historia clínica a pie de cama no permiten, al menos, una sospecha de pérdida de bienestar fetal?

2.9. ¿Como se puede afirmar que el pH sólo es patológico a partir de las 7:10, si desde las 23:30 no lo habían medido, a pesar de los episodios de desaceleraciones, algunas de ellas prolongadas?

2.10. ¿Por qué el SIP habla de un pico febril de 38,8 a las 7:00 de la mañana, si no se había medido desde las 5:03? ¿Cómo se sabe que fue un pico febril y no un incremento progresivo de la temperatura o que la subida de temperatura fuera anterior? ¿No se debió extremar la precaución estando el líquido amniótico teñido de meconio y haberse prolongado tantas horas el período de dilatación?

2.11. ¿Las desaceleraciones prolongadas tienen relación con la corioamnionitis? ¿Había elementos para sospechar de corioamnionitis con anterioridad a las 7 de la mañana?

2.12. ¿Se puede descartar con alto índice de probabilidad que la hipoxia que presenta el niño al nacer no tenga relación causal con las desaceleraciones prolongadas y la acidosis metabólica por caída del pH fetal y la corioamnionitis, no advertida a tiempo por el ginecólogo que atendió el parto, agravada con las lesiones cerebrales producidas por las maniobras de expulsión del feto mediante fórceps (avulsión)?

2.13. En el dictamen pericial del Dr. (...) se afirma que a las 6:50 cardiotocografía se encuentra en la categoría I y II (indeterminada) y se acompaña de un PH fetal de 7,26, por lo que puede asegurarse que no existía riesgo de pérdida de bienestar fetal. ¿Cómo afirma que el PH era de 7,26 si no se había medido desde las 23:30 y después hubo desaceleraciones prolongadas, sin que diera suficiente resultado la amniotomía? ¿Cómo puede estar seguro de que la única situación de riesgo de pérdida de bienestar fetal o acidosis metabólica se produjo a las 7:10, si después de las 23:30 no se midió el PH de calota fetal, y la historia clínica refleja varias anotaciones de sufrimiento fetal después de esta hora?

2.14. En el dictamen del Dr. (...) se dice que la encefalopatía neonatal normalmente no resulta de hipoxia intraparto, sino que las noxas provocan el daño fetal durante la gestación. ¿Le parece probable que así sea en este caso, cuando el desarrollo gestacional fue normal? ¿Si a las 23:32 el PH era 7,26 (normal) y a las 7:10 es de 7,01 (patológico), no parece más lógico pensar que la acidosis metabólica se produce durante el período de dilatación? ¿No se dan elementos para pensar con alto

índice de probabilidad en un evento hipóxico isquémico perinatal: test de Apgar 1/3/4, acidemia fetal en la sangre de la arteria umbilical (6,99), fracaso multiorgánico, frecuencia cardíaca fetal intranquilizadora durante diez horas que pasa de categoría I a III durante el parto, infección intraamniótica?

2.15. ¿De haber realizado la medición del PH a las 2:35 y a las 4:07 existe alta probabilidad de haber detectado un PH patológico y, habiendo realizado una cesárea, haber evitado el resultado? ¿De haber realizado un PH de calota fetal durante la noche se podría haber detectado la corioamnionitis con mayor antelación? ¿Por qué pudiendo hacerse no se hizo?

3. Por lo demás, las alegaciones de los interesados se apoyan según sus manifestaciones en las consideraciones de un informe pericial de (...), al que también se refiere tanto el informe que realizan (...), Jefa de Servicio de Obstetricia y Ginecología del CHUIMI, y (...), Jefe de Sección de Obstetricia del mismo hospital, como el Doctor (...), perito de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, en informe aportado por los anteriores profesionales, que no se ha aportado al expediente. Deberá requerirse este informe a los interesados en trámite de subsanación, para poder valorar la fundamentación de sus alegaciones o ser aportado por la Administración de contar con el mismo.

4. Requerido este informe pericial solicitado en su día por los interesados y emitidos los informes complementarios, se pondrá el expediente completo a disposición de los reclamantes y se les otorgará trámite de audiencia. Tomando en consideración todo ello se formulará nueva Propuesta de Resolución, la cual se trasladará posteriormente al Consejo Consultivo para su preceptivo dictamen.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución que desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por (...) y (...) no es conforme a Derecho, debiéndose retrotraer el procedimiento para requerir el informe pericial de (...) a los interesados y solicitar informe complementario al Servicio de Obstetricia y Ginecología del CHUIMI y al SIP sobre las cuestiones indicadas en el presente Dictamen. Posteriormente, se otorgará trámite de audiencia a los reclamantes en relación con los informes complementarios y el expediente completo y se formulará nueva Propuesta de Resolución, que dé respuesta a todas las cuestiones planteadas, remitiéndose a este Consejo Consultivo para su preceptivo dictamen.